

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 14 JULI 2015

Namiddag

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

du

MARDI 14 JUILLET 2015

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 14.22 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerken.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.22 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerken.

01 Questions jointes de

- M. Alain Mathot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les perturbateurs endocriniens" (n° 4991)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une information sur les perturbateurs endocriniens à l'intention des femmes enceintes" (n° 5128)

- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les perturbateurs endocriniens" (n° 5579)

01 Samengevoegde vragen van

- de heer Alain Mathot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "hormoonontregelaars" (nr. 4991)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "informatie over hormoonverstoorders voor zwangere vrouwen" (nr. 5128)

- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "hormoonontregelaars" (nr. 5579)

01.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, op de Nederlandse televisie werd een heel interessante reportage over hormoonverstoorders vertoond. Mocht u ze niet hebben gezien, het is een echte aanrader.

Wat mij onder andere opviel, is dat de overheid in Nederland zelf informatie verstrekt over hormoonverstorende stoffen aan zwangere vrouwen. Bij mijn weten gebeurt dat in België niet. Er bestaat wel een uitstekende brochure van de Gezinsbond, maar in Nederland is het beter uitgebouwd en neemt de overheid een rol op zich.

Zou de informatie ook in ons land niet verstrekt kunnen worden door de overheid? De blootstelling van zwangere vrouwen aan onder andere bisfenol A is immers een gevaar voor de volksgezondheid.

01.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, het onderzoek naar stoffen waarvan men vermoedt dat zij een hormoonverstorende werking hebben, is in volle gang. België wil, net als Frankrijk overigens, ook dat Europa criteria opstelt om hormoonverstoorders te identificeren, zodat er geen 28 verschillende systemen bestaan in de Europese Unie. De Europese Commissie heeft dat, ondanks beloftes en herhaaldelijk aandringen van onder andere ons land, nog steeds niet gedaan. Wij wachten daar niet op.

Zoals gewoonlijk is België ook erg actief op Europees niveau om hormoonverstoorders te identificeren en de bevolking voor de schadelijke effecten ervan te beschermen. Er zijn immers nog Europese instrumenten, zoals de REACH-verordening, de biocidenverordening, de verordening over voedselcontactmaterialen en regels voor voedselverpakkingen. België zit in een expertenpanel dat het gebruik van geïdentificeerde

endocrine disrupting chemicals (EDC) aan banden legt. Dat gebeurt in het kader van de REACH-verordening en de biocidenverordening.

Wat uw vraag over gezondheidsvoorlichting, gezondheidsinformatie en gezondheidspreventie betreft, moet ik u verwijzen naar mijn collega's van de Gemeenschappen. Zij hebben op dat vlak de leidende rol.

Ik zal uw vragen en mijn antwoord ook doorsturen naar de collega's van de Gemeenschappen. Ik meen dat wij best samen de handen aan de ploeg slaan om tot een goed resultaat te komen.

Ik dank u voor uw vragen.

01.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor dit duidelijk antwoord.

Het is natuurlijk altijd vervelend wanneer er wordt doorverwezen naar de bevoegdheden van de Gemeenschappen. Het is weer zoiets dat eigenlijk een gedeelde bevoegdheid is en zeker niet alleen een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Op dat vlak bent u het blijkbaar met mij eens.

Ik zal u over een paar maanden nog eens vragen naar de opvolging in dit dossier.

01.04 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, ik zal een begeleidende brief versturen. Ik veronderstel dat dit dan wel zal worden opgepikt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de

- **M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des appareils IRM" (n° 5013)**

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'imagerie médicale" (n° 5730)**

02 Samengevoegde vragen van

- **de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de programmatie met betrekking tot de MRI-scanners" (nr. 5013)**

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "medische beeldvorming" (nr. 5730)**

02.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, ces dernières années, différentes campagnes ont été menées en vue de sensibiliser la population belge aux effets néfastes de l'imagerie médicale.

Sous la précédente législature, différentes mesures ont également été prises afin de diminuer l'exposition des patients aux radiations. Ainsi, il a été prévu une augmentation du nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en 2015 à raison de 7 en Flandre et 5 en Wallonie. Ceux-ci viennent ainsi s'ajouter aux 109 appareils IRM agréés existants dans le but d'éviter des examens par scanner, dans le cas où la résonance magnétique est plus indiquée. Le remplacement des scanners par des examens via une IRM s'avère par ailleurs neutre d'un point de vue budgétaire grâce au principe des vases communicants.

Une autre mesure portant sur les PET-scans (examen via l'injection d'un produit légèrement radioactif dans le corps) a également permis de quasiment doubler leur nombre à partir de 2016, passant de 13 à 24, dont 4 supplémentaires en Wallonie, 1 à Bruxelles et 6 en Flandre.

Madame la ministre, selon les experts, 230 000 examens IRM supplémentaires par an nécessitent l'installation de 33 appareils IRM supplémentaires sur une période de quatre ans. Douze sont déjà en passe de l'être. Je vous laisse faire le calcul. Une éventuelle extension de cette mesure est-elle envisagée? Des évaluations, notamment budgétaires, ont-elles déjà été effectuées en ce sens?

02.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je ne reprendrai pas l'histoire de ce dossier. Dès le départ, nous savions qu'il s'agissait d'une première phase au niveau de l'implémentation des résonances, que cela représente un enjeu important au niveau de la qualité des soins, y compris le fait de diminuer tous

les rayons ionisants, puisque l'enjeu est de transférer un certain nombre de scanners vers la résonance. Les scanners sont fortement ionisants; à l'inverse, la résonance n'a pas du tout le même type d'effet délétère.

Aujourd'hui, eu égard aux appels qui ont été réalisés dans les Régions, toute une série d'hôpitaux, au niveau de leur service de radiologie, ont introduit une demande qui n'a pu être rencontrée, compte tenu du nombre de résonances fixé. Ce me semble, dès lors, un enjeu important de pouvoir amorcer une deuxième phase d'extension au niveau de cette programmation.

À cet égard, pouvez-vous déjà vous avancer sur un calendrier? Pas mal de contacts ont été pris avec les représentations des radiologues, car il s'agissait d'un accord de transfert scanner vers résonance. Néanmoins, il serait judicieux d'avancer rapidement au bénéfice d'abord et avant tout du patient et à somme égale en matière de coûts pour l'INAMI.

02.03 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chers collègues, d'après le protocole d'accord, une évaluation trimestrielle sera organisée parallèlement à l'extension à douze appareils IRM supplémentaires afin de vérifier si la neutralité budgétaire est respectée, conformément aux articles 17 et 17bis de la nomenclature des prestations de santé.

Cette évaluation sera faite au sein de la BELMIP (Belgian Medical Imaging Platform). Cette plate-forme est composée de plusieurs autorités dont le SPF Santé publique – Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, l'INAMI, l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN) et des experts du secteur. Cette évaluation fera l'objet d'un rapport aux autorités respectives.

Les dépenses comptabilisées pour le premier trimestre 2015 seront en principe disponibles à partir de début juillet 2015. Cependant, ces dépenses comprendront dans une large mesure des dépenses liées à des prestations effectuées avant le 1^{er} janvier 2015. Pour une analyse des prestations effectuées, il faut plus ou moins de comptabilisation. En principe, une première analyse pourra être réalisée à partir d'octobre sur la base des données comptabilisées au cours des six premiers mois de 2015.

Cependant, cela dépend du moment de la mise en place des nouveaux appareils IRM. La première extension de la programmation IRM (douze appareils supplémentaires) a débuté le 1^{er} janvier et peut durer jusqu'à la fin de l'année 2016.

À ce jour, le SPF Santé publique n'a reçu aucune notification de la part des Communautés et Régions concernant les agréments pour les nouveaux appareils IRM. Dans l'intervalle, les dépenses réalisées seront bien entendu suivies au niveau de l'INAMI. Le protocole d'accord mentionne également la neutralité budgétaire après la mise en place du douzième appareil, comme condition à la programmation d'une tranche supplémentaire d'appareils au cours des années suivantes.

Au point de vue de la santé publique, je pense comme vous que cet exercice doit être prolongé. Je trouve cependant important que les conditions dans lesquelles cet accord a été mis en œuvre soient aussi respectées. J'attends l'évaluation du mois d'octobre.

02.04 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous avez au moins le mérite d'être claire sur l'état des lieux et sur la prudence. Vous attirez également l'attention sur le fait que, sur le terrain, dans les hôpitaux de première ligne également en milieu rural, on est en demande de ce genre d'outil pour que les patients soient soignés dans de meilleures conditions.

Nous serons donc extrêmement attentifs à cette évaluation que vous situez en octobre, tout en disant que la phase des douze appareils IRM supplémentaires a commencé en janvier pour une période allant jusque fin 2016. Au vu de ce calendrier, j' imagine qu'on aurait une évaluation définitive et des projections pour de nouvelles programmations au deuxième semestre 2016. Est-ce bien ce que je dois comprendre, madame la ministre?

02.05 Maggie De Block, ministre: Effectivement.

02.06 André Frédéric (PS): Je vous remercie.

02.07 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'en conviens, l'accord tient bien dans un transfert scanner vers résonance ayant pour objectif la neutralité budgétaire mais,

par définition, c'est aussi comme cela qu'on aura une plus-value qualitative pour le patient. Si c'est pour faire des scanners et des résonances, on n'aura rien gagné au niveau des rayonnements ionisants.

Madame la ministre, il ne faut pas attendre trop longtemps. Milieu ou fin 2016 me semble loin, le temps que les douze nouveaux appareils IRM puissent rentrer leurs chiffres et témoigner de ce transfert scanner vers résonance.

Au-delà de cela, je me permets une réflexion, madame la ministre. Il faudra envisager de sortir rapidement les résonances des appareillages lourds. Aujourd'hui, compte tenu des évidences scientifiques et en travaillant toujours en tenant compte de cet accord sur la manière dont on peut utiliser la résonance à la place du scanner dans les indications qui le méritent, je pense que sortir les résonances de l'appareillage lourd et, donc, des programmations, telles qu'elles sont faites, serait une avancée importante pour l'ensemble des patients.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance de la psychothérapie, de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie" (n° 5036)

- Mme Laurette Onkelinx à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre de la loi réglementant les professions des soins de santé mentale" (n° 5719)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avancement des travaux sur la reconnaissance des psychologues, orthopédagogues et psychothérapeutes" (n° 5774)

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de psychotherapie, de klinische psychologie en de orthopedagogie" (nr. 5036)

- mevrouw Laurette Onkelinx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de implementatie van de wet tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen" (nr. 5719)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stand van zaken met betrekking tot de erkenning van psychologen, orthopedagogen en psychotherapeuten" (nr. 5774)

03.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, le 13 janvier dernier, je vous interrogeais sur la mise en place des conseils de la psychologie clinique, de l'orthopédagogie clinique et de la psychothérapie.

Vous nous aviez dit que les conseils de psychologie clinique et d'orthopédagogie seraient mis en place dans le courant du premier semestre 2015. Ce sont les plus simples et il suffit d'un master pour pouvoir être reconnu dans cette profession. Pour le conseil de psychothérapie, vous n'aviez pas d'échéance prévue.

Il apparaît nécessaire de pouvoir mettre les trois conseils en place. Celui concernant la psychothérapie est plus compliqué car il faut déterminer les compétences, les centres agréés et identifier les associations représentatives des différents courants psychothérapeutiques que nous avons reconnus dans la loi de février 2014.

Madame la ministre, où en est-on dans les agendas et dans les travaux concernant les trois conseils qui doivent être constitués? La loi entre en vigueur le 1^{er} septembre 2016 et d'ici là, il faut que les différents arrêtés soient concrétisés.

Par ailleurs, j'aurais voulu avoir des informations sur l'état d'avancement des travaux relatifs aux critères qui vont être ou qui ont été identifiés pour reconnaître les associations représentatives. Un appel à candidatures a-t-il été lancé? Quel est le timing prévu pour la suite de ces travaux?

Les acteurs de terrain sont inquiets et s'interrogent. Il y a eu des concertations et des rencontres entre votre cabinet et des associations. Lors de ces rencontres, les différents courants thérapeutiques étaient-ils représentés? Des plates-formes francophone et néerlandophone se sont constituées. Sont-elles vos interlocuteurs ou fonctionnez-vous autrement?

Il y a également des discussions concernant le fait que les psychothérapies ne sont pas reprises dans l'arrêté royal 78. Sous la précédente législature, nous les avons reconnues dans les professions libérales.

Cela complique-t-il les travaux que vous devez réaliser? Des modifications de la loi de 2014 sont-elles envisagées pour le moment? Si oui, lesquelles?

Enfin, avant de passer la parole à Mme Onkelinx, je voudrais préciser que, sous l'ancienne législature avait été mis en place un important travail en collaboration avec les parlementaires des différents groupes politiques, les représentants des différentes fédérations et associations, les universités, les centres de formation. C'est, selon moi, ce travail qui a permis d'avancer en la matière.

Madame la ministre, la poursuite de ce travail entre-t-elle dans vos intentions?

03.02 Laurette Onkelinx (PS): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai un excellent souvenir de la loi réglementant les professions de la santé mentale. En effet, nous avons effectué un travail assez original dans la mesure où nous avons travaillé avec les parlementaires. Vous vous souviendrez qu'à l'époque, j'avais organisé une consultation des groupes politiques et que nous avons travaillé ensemble à l'élaboration d'un cadre légal. J'ai également travaillé avec mes collègues du parlement à l'occasion d'une rencontre et d'une négociation avec les différents intervenants. Le travail n'a pas été simple. Je constate d'ailleurs que Mme Muylla s'en rappelle. En effet, différentes écoles se confrontaient. Il n'a pas toujours été facile pour les psychiatres et les psychologues de s'entendre. L'entente entre les représentants des différentes écoles de psychologie n'a pas non plus toujours été évidente. Ce faisant, les parlementaires et les ministres ont parfois été amenés à assister à des joutes verbales assez "intéressantes". En tout cas, nous avons pu constater que les parlementaires n'étaient pas les seuls à parfois se titiller. Des différences de points de vue sont également apparues entre francophones et néerlandophones. Bref, on peut dire que ce dossier a été difficile et qu'il a nécessité des concessions de part et d'autre. Mais nous sommes parvenus à un accord et le projet de loi a été voté à une large majorité, même si je crois me souvenir que le Vlaams Belang a voté contre.

Madame la ministre, si je suis revenue sur les faits, c'est pour que vous sachiez que c'est grâce aux négociations avec les acteurs de terrain que nous avons pu voter le projet de loi dont question et que la législation en vigueur est considérée aujourd'hui par une série de pays voisins comme une loi de référence.

Cela va certainement permettre que soit mis en place dans d'autres pays un cadre de référence comme le nôtre.

Comme Mme Gerken l'a dit, pour pouvoir implémenter la loi, il fallait poursuivre le dialogue dans trois conseils: le Conseil fédéral de la psychologie clinique, celui de la psychothérapie et le Conseil supérieur de la santé mentale. Je voudrais savoir où nous en sommes dans l'établissement de ces conseils, si nous respecterons bien le délai du 1^{er} septembre prochain.

Et je me demandais s'il ne serait pas bon, pour les différents arrêtés concernant les options et les enjeux, de continuer le travail en commun avec la commission. Il ne faudrait évidemment pas que cela retarde le travail et que cela empêche l'application de la loi au 1^{er} septembre prochain.

À l'époque, nous avons travaillé au sein de la commission et de mon cabinet, ce qui nous avait permis de créer des ponts entre nous. Je me demandais s'il serait possible de poursuivre avec cette méthode de travail. Mais la question principale concerne bien entendu le respect de cette échéance du 1^{er} septembre, car il y a beaucoup d'attentes sur le terrain.

03.03 Maggie De Block, ministre: Madame Onkelinx, aujourd'hui encore, des concertations ont lieu avec tous les *stakeholders* au niveau du cabinet, en parallèle, bien entendu, avec l'administration. Nous avons régulièrement eu plusieurs contacts avec les diverses associations qui représentent ces professions afin d'avancer évidemment vers l'installation de ces conseils, qui est très attendue sur le terrain.

La Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen a déposé une requête en annulation auprès de la Cour constitutionnelle.

Il s'agit, entre autres, de la description des compétences des orthopédagogues et de la composition du Conseil fédéral de la psychologie clinique et de l'orthopédagogie clinique.

Enfin, ma cellule stratégique a pris l'initiative de trouver un accord avec cette association. En effet, nous savons qu'une requête en annulation auprès de la Cour constitutionnelle ne nous aiderait pas à avancer.

L'annulation de certaines dispositions de la loi compliquerait gravement sa mise en œuvre. Nous avons donc pu aboutir à un consensus.

Pour ce qui est des psychothérapeutes, on peut regretter qu'ils ne soient pas repris dans l'arrêté royal n° 78 - nous savons tous comment cela s'est passé -, mais dans une loi distincte. Cette question fait actuellement l'objet d'une analyse approfondie et concertée par les conseillers de mon cabinet. Il s'agit de voir comment nous pouvons avancer en parallèle à la loi de 1978.

S'agissant des remboursements, une étude a été commandée au *kenniscentrum*. Ce rapport nous permettra de débattre du fond. Entre-temps, la loi du 4 avril dernier, dont l'entrée en vigueur est maintenue au 1^{er} septembre 2016, devra être exécutée. Nous mettons tout en œuvre pour y parvenir.

Des réunions sont encore prévues pour demain. Nous souhaitons progresser pendant les vacances et tout essayer pour respecter l'échéance légale du 1^{er} septembre 2016. Évidemment, nous discutons aussi en parallèle des modalités de remboursement, comme le prévoit l'accord. En tout cas, le plus important est que les conseils soient installés, de sorte que la loi pourra entrer en vigueur à cette date. Je le dis à l'intention des personnes qui s'impatientent, ce que je comprends parfaitement: la date prévue n'a pas été fixée au hasard. Nous savions en effet qu'il restait encore beaucoup de nœuds à démêler.

Nous savions également qu'il fallait encore discuter sur de nombreuses modalités. Mais nous avançons.

03.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Dois-je en déduire que vous n'avez pas l'intention, d'ici septembre 2016, de modifier les éléments de la loi dans ces différentes composantes?

Par ailleurs, cela signifie que les trois conseils seront opérationnels avant cette fin 2015 pour qu'ils aient l'occasion de travailler pour que la loi puisse s'appliquer en septembre. Car une fois mis en place, ils doivent encore tout faire, déterminer des critères, etc.

03.05 Maggie De Block, ministre: C'est la raison pour laquelle nous voulons avancer le plus rapidement possible en évitant une requête auprès de la Cour constitutionnelle, car cela risquerait de nous arrêter pendant six voire huit mois.

03.06 Laurette Onkelinx (PS): Madame la ministre, je ne connais pas les arguments développés dans la requête en annulation. J'ignore si c'est sérieux ou non. C'était d'ailleurs cette législation-là, car ce sont bien les dispositions qui se trouvent dans l'arrêté de 1978. C'était la loi Muylle et c'est sur ce point qu'il y a une requête en annulation. Mais, étant donné que je ne connais pas le motif de la requête, j'ignore si les motifs sont sérieux et si nous risquons l'annulation ou pas.

03.07 Maggie De Block, ministre: De toute façon, nous avons discuté avec eux...

03.08 Laurette Onkelinx (PS): Je suppose que cela ne remet pas en cause la philosophie développée dans cette loi-là?

03.09 Maggie De Block, ministre: Non, non!

03.10 Laurette Onkelinx (PS): Ensuite, il y a la deuxième loi, hors arrêté 1978. Vous dites avoir décidé de travailler de telle façon et de continuer de la sorte. Vous allez mettre les conseils en place et en parallèle, examiner les modalités de remboursement.

Je le rappelle, en termes de modalités de remboursement, nous sommes limités d'un point de vue budgétaire, sauf si vous dégagez des marges, madame la ministre! Mais je me souviens qu'envisager le remboursement de but en blanc de toutes les séances de psychothérapie n'est pas si simple.

Par contre, nous avons imaginé, pour les psychologues, la possibilité de remboursement dans le cadre de trajets de soins, très cadrés avec médecins-généralistes, dans le cadre de projets-pilotes, permettant de statuer sur la soutenabilité de ce genre de pratiques. Voilà pour information, mais vous le savez certainement.

Vous n'avez pas répondu à ma dernière demande. Si vous comptez apporter des adaptations, pourriez-vous venir ici nous en parler? Nous continuerions ainsi notre travail gouvernement-parlement autour d'une pareille loi. Comme vous, j'en suis certaine, nous sommes interpellés par tous les groupements. Et j'ai appris qu'il y en avait beaucoup. Dès lors, plutôt que de vous interpellier sans cesse, autant que l'on connaisse l'évolution et que l'on sache un peu comment cela se passe, de manière à rassurer tout le monde.

03.11 Maggie De Block, ministre: Ce sont, semble-t-il, des changements en vue d'une meilleure qualité et de davantage de transparence. Personnellement, je suis prête à revenir ici, avec mes collaborateurs car j'aime les séances thématiques. Cela nous aidera et ce sera aussi le bon moment, madame la présidente, d'avoir un débat global à ce sujet qui nous permettra d'avancer.

03.12 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je retiens, pour la suite des travaux, que nous organiserons donc une demi-journée de travail sur le sujet. Il est important que tous les courants puissent être intégrés dans la réflexion. On sait qu'il y a parfois des querelles entre eux. Le législateur et le ministre se doivent d'être au-dessus.

03.13 Maggie De Block, ministre: Cela pose effectivement des difficultés.

03.14 Catherine Fonck (cdH): (...)

03.15 Maggie De Block, ministre: Je sais que c'est comme ça. Ce sont des séances thérapeutiques avec les thérapeutes!

03.16 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Tout à fait! D'où l'importance de ne pas entrer dans le jeu de certains qui aimeraient que le travail se fasse avec eux plus qu'avec d'autres et de garder vraiment cette diversité.

Vu les journées de groupe, je ne suis pas certaine que nous pourrions organiser cette demi-journée en septembre mais, en octobre, nous réunirons les questions et prévoirons un moment de discussion avec vous sur l'évolution du dossier.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le vaccin contre les papillomavirus (cancer du col de l'utérus)" (n° 5143)

04 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het vaccin tegen twee HPV-types (baarmoederhalskanker)" (nr. 5143)

04.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, selon un article publié au mois de juin dans la revue très sérieuse *The Lancet Oncology*, une seule dose de vaccin pourrait offrir une protection aussi efficace que les deux ou trois doses actuellement recommandées pour la vaccination des adolescentes contre les différents papillomavirus que l'on retrouve dans 70 % des cancers du col de l'utérus. Je rappelle que ce cancer est le quatrième plus fréquent chez les femmes.

Les deux études mentionnées – l'une est américaine, l'autre costaricaine – montrent que, quatre ans après l'injection, les femmes, qu'elles aient reçu une, deux ou trois doses, ont exactement la même protection. Une de ces études a même été réalisée en double aveugle.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance des résultats de ces études? Cela permettrait de soulager la lourdeur de la vaccination contre les papillomavirus. Ne serait-il pas intéressant de demander au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de se saisir du dossier, compte tenu de l'avantage que cela présenterait pour les jeunes filles mais aussi pour le budget de l'État? L'enjeu consiste à vérifier qu'une seule injection de vaccin peut être aussi efficace que deux ou trois avant de prendre quelque décision que ce soit.

04.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), en sa qualité d'autorité compétente, a été informée des études Costa Rica et PATRICIA, qui font l'objet de cette analyse *post hoc* par le titulaire d'autorisation de mise sur le marché du vaccin Cervarix, à savoir la firme GlaxoSmithKline (GSK).

Ces données ont été évaluées par l'AFMPS au cours de plusieurs procédures réglementaires. L'analyse *post hoc* est maintenant publiée, mais à ma connaissance, n'a pas encore été soumise aux autorités d'évaluation.

Comme vous le savez, en 2007, le KCE a délivré un rapport démontrant la rentabilité de la mise en œuvre de la vaccination des jeunes filles dans un schéma classique de trois doses de vaccins HPV en Belgique. L'avantage d'une posologie réduite à moins de trois doses chez les jeunes filles est aujourd'hui manifeste. Ces données récentes sont déjà prises en compte par les Communautés qui sont effectivement passées de trois à deux doses suite à l'enregistrement par l'Agence européenne des médicaments (EMA) de cette posologie simplifiée.

Si un nouveau schéma comportant une seule dose devait être approuvé par l'EMA, il est envisageable que les Communautés décident spontanément de passer vers cette dose unique comme elles l'ont fait lors du passage de trois à deux doses.

Une nouvelle demande au KCE serait justifiée si des éléments n'ayant pas été pris en considération lors de l'étude de 2007 devaient survenir. À ce jour, la firme n'a pas encore soumis de demande pour modifier, une fois encore, la posologie. En outre, la nécessité d'une éventuelle dose de rappel n'est pas non plus clairement établie. Nous devons encore nous informer à ce sujet. La posologie unidose n'étant pas encore approuvée, elle constituerait actuellement une utilisation hors AMM (*off-label use*). Cette problématique est suivie de près par l'AFMPS ainsi que par l'expert du groupe Vaccination du Conseil supérieur de la Santé.

La décision finale quant au schéma de vaccination utilisé est prise par les Communautés flamande et française qui mettent en œuvre les campagnes de vaccination dans leurs Communautés respectives. Comme ce sujet concerne la santé, et en particulier celle des jeunes femmes et jeunes filles, il convient d'assurer le suivi étroit de cette problématique.

Nous sommes en contact et nous attendons d'avoir plus d'informations.

04.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Je ne peux aller que dans votre sens. Il faut assurer un suivi très proche de ce dossier. Appelons un chat un chat, la firme n'a pas envie de très vite introduire une demande de diminution et de nouvelle indication avec une seule dose. C'est son intérêt de garder une double dose.

Je souligne aussi qu'il y a une responsabilité du fédéral puisque, à travers le calendrier vaccinal, un cap peut être donné aux Communautés.

Je terminerai en plaidant auprès de vous pour que, dès que nous serons au clair sur les éventuelles efficacité et protection similaires avec une dose, on ne tergiverse pas et qu'on l'applique rapidement sur l'ensemble de la Belgique. Ce serait un élément qualitatif majeur pour nos adolescentes.

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

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van loktiensers bij controles op alcoholmisbruik" (nr. 5170)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "controles op alcoholgebruik bij jongeren" (nr. 5182)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het alcoholgebruik bij jongeren" (nr. 5223)

05 Questions jointes de

- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation de mineurs dans le cadre de contrôles liés à l'abus d'alcool" (n° 5170)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les contrôles en matière de consommation d'alcool chez les jeunes" (n° 5182)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation d'alcool chez les jeunes" (n° 5223)

De **voorzitter**: Mevrouw Muylle is niet meer aanwezig.

05.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, het is alom bekend dat alcoholmisbruik bij jongeren een probleem is. Op 10 juni verscheen in de Vlaamse kranten een artikel over praktijken die toegepast worden door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). Het idee is heel eenvoudig. Een aantal jongeren, tienerjongens en –meisjes, wordt met wat geld naar een café gestuurd en bestelt een alcoholisch drankje, dat hij of zij eigenlijk niet zou mogen drinken. Indien de caféhouder weigert, dan krijgt de zaak een positief certificaat. Indien hij de drank toch serveert, krijgt hij een negatief pamflet waarop de wetgeving nogmaals staat uitgelegd.

Het is uiteraard een louter sensibiliserende actie. Het initiatief werd al eerder genomen in Nederland, waar het bijna even snel verdween. Loktienaers inzetten bleek in Nederland zelfs een strafbaar feit te zijn.

De Vlaamse horecafederatie steunt het initiatief, omdat het over een sensibiliserende maatregel gaat en de horeca-uitbaters er niet mee worden bestraft. Er zijn echter ook tegenstanders van het idee. Het Neutraal Syndicaat voor Zelfstandigen is minder gewonnen voor het idee. Volgens het NSZ zou het inzetten van loktienaers in horecazaken de focus enkel op de horeca leggen, een sector die het de afgelopen maanden reeds zwaar te verduren kreeg. De organisatie pleit voor controleacties die meer gericht zijn op preventie, veeleer dan kleinschalige acties met tieners tegen een kleine groep caféhouders. De organisatie duidt ook op het verantwoordelijkheidsgevoel bij de tieners zelf.

De actie van de VAD heeft blijkbaar wel succes, want ondertussen blijkt een twintigtal Vlaamse gemeenten voor het idee gewonnen. Zij willen dus eigenlijk dat de horecazaken strenger worden gecontroleerd.

Hebt u zelf aanwijzingen dat de huidige controles op minderjarigen in cafés niet voldoen? Zo ja, wat zijn die aanwijzingen?

Wat vindt u van de maatregel waarbij tieners worden ingezet als een soort controlemechanisme?

Wat is het wettelijk kader waarin de inzet van zogenaamde loktienaers is geregeld? Is de praktijk wettelijk?

Op welke manier worden horeca-uitbaters momenteel geïnformeerd over het wettelijk kader inzake het schenken van alcohol aan minderjarigen? Worden hierover opleidingen gepland? Zo ja, door welke instantie worden die aangeboden?

Zult u extra maatregelen nemen om het alcoholgebruik bij minderjarigen verder te matigen? Zo ja, welke?

05.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mijn vraag, die een opvolgingsvraag is, gaat over hetzelfde onderwerp, maar verlegt het accent. Begin maart antwoordde u dat u op piekmomenten, zoals na afloop van de examenperiodes, het aantal controles zou intensifiëren in buurten waar jongeren zich ophouden, zoals nachtwinkels, jeugthuizen, scholen en feestzalen. U beloofde de jaarlijkse controles op te trekken van 4 000 naar 5 000.

Hebt u meer controles uitgevoerd? Zo ja, hoeveel?

Zijn er extra controles uitgevoerd na de examenperiode? Zo ja, hoeveel? Waar?

Hebt u in extra personeel voorzien?

Welke maatregelen neemt u samen met de collega's van de deelstaten om jongeren attent te maken op het probleem?

Begin maart zei u dat de FOD Volksgezondheid de uitvoering van een convenant over alcoholreclame heel nauwgezet opvolgde en dat er een evaluatierapport zou verschijnen. Is dat evaluatierapport er al? Zo neen, wanneer komt het er? Wat kunnen we eruit leren? Welke maatregelen zult u daaruit afleiden?

05.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw Hufkens, mevrouw Dedry, de Controledienst Tabak en Alcohol van de FOD Volksgezondheid beschikt over een vijftwintigtal controleurs die het alcoholverbod voor minderjarigen op het terrein controleren. Ze gaan hierbij na of er geen bier of wijn aan minderjarigen jonger dan zestien jaar wordt geserveerd of sterke drank aan min-achtienjarigen. Het is niet evident om dat te controleren, omdat men natuurlijk volwassen controleurs stuurt. Die vallen nogal op tussen de jonge mensen

en adolescenten op een fuif. Men moet als ouder maar eens binnengaan op een fuif om zijn kind te halen. Men wordt daar buitengekeken. Zij worden daar dus ook buitengekeken. Ze worden ook vaak herkend, waardoor ze niet gemakkelijk dikwijls naar hetzelfde café kunnen terugkeren. Ze trachten dan ook te roteren. Ze gaan zoveel mogelijk in overleg met stadsdiensten, jeugddiensten, horecacoaches, politie en tal van andere belanghebbende partijen, zoals organisatoren van fuiven, teneinde zoveel mogelijk informatie te geven over de wetgeving.

In het eerste kwartaal van dit jaar werden er inderdaad een duizendtal controles uitgevoerd. Op dit moment hebben er al 2 100 controles plaatsgevonden. Extra controles zijn momenteel bezig, namelijk na de examens en rond festivals en allerlei fuiven en evenementen. Wij zullen er, zoals gezegd, alles aan doen om het aantal controles te laten stijgen tot 5 000. Ik meen dat de vakantieperiode een geschikte tijd is. Wie waar en op welke dag controleert, kan ik natuurlijk niet medelen of te weten komen. Ik heb er echter vertrouwen in dat mijn diensten de aanpassing van 4 000 controles naar 5 000 ter harte zullen nemen.

De inzet van loktiemers kadert in een waaier van mogelijkheden om café-uitbaters nog meer bewust te maken van de alcoholreglementering. Mijn administratie kan geen loktiemers inzetten, omdat het een vorm van uitlokking of provocatie zou zijn. Dat is bij wet verboden. De Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen kan dat wel en doet dat ook. Zij kan geen gerechtelijk dossier opstellen, zij kan alleen de betrokken horeca-uitbater informeren.

De Controledienst Tabak en Alcohol werkt momenteel ook aan een alcoholbrochure, die dan ook zo wijd mogelijk zal worden verspreid, met de nodige uitleg voor de jongeren en in nauw contact met de stadsdiensten, de jeugddiensten en de diverse jeugdorganisaties.

Ik wil niet weten hoeveel bakken drank er naar die jeugdkampen gaan. Dat zijn geen cafés, maar ik heb in mijn praktijk ook al verhalen gehoord over een vrachtwagen drank die naar de jeugdkampen rijdt. Het zullen niet de kinderen van vijf of zes jaar zijn, die dat zullen drinken, mag ik hopen.

Het alcoholconvenant wordt inderdaad geëvalueerd. Die hebben wij nog niet. Als blijkt dat bijkomende maatregelen nodig zijn, zullen wij die ook nemen.

Het is een ernstige zaak en men moet op de gepaste leeftijd met drank leren omgaan. Er valt een grote groep jongeren te sensibiliseren rond de leeftijd waarop zij nog net niet meerderjarig zijn. Ik vraag daar van iedereen een inspanning, ook van jeugdverenigingen en fuiforganisatoren. De controleurs doen hun best, maar zij zijn zeer zichtbaar; ze zijn als zebra's in een kudde paarden.

Ze zijn zeer zichtbaar, gewoonweg door hun leeftijd.

Wie hier out of the box wil denken en een methode kan vinden om daar controleurs naartoe te sturen die niet opvallen tussen de jongeren, mag gerust een voorstel doen. Tot nu toe is dat echter de harde realiteit.

05.04 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, u hebt wel een punt, wat die volwassen controleurs betreft. Het is voor horeca-uitbaters echter heel moeilijk om leeftijden in te schatten. Iemand van vijftien jaar ziet er soms uit als iemand van dertien, en omgekeerd. Ik denk dat er dus wel nog wel wat sensibilisering nodig is voor de café-uitbaters.

Overigens, café-uitbaters mogen wel om een identiteitskaart vragen, terwijl portiers dat niet mogen. Misschien kunt u die kwestie eens aankaarten bij uw collega, minister Jambon, om eens na te gaan of er op dat vlak mogelijkheden zijn.

Ik ben heel blij met uw verklaring dat uitlokking door de administratie verboden is, maar wel toegelaten is voor sensibiliserende organisaties zoals de VAD. Ik hoop dat we die lijn aanhouden. Ook al gaat het hier nu om een heel mooie symboolactie, ik vind eerlijk gezegd toch dat de controle op alcoholmisbruik en sensibilisering op de eerste plaats een taak is van de overheid. Dat wilde ik zeker nog eens onderstrepen.

05.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, misschien moet u Jani inschakelen om uw controleurs te restylen, zodat ze er jaren jonger uitzien.

05.06 Minister Maggie De Block: Als ik Jani inschakel, zal dat veeleer voor mezelf zijn.

05.07 Anne Dedry (Ecolo-Groen): U lokt het zelf uit en doet me grapjes maken.

Alle gekheid op een stokje, op een vraag hebt u nog niet geantwoord. Wanneer zal dat evaluatierapport klaar zijn?

05.08 Minister Maggie De Block: Daar heb ik geen idee van.

La **présidente**: J'en profite pour rappeler aux membres de la commission que nous avons sur la table une proposition de résolution relative à l'usage d'alcool. Des avis ont été demandés et nous avons reçu quasiment tous les avis. Le dossier sera mis à l'ordre du jour après la rentrée.

Mais nous n'avons pas reçu les avis des Communautés. Comme il y a des représentants de partis présents dans les gouvernements des Communautés, si vous voulez que nous les ayons, je vous conseillerais de stimuler la Communauté flamande et la Communauté française pour qu'elles nous fassent part de leur avis d'ici à la fin du mois de septembre. Ce serait bien. Sinon, nous nous en passerons; mais ce serait dommage.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coronavirus MERS" (n° 5214)

06 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het MERS-coronavirus" (nr. 5214)

06.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, je voudrais d'abord signaler que ma question n° 5700 sera transformée en question écrite.

Madame la ministre, le coronavirus MERS, ou syndrome respiratoire du Moyen-Orient, est apparu pour la première fois en Jordanie puis, en juin 2012, en Arabie saoudite où il a provoqué la mort de plus de 400 personnes. Depuis, des cas ont été recensés dans 25 pays, dont la Corée du Sud, où il a fait le plus de victimes après l'Arabie saoudite. Ainsi, 95 personnes infectées y ont été recensées et 11 personnes ont perdu la vie après avoir contracté le virus, contre lequel il n'existe ni vaccin ni traitement et dont on ne connaît à l'heure actuelle pas les modalités de transmission. Il semblerait néanmoins que la majorité des cas, imputables à une transmission d'homme à homme, aient été recensés dans le cadre d'une infection nosocomiale.

Madame la ministre, des pays européens figureraient parmi les 25 pays touchés par le MERS: la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Grèce, l'Italie, l'Autriche, la Turquie et le Royaume-Uni. Pouvez-vous confirmer qu'aucun cas de coronavirus MERS n'a été signalé dans notre pays?

En ce qui concerne la prise en charge des patients, dans le cadre de l'épidémie d'Ebola, des procédures spécifiques visant à détecter et à maîtriser la propagation de cette maladie chez nous ont été instaurées. Cette procédure trouverait-elle à s'appliquer pour le coronavirus MERS ou une autre procédure devrait-elle être mise en place?

Madame la ministre, nous en avons parlé lors d'une commission précédente lors de laquelle vous aviez donné des informations concernant le dossier de mise en place chez nous d'une unité spécialisée hautement sécurisée P4, avec les problèmes budgétaires qui s'y rapportaient. Vous avez évoqué le rapport de visites d'unités en France, en Allemagne et en Angleterre par l'équipe de coordination du SPF Santé. Depuis lors, y a-t-il eu des évolutions dans ce dossier?

06.02 Maggie De Block, ministre: Il y a effectivement eu des cas de *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dans différents pays d'Europe depuis 2012. Tous les cas sont liés à des séjours dans l'un des pays affectés du Moyen-Orient ou à des contacts directs. Depuis 2012, plusieurs cas suspects ont été identifiés en Belgique et les analyses microbiologiques ont confirmé qu'aucun d'entre eux ne souffrait de MERS-CoV. La Belgique dispose d'un mécanisme d'alerte et d'évaluation du risque coordonné par l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP), qui assure le suivi épidémiologique de la maladie et évalue le risque lié à cette pathologie et à son risque d'importation pour notre pays.

En outre, la procédure de prise en charge, ou hospitalisation des patients touchés par des maladies hautement contagieuses, a été mise en place lors des événements de 2001 et adaptée en 2003 lors de l'épidémie du *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS). En 2012, avec l'apparition du MERS-CoV, cette capacité d'hospitalisation a été intégrée dans la procédure de prise en charge des cas suspects et la capacité de diagnostic a été créée par le centre national de référence. La Belgique est donc organisée pour faire face à un risque infectieux car elle dispose d'une procédure d'identification des patients suspects, d'une capacité de diagnostic et d'une capacité d'hospitalisation.

Vous vous référez au rapport relatif aux visites de travail dans le cadre de la mise en place éventuelle d'une unité spécialisée. Ce sont les docteurs Vlieghe et Reynders qui s'en occupent, comme je l'ai déjà dit. Ce rapport sera transmis prochainement à ma cellule stratégique en vue d'être analysé avec eux, mais aussi avec tous ceux qui sont concernés par ce dossier plus en détails.

Nous avons pris toutes les mesures nécessaires. Nous avons eu en commission une discussion concernant le virus Ebola.

On m'a demandé pourquoi on prenait encore des mesures à l'aéroport et dans les ports mais, entre-temps, nous avons eu deux cas suspects, heureusement sans suite. Donc, cela continue. Le Libéria était débarrassé d'Ebola mais il y a quand même eu de nouveaux cas. En Guinée, il y a également plusieurs cas rapportés. Nous ne sommes donc pas encore tranquilles.

Avec MERS, c'est la même chose. Il y a des mutations du virus et avec le monde globalisé dans lequel nous vivons, il faut être très prudent. Grâce aux mesures qui ont été prises, nous sommes tout à fait préparés mais la vigilance doit toujours rester de mise.

06.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. En deux mots, la situation est sous contrôle mais il faut rester vigilant.

La **présidente**: Il ne faut jamais baisser la garde.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werkgroep over suiker" (nr. 5226)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het overleg met de suikersector" (nr. 5321)

07 Questions jointes 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° 5226)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la concertation avec le secteur sucrier" (n° 5321)

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in mei hebben mevrouw Dedry en ik u al vragen gesteld over de suikerwerkgroep. U antwoordde toen dat ervoor gekozen was om een bilateraal overleg te houden en dan pas een werkgroep samen te roepen in haar plenaire samenstelling.

Hebben de bilaterale ontmoetingen al plaatsgevonden? Zo ja, hoeveel? Welke sectoren waren daarbij betrokken?

Is de werkgroep in haar plenaire samenstelling ondertussen al samengekomen? Wie was er allemaal aanwezig? Welke onderwerpen stonden op de agenda? Hoe ziet het verdere verloop van de werkzaamheden van deze groep eruit?

De volgende vraag werd niet ingediend, maar ik las deze week dat er een pact ter tafel ligt. Wordt dat uitgewerkt in het licht van de werkgroep en van Fevia?

07.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik sluit mij grotendeels aan bij de vraag van mijn collega.

Het betreft inderdaad de werkgroep over suiker en het tijdpad ter zake. Ik heb begrepen dat er al overleg is geweest met de sector van de sojaproducten en de margarine, dat er in mei ontmoetingen waren gepland met de graansector, de zuivelsector en de grootdistributie en dat men daarna zou terugkeren naar de plenaire samenstelling van de werkgroep over suiker.

Het is nu juli, vandaar mijn vragen. Kunt u ons iets meer zeggen over de stand van zaken van deze bilaterale overlegvergaderingen? Welke sectoren hebben al overlegd? Wanneer zullen de andere sectoren nog overleggen?

Wanneer zullen zij opnieuw samenkomen in de plenaire werkgroep over suiker? Hoever willen de producenten op dit moment gaan? Gaan zij nu al akkoord met concrete reducties? Ziet u grote knelpunten of ziet u een mogelijke consensus?

07.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, de bilaterale vergaderingen tussen mijn administratie en de verschillende economische operatoren zijn aan de gang. Wij zaten samen met de grootdistributie via Comeos, de vertegenwoordiger van de Belgische handel en diensten, en met de federatie van de ontbijtgranen. Die eerste twee uitwisselingen zijn constructief verlopen.

Deze maand nog zijn er bijeenkomsten gepland met de producenten van bereide maaltijden en met een bedrijf actief in fastfood. De sector van de zuivelproducten zou binnenkort ook samenkomen met onze deskundigen van de werkgroep Energiereductie en met Fevia, om een stand van zaken op te maken. Vergaderingen met verschillende andere partners zijn in de loop van de maand september gepland. Deze meetings zijn van essentieel belang om vooruitgang te boeken en om realistische en duurzame reductiewaarden vast te leggen, die voor de betrokken sectoren ook haalbaar zijn.

Normaal gezien volgt er een plenaire vergadering met alle partners in het najaar. De bedoeling is om een consensus te kunnen bereiken die een concrete verbintenis van alle sectoren inhoudt.

U weet ook dat voor een globale energiereductie een inspanning door iedereen zal moeten gebeuren. Dat gaat niet alleen over ontbijtgranen, maar ook over toegevoegde suikers en bereidingswijzen. Dit zal dus investeringen vragen. Suiker is immers ook een bewaarmiddel. Bijvoorbeeld, confituur met suiker bewaart veel langer dan confituur zonder suiker. Dat heeft ook gevolgen voor de consument. Als er snel schimmel op de confituur staat, is dat omdat er weinig toegevoegde suiker in zit. Als er geen schimmel op komt, zal de confituur mierzoet zijn.

De bedoeling is in elk geval om een consensus te bereiken, naar de plenaire vergadering toe te werken en te polsen wie welke inspanning kan doen en wat redelijk is. Ik denk dat wij alleen zo een resultaat kunnen bereiken. Zo is het de voorbije jaren ook gegaan voor de zoutreductie. Suikerreductie blijkt echter nog veel moeilijker te zijn omdat de consument dat sneller proeft. Ik heb dat ook in Riga gehoord.

Het probleem is natuurlijk dat er in onze rekken voeding van overal ligt. Ook in fastfood en in de bereiding wordt dikwijls nog suiker of zout toegevoegd. Het is dus een delicate oefening, maar wij moeten ter zake stappen vooruit blijven zetten. Het is belangrijk om naar een consensus te gaan en een pad voor de volgende jaren uit te stippelen. U weet ook dat het voor de zoutreductie tien jaar heeft geduurd. Wij zullen dus ook een pad trachten uit te stippelen voor de volgende jaren.

07.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat is heel positief, mevrouw de minister. Het mag misschien moeilijk zijn, maar de hoeveelheid suiker is een belangrijke vijand die moet worden verslaan. Voor zout heeft de weg van het sectoroverleg bewezen te werken. Wij hopen dan ook op soortgelijke resultaten met betrekking tot suiker.

07.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik sluit mij hier volledig bij aan. Ik merk wel op dat, indien de consensus erin zou bestaan dat men een minimale inspanning levert, een minister van Volksgezondheid volgens mij dan verder moet gaan dan een te kleine inspanning van de sector.

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

08 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Raad van State inzake het ontwerp van decreet van de Franse Gemeenschap voor wat betreft de filter voor de studies geneeskunde en tandheelkunde" (nr. 5253)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de filter voor de studies geneeskunde" (nr. 5260)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitreiking van RIZIV-attesten" (nr. 5346)
- mevrouw Sybille de Coster-Bauchau aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de RIZIV-nummers voor buitenlandse studenten genees- en tandheelkunde" (nr. 5764)
- mevrouw Sybille de Coster-Bauchau aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de filter voor de studies geneeskunde in de Franse Gemeenschap" (nr. 5765)

08 **Questions jointes de**

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil d'État concernant le projet de décret de la Communauté française en matière de filtre pour les études de médecine et de dentisterie" (n° 5253)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le filtre pour les études de médecine" (n° 5260)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la délivrance des attestations INAMI" (n° 5346)
- Mme Sybille de Coster-Bauchau à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les numéros INAMI des étudiants étrangers en médecine et dentisterie" (n° 5764)
- Mme Sybille de Coster-Bauchau à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le filtre pour les études de médecine en Communauté française" (n° 5765)

08.01 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, mijn vraag zoals ze oorspronkelijk was opgesteld, is ondertussen, na de hoorzitting over het kadaster, gedateerd. Aangezien vele collega's wilden aansluiten bij mijn vraag en aangezien er nog geen verslag is van de hoorzitting, heb ik mijn vraag evenwel niet ingetrokken.

Ik vat even samen wat ik heb begrepen uit uw antwoord op mijn vraag vorige week tijdens de hoorzitting over het kadaster. Als ik het goed begrepen heb, hebt u toen gezegd dat er pas volgend jaar een evaluatie zal komen van de filter die nu is ingesteld door minister Marcourt. Pas na goedkeuring van deze evaluatie in de Interministeriële Conferentie kan er een uitspraak worden gedaan over een verdere *lissage* na 2016, zodat de huidige studenten een RIZIV-nummer kunnen krijgen na het afstuderen, op voorwaarde dat er ook een negatieve *lissage* komt op de nieuwe quota vanaf 2022. Heb ik dat goed begrepen?

Tijdens de hoorzitting heb ik ook vernomen dat het dynamisch kadaster ondertussen verder geïnterpreteerd wordt, om die nieuwe quota zo correct mogelijk vast te leggen. Ik zag bij de aansluitende vragen ook de bemerking dat men rekening moet houden met buitenlandse studenten die terugkeren naar het buitenland en dergelijke. Ik neem aan dat dit ook wordt opgenomen in de besprekingen.

Heb ik het op deze manier goed samengevat?

08.02 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, cela fait un mois que j'ai déposé cette question. Il y avait un accord visant à dire qu'à partir du moment où un filtre très efficace était mis en place au niveau des Communautés, il y avait clairement alors délivrance des numéros INAMI aux médecins et aux dentistes diplômés. Lors de questions parlementaires, vous avez exprimé le fait que vous pensiez que l'avant-projet de décret réalisé au niveau de la Communauté française serait dénoncé par le Conseil d'État et qu'il irait ensuite en recours à la Cour constitutionnelle. En gros, il était bon à jeter à la poubelle.

08.03 **Maggie De Block**, ministre: Madame Fonck, si vous me citez, faites-le correctement! Je n'ai jamais dit qu'il était bon à jeter à la poubelle.

08.04 **Catherine Fonck** (cdH): Je ne vous citais pas. Autrement, j'aurais ouvert les guillemets, ce que je n'ai pas fait. Vous n'avez effectivement pas utilisé ces mots. C'est moi qui traduit. Vous avez en tout cas dit qu'il était nul et non avenu.

Quand vous vous êtes exprimée en ce sens, je ne peux imaginer que vos collaborateurs ne savaient pas qu'il y avait déjà eu un arrêt de la Cour constitutionnelle en 2014. Cet arrêt était très clair car il validait la proportionnalité au niveau d'une sélection intervenant en fin de première année de médecine ou de dentisterie. Depuis lors, le temps a passé, et c'est tant mieux. Le décret de la Communauté française est passé en commission et a été voté en plénière au parlement. Il n'y a d'ailleurs reçu aucune critique par rapport aux éléments que vous aviez mis en évidence de la part du Conseil d'État qui, forcément, a fait référence à l'arrêt de la Cour constitutionnelle de 2014. L'application est prévue et programmée pour l'année académique 2015-2016, conformément à l'accord que vous aviez eu entre le fédéral et les entités fédérées.

Madame la ministre, pourriez-vous dès lors me dire où en est le fédéral, puisque les modalités ont été fixées respectivement par chaque Communauté? C'est d'ailleurs de leurs compétences propres. C'est validé sur le plan juridique par les instances que je viens de citer. Pour rappel, il y avait aussi un accord des doyens des facultés de médecine et, donc, des universités. Pour moi, si accord il y a, c'est un contrat. Chacun doit alors respecter sa partie du contrat. Madame la ministre, respecterez-vous la partie de votre contrat, à savoir assurer à chaque médecin ou dentiste diplômé l'octroi d'un numéro INAMI? Pourrez-vous le faire rapidement car, je le rappelle, il faut modifier un arrêté royal? Il s'agit de faire en sorte que les choses soient claires et d'éviter aux étudiants actuels et à ceux qui termineront, dès juin prochain, d'être les dindons de la farce.

08.05 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, la discussion sur le cadastre des médecins nous a amenés inévitablement à aborder ce délicat problème. Aujourd'hui, un certain nombre d'étudiants ayant pour projet de poursuivre ou d'entamer des études de médecine ou de dentisterie restent avec leurs interrogations.

Comme ma collègue Mme Fonck vient de le rappeler, vous vous étiez engagée à délivrer des attestations INAMI à tous les étudiants en cours de formation – ou alors je n'ai pas bien compris – pour autant que la Fédération Wallonie-Bruxelles mette en place un système de filtre concernant l'accès.

08.06 Maggie De Block, ministre: Il ne faut pas seulement que ce système existe mais il faut qu'il soit efficace. Si j'ai un téléphone qui ne me permet pas de téléphoner, il n'est pas efficace.

08.07 André Frédéric (PS): Ne jouons pas sur les mots! Si vous avez un téléphone qui ne fonctionne pas, ce n'est pas un téléphone!

08.08 Maggie De Block, ministre: Si le filtre ne fonctionne pas, ce n'est pas un filtre!

08.09 André Frédéric (PS): Il nous faut donc un filtre efficace!

C'est un faux débat. C'est un débat d'intention. Cela signifie que le législateur des entités fédérées aurait pu mettre en place un système qui répondrait à la demande du fédéral mais, partant du principe qu'il ne sera pas efficace, des précautions sont prises.

La Fédération Wallonie-Bruxelles a rempli ses engagements. Les textes ont été soumis au Conseil d'État. Celui-ci a répondu que le système mis en place n'est pas incompatible avec le libre accès à l'enseignement supérieur. Il n'est pas discriminatoire par rapport aux non-résidents. La commission, tout comme le Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont voté avec une large majorité. Le contrat est donc rempli. C'est, en tout cas, ma vision des choses.

J'ai le sentiment, comme vous l'avez déjà dit lors de notre échange sur le cadastre, qu'il fallait voir d'abord l'efficacité. Je ne comprends pas ce que cela signifie. Je ne suis ni médecin ni professeur d'université. Modestement, je suis instituteur de formation. Dire à l'avance à partir de quel moment un système sera considéré comme efficace me semble difficile. J'aimerais que l'on m'explique ce que cela veut dire.

Avec cette restriction et cette part du chemin que vous semblez ne plus vouloir faire aujourd'hui, il reste des points d'interrogation dans la tête de celles et ceux qui veulent poursuivre des études et qui se demandent si, au terme de celles-ci, elles/ils recevront leur numéro INAMI.

Nous pouvons nous livrer à des jeux sémantiques, mais nous sommes au-delà.

Madame la ministre, confirmez-vous ces informations? Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est, à vos yeux, un

filtre efficace? Bien entendu, chacun a sa perception des choses.

08.10 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Van Peel, madame Fonck, monsieur Frédéric, je vous remercie pour vos questions relatives au filtre durant les années d'étude de médecine et de dentisterie.

In tegenstelling tot wat u voorhoudt, bestaat er geen contract met de Franse Gemeenschap tot afgifte van opleidingsattesten. Ik heb wel een piste voor een mogelijke oplossing voorgesteld aan uw partijgenoot Marcourt, minister van Onderwijs. Die piste hield een aantal verwachtingen in. Een eerste verwachting was dat ik een dynamisch kadaster zou afleveren. We hadden gezegd "voor de zomer" en het was er in mei 2015. Een tweede verwachting was dat men op een zichtbare wijze de instroom van studenten in de opleiding geneeskunde en tandheelkunde zou beperken, anders konden wij niet tot de nodige ingrepen komen. Ondertussen moest ook nog het overtal van afgestudeerde artsen en tandartsen kunnen worden weggewerkt. Hoe langer het probleem aansleept, hoe groter dat overtal wordt.

Ik wil hier toch twee zaken uiteenzetten. Nogmaals, het is duidelijk dat de afgifte van opleidingsattesten niet mag worden verward met het ter beschikking stellen van RIZIV-nummers. Het RIZIV-nummer is een automatisch gevolg van het eerste en is een administratieve aangelegenheid.

Met toepassing van het tot op heden gevoerde beleid inzake het afleveren van opleidingsattesten volgens de mogelijkheden geboden door de lissageprocedure, die nog doorloopt tot en met 2018, waarbij attesten verbonden aan het contingent voor latere jaren vroeger kunnen worden aangewend, zijn er voldoende opleidingsattesten te begeven om ter beschikking te worden gesteld van studenten die afstuderen in 2015 en 2016.

Het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod behandelt de federale globale quota tot en met 2020. Het is mijn intentie om de federale quota voor het jaar 2020 ook toe te passen in 2021, dus een verlenging van de quota. Het gaat over 1 230 opleidingsattesten voor het Rijk, waarvan 738 voor de Vlaamse Gemeenschap en 492 voor de Franse Gemeenschap. Dat zal worden opgenomen in een dossier dat wordt voorbereid voor de Ministerraad.

J'ai pu lire l'avis du Conseil d'État concernant le projet de décret de la Communauté française et j'en suis arrivée à la conclusion qu'il cadre avec l'analyse que j'ai partagée précédemment. Néanmoins, bien que le Conseil d'État ait posé les mêmes questions pertinentes relatives à la violation de la libre circulation concernant les non-résidents, le principe d'égalité et de non-discrimination, il a seulement jugé qu'il convient de fournir plus d'éclaircissements sur un certain nombre de dispositions mais pas que le décret ne pouvait pas être adopté. Les deux remarques que j'ai faites sont les mêmes que celles que l'on retrouve dans l'avis du Conseil d'État. Cela veut dire que mon analyse était pertinente.

Le décret instaure un filtre à la fin de la première année d'études, selon lequel il faut atteindre non seulement 45 points mais aussi un bon classement lors de l'épreuve qui donne accès à la poursuite des études. Le décret sera d'application à partir de l'année académique 2015-2016.

Il ressort des discussions dans le cadre de la Conférence interministérielle publique du 29 juin 2015 que tant le gouvernement fédéral que le gouvernement flamand ont encore un certain nombre de préoccupations en ce qui concerne la solidité juridique du filtre. Je sais qu'il relevait de la compétence de M. le ministre Marcourt d'instaurer le filtre, soit au départ des études de médecine, soit après un an d'études. Cela relève de sa responsabilité. Mais cela ne nous permet pas de voir le résultat de ce filtre avant la fin de la deuxième session de l'année académique 2015-2016. Il a toujours été dit que le filtre proposé devait convaincre tant le niveau fédéral que l'autre Communauté en termes d'efficacité. Il ne pourra pas être évalué avant mi-2016, après la deuxième session de l'année académique 2015-2016, à un moment où il aura été appliqué complètement et effectivement pour la première fois.

Étant donné que le système de lissage actuel permet de délivrer également une attestation pour les étudiants francophones qui terminent leur dernière année d'études l'année académique prochaine, il n'est pas encore nécessaire d'adapter immédiatement et en urgence, comme vous dites, la réglementation fédérale.

Quoi qu'il en soit, il est clair qu'à partir de 2021, pour les étudiants qui, en juin-juillet 2015, n'ont pas encore entamé leurs études de médecine, aucune attestation de formation ne pourra et ne sera délivrée à des

diplômés en surnombre qui n'entrent pas dans les quotas.

Op de Interministeriële Conferentie van 29 juni werd de werkgroep Zorgberoepen gelast ook haar werkzaamheden voort te zetten. Gezien het toch wel delicate en ingewikkelde karakter van de materie en gelet op de lopende werkzaamheden van de werkgroep, zal ik daarop niet vooruitlopen.

In alle sereniteit zeg ik dat de werkgroep de kans heeft om haar werk voort te zetten. De voorstellen van de werkgroep moeten een duurzame, structurele en integrale oplossing bieden voor onder andere de aanhoudende te hoge in- en uitstroom van studenten geneeskunde ten opzichte van de quota, de afbouw van het opgebouwde overtal aan studenten, dat steeds groter wordt en gecompenseerd moet worden – wij mogen dus zeker niet wachten –, de nood aan een geobjectiveerd debat over de vereiste medische *workforce* en eventuele knelpuntspecialisaties, en de nood tot herziening van de huidige quota.

Eind vorige week hebben we de nieuwe Planningscommissie opgericht.

La nouvelle Commission de planification a été mise en place vendredi en vue de faire avancer les travaux. Vous savez que la tâche qui lui incombe est immense. Les membres, une fois installés, étaient enthousiasmés par le modèle qu'ils ont reçu.

Wij hebben ook een voorlichting met uitleg gegeven. Er zijn werkgroepen voor alle beroepen geïnstalleerd. Wij zullen dan ook geen tijd verliezen. Ik houd mij aan mijn deel van de afspraken, zoals het installeren van de nieuwe Planningscommissie en het afleveren van het dynamisch kadaster. Ik houd mij ook aan het voornemen om het koninklijk besluit te ondertekenen als er een duidelijke daling is van de instroom van studenten in de opleiding en, daaruit voortvloeiend, een duidelijke daling van het aantal afstuderende studenten.

Ik weet echter ook wat er in het verleden is gebeurd. Ik zal mij dus geen twee keer laten rollen.

08.11 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, u hebt gelijk dat u al meer dan uw deel van de afspraken hebt gedaan.

Het feit dat minister Marcourt heeft gekozen voor een filter op het einde van het jaar, waardoor studenten nog maar eens een jaar verliezen, is zijn verantwoordelijkheid. Daar hebben wij op het federale niveau op zichzelf niets over te zeggen. Die filter zal echter ook door de andere Gemeenschap moeten worden goedgekeurd en minister Marcourt zal dus ook die Gemeenschap moeten overtuigen. Dat is vandaag niet het geval.

Waarom is dat zo belangrijk? Dat is omdat er al 18 jaar een onevenwicht is gecreëerd door onwil bij de Franse Gemeenschap. Collega's Fonck en Frédéric, het contract werd 18 jaar geleden gesloten op het federale niveau. Toen werd de contingentering ingevoerd. Er is een partner, die het contract al 18 jaar lang niet uitvoert. De Franse Gemeenschap zal eerst aan haar verplichtingen moeten voldoen; anders dreigt er, zoals u zei, mevrouw de minister, tegen 2018 al een overschot te zijn van meer dan 2 800 afgestudeerden. Dat is nu al het geval. Dat zal sowieso moeten worden afbetaald.

Het minimum wat wij nu kunnen vragen, is dat er ten minste een effectieve filter komt. Wij nemen onze verantwoordelijkheid op het federale niveau, en zelfs meer dan dat, maar de verantwoordelijkheid moet nu eindelijk eens worden gelegd waar zij echt moet liggen, namelijk bij minister Marcourt en niet hier. Zo duidelijk is het.

08.12 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, à titre personnel, j'étais en faveur d'une sélection préalable à la première année. Le fait est qu'un accord, au demeurant très large, a été conclu avec les universités pour organiser une sélection en fin de première année. Cela ne diminue en rien son efficacité.

Ensuite, quand, alors qu'un arrêt très clair de la Cour constitutionnelle a été rendu en 2014, certains en viennent encore à remettre en question la validité et la solidité juridique du dispositif, c'est à ne plus rien y comprendre. La Cour constitutionnelle est on ne peut plus explicite quant à la proportionnalité. De plus, elle a rendu un arrêt extrêmement consistant.

Lorsque j'entends s'exprimer certains membres de la Communauté flamande, j'aimerais leur dire deux choses. D'abord, durant toutes ces années, un surplus a été également enregistré au sein de leur

Communauté. Donc, arrêtez, s'il vous plaît, de jouer aux chevaliers blancs! Ensuite, tandis que la Communauté française a déterminé un *numerus fixus*, un quota précis d'étudiants, j'observe que la Communauté flamande s'est certes engagée à réformer et à renforcer son examen d'entrée, mais sans pour autant mettre en place de *numerus fixus*. En ce domaine encore, nous n'avons pas de leçon à recevoir!

Madame la ministre, tous les éléments sont réunis pour que vous respectiez l'engagement que vous aviez pris. Vous aviez en effet promis que les diplômés issus d'une sélection fixe bénéficient d'un numéro INAMI. Certes, différents aspects doivent encore être discutés – je pense en particulier au lissage –, mais cela ne peut en aucun cas reporter l'entrée en vigueur de l'arrêté royal, qui est indispensable. Si vous ne le prenez pas, cela revient à dire que vous continuez à suspendre une épée de Damoclès sur la tête de tous les étudiants qui seront diplômés en 2016 et les années suivantes. Cela revient à jouer avec les étudiants qui sont actuellement en fin de parcours et avec ceux qui commencent leur cursus.

Enfin, madame la ministre, je vais vous dire quelque chose que je n'ai jamais dit ni même pensé jusqu'à présent. À ce stade-ci, j'ai le regret de devoir constater que, dans ce dossier, vous vous comportez plus comme une politique flamande que comme une ministre fédérale de la Santé.

08.13 Maggie De Block, ministre: Ce que vous dites est véritablement scandaleux!

08.14 Catherine Fonck (cdH): Cibler uniquement la Communauté française alors que je viens de rappeler ce qu'il en est pour la Communauté flamande est inadmissible, comme est tout aussi inadmissible la sélection qui sera opérée, dès l'année prochaine. Je pense ici en particulier aux étudiants, aux médecins et aux dentistes qui seront diplômés l'an prochain.

08.15 André Frédéric (PS): Madame la présidente, j'ai le sentiment que l'on fait un peu de ce dossier INAMI un problème communautaire. Cette impression est partagée par d'aucuns. Peut-être n'est-elle pas fondée. Mais il n'empêche que j'en suis de plus en plus convaincu, et si tel est réellement le cas, je le regrette. Mme la ministre peut s'en défendre, mais tel est, en tout cas, mon sentiment.

Selon moi, les entités fédérées ont leurs responsabilités dans toute une série de matières. Elles prennent leurs responsabilités. Elles arrêtent des décisions. Elles portent des textes. Elles remplissent leurs engagements. Mais à chaque exigence supplémentaire, on assiste à un recul, de façon à ne jamais se rencontrer, ce qui est dommage. En effet, pour ma part, je suis plus favorable à la rencontre et au dialogue qu'à l'opposition systématique bête et méchante.

08.16 Minister Maggie De Block: Ik vind dat men de zaken niet op hun kop moet zetten.

Madame Fonck, je pense que vous souffrez de troubles de la mémoire. En octobre, quand j'ai commencé à travailler dans ce domaine, les étudiants étaient en détresse parce qu'il n'y avait plus de solution pour leur numéro INAMI. Je les ai reçus, ainsi que les doyens, les médecins, et toutes les personnes qu'il fallait recevoir.

Ik heb dan een voorstel gedaan aan de ministers Marcourt en Crevits, om een oplossing te vinden, niet alleen aan Franstalige, maar ook aan Nederlandstalige zijde, voor het overtal aan studenten tandgeneeskunde en geneeskunde. Die oplossing is eind november na veel ander overleg en heel veel concertaties – de heer Marcourt is zelfs tot bij zijn Franse collega gegaan – door minister Marcourt aanvaard. Ik vind dat een goede zaak.

Mevrouw Crevits heeft toen beloofd om de toegangsproof te herbekijken, omdat zij te maken kreeg met een aantal beroepen, waardoor het aantal geslaagde studenten, na een aantal rechtszaken, verhoogd is. Zij heeft dat ook meteen gedaan en heeft een andere soort ondervraging doorgevoerd, van veertig naar zestig vragen, bijvoorbeeld. Ik heb begrepen dat ook bij haar het werk nog niet gedaan is. Zij zal voort maatregelen nemen, zodat er inderdaad een duidelijke filter is bij het begin van de studies.

De heer Marcourt heeft gekozen voor een filter op het einde van de studies. Ik neem daar akte van. Het is zijn goed recht om die beslissing te nemen, maar voor zowel de Vlaamse regering als de federale regering zijn er toch nog zaken die niet overtuigend zijn. Daardoor is er ook geen consensus tot stand gekomen in de Interministeriële Conferentie. Vandaar dat de kwestie naar de werkgroepen is gedelegeerd, die eraan voort moeten werken.

Vous dites que des problèmes se posaient pour les étudiants. C'est vrai, il y a eu de gros problèmes pendant des années. C'est moi qui ai développé une piste. J'ai dit dès le début que les étudiants et leur entourage n'étaient pas responsables des difficultés dans lesquelles ils se trouvaient.

Wat zijn de echte problemen? Daarover zou u bezorgd moeten zijn, mevrouw Fonck. Het echte probleem is dat door het overtal aan studenten aan Franstalige zijde, zowel in de richting tandgeneeskunde en geneeskunde als in de richting diergeneeskunde, de kwaliteit van de vorming en van de stages niet meer kan worden gewaarborgd.

Zelfs al krijgen de afgestudeerden een nummer van het RIZIV, ze zullen hun brood niet meer kunnen verdienen en ze zullen moeten uitwijken. In Noord-Frankrijk zit het al vol met Belgische dierenartsen. Ze zullen moeten uitzwermen naar andere landen om nog hun brood te kunnen verdienen. Het is een grote bezorgdheid, niet alleen van mij, maar ook van de decanen, dat de kwaliteit van de vorming, van de stages en van de praktische opleiding niet meer kan gegarandeerd worden.

Zoals u weet, bestaat de opleiding van tandartsen voor de helft uit een praktische opleiding. Die opleidingen moeten ter beschikking zijn. Dan zullen de afgestudeerde artsen en tandartsen er inderdaad zeker van zijn dat ze stages in de ziekenhuizen kunnen krijgen – de subquota zijn een gemeenschapsbevoegdheid – en dat ze hun droomberoep kunnen uitoefenen.

Dat is mijn bezorgdheid, niets meer en niets minder. Het is al bijna twintig jaar een communautair dossier en dat zal het ook altijd blijven. De overschotten moeten gecompenseerd worden. Dat is de afspraak die in de Vlaamse regering is gemaakt en ook in de federale regering.

La **présidente**: Le dernier mot étant réservé aux parlementaires, je vous accorde trente secondes. Il s'agit de questions orales et non d'un débat ouvert. Il n'y a pas de proportionnalité. Demandez à ce que le Règlement de la Chambre soit modifié si cela ne vous convient pas!

08.17 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik zal het echt heel kort houden. Ik ben zeer blij met het tweede antwoord van de minister en ik volg haar daarin ook. Het moet maar eens gedaan zijn met het doorschuiven van de zwartepiet naar haar, terwijl zij net een oplossing heeft aangereikt voor een probleem dat men ook gewoon ongemoeid had kunnen laten, zodat men zelf moest opdraaien voor de problemen die men zelf zolang heeft laten aanslepen, mevrouw Fonck.

Mijnheer Frédéric, als u geen communautair dossier wil, moet u er zelf geen creëren, want dit is in dezen echt gebeurd aan uw kant, op geen enkele andere manier.

08.18 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, ma mémoire fonctionne bien! Voilà des années que je déplore la situation! J'avais d'ailleurs présenté des pistes de solution en commission et voilà des années que je trouve scandaleux de voir des numéros INAMI distribués à des médecins ou des dentistes européens non belges, alors même que les nôtres sont sanctionnés.

Plutôt que de jouer au ping-pong sur le dos des étudiants, ce que j'attends, c'est que les ministres en charge, à chaque niveau de pouvoir, trouvent une solution et verrouillent une décision et que chacun respecte l'engagement qu'il a pris. Je constate que certains l'ont fait, d'autres non!

Sur le volet de la qualité de la formation, évidemment, par rapport à une sélection de fin de première année, un cursus de 6+3 ou de 6+6 rend possibles des auditoires et des stages effectués par un nombre raisonnable d'étudiants. En effet, c'est un enjeu majeur et sur lequel il importe de continuer à avancer ensemble.

08.19 André Frédéric (PS): Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse.

La **présidente**: Si nous voulons continuer à discuter de ce sujet, nous tenterons de le faire de manière plus séquencée, comme nous l'avons fait pour le cadastre. Mais c'est peut-être l'entièreté du système qu'il faut changer dans la régulation de l'offre de soins.

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

09 Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tijdelijke verbod op bloeddonoratie na een onjuiste diagnose" (nr. 5254)

09 Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction temporaire de don de sang à la suite d'un diagnostic erroné" (n° 5254)

09.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, de aanleiding voor deze vraag was een mail van iemand die in deze situatie verkeerde.

Het is geen geheim dat wie bloed doneert, levens kan redden en dat het vrijwillig afstaan van bloed dan ook ten eerste moet worden aangemoedigd. Het Rode Kruis, dat de bloeddonoratie organiseert, en ziekenhuizen voorziet in de bevoorradings van veilig bloed, is voortdurend op zoek naar geschikte bloeddonoren.

Het spreekt voor zich dat de nodige veiligheidsmaatregelen moeten worden ingebouwd. Het is immers niet wenselijk om personen met een bepaalde ziekte of aandoening te laten doneren.

Echter, soms wordt bij de analyse van het bloed een diagnose gesteld die na bijkomend onderzoek niet correct blijkt te zijn. Bij een dergelijke diagnose wordt de persoon in kwestie uit voorzorg tijdelijk uitgesloten. Dat kan voor een vrij lange termijn zijn, zelfs wanneer achteraf blijkt dat de betrokkene perfect gezond is.

Dat is jammer voor de patiënten die het bloed nodig hebben en voor de gemotiveerde bloeddonoren. Onze wetgeving geeft inzake die voorzorgs- en veiligheidsmaatregelen terecht een duidelijk kader aan. Wat er dient te gebeuren wanneer kan worden aangetoond dat bij een bloedanalyse een foutieve diagnose werd gesteld, is echter niet duidelijk omschreven.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen. Indien kan worden aangetoond dat bij de analyse van het bloed een foutieve diagnose is gesteld, kan het tijdelijk verbod op donatie dan worden opgeheven? Welke voorzorgsmaatregelen dienen in dat geval in acht te worden genomen?

Wat acht u verder mogelijk om onnodige tijdelijke uitsluitingen te vermijden, zodat zoveel mogelijk bloeddonoren kunnen worden aangesproken?

09.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Peel, dit is een interessante vraag. De wet is duidelijk. Het is een wettelijke verplichting om bloed en bloedderivaten die positief reageren in een serologische screeningstest op infectie uit te sluiten van therapeutisch gebruik. Deze verplichting wijzigt niet indien de positieve screeningsresultaten niet worden bevestigd.

Om te vermijden dat een donor bloed zou geven dat niet kan worden gebruikt, zullen de bloedinstellingen de donor daarover inlichten en tijdelijk uitsluiten van het geven van bloed indien vals positieve screeningsresultaten bij twee of meer achtereenvolgende donaties voorkomen. Dan neemt men alleen buisjes af voor verder onderzoek. Als die goed blijken te zijn, kan bij een volgende bloedafname het bloed opnieuw worden gebruikt.

Veel zaken, zoals een te hoge bezinking, een te hoog of te laag hemoglobinegehalte of gestoorde levertesten, zijn knipperlichten die aangeven dat er mogelijk iets mis is met een patiënt. Dat is ook een veiligheid voor de ontvanger.

Daar de reden voor een vals positief screeningsresultaat bij een donor niet bekend is en vals positieve screeningsresultaten weinig frequent zijn, meent men dat er geen reden is om die voorzorgsmaatregel te wijzigen. Dat zou gevaarlijker kunnen zijn dan de voorzorgsmaatregel in stand te houden.

Ik heb begrip voor uw standpunt. U zegt dat het bloed misschien wel gebruikt zou kunnen worden en dat de donors niet gedemotiveerd mogen worden. Als hun bloed niet werd gebruikt, zouden ze kunnen aarzelen om de volgende keer nog te gaan. Het wordt hun goed uitgelegd, er gaat een brief naar hen en naar hun huisarts. Daaruit weet de huisarts wat er juist mis is met het bloed. Hij kan ook nog bijkomende controles doen, want het is niet de eerste keer dat er zo bij een patiënt iets aan het licht komt.

Wij moeten trachten de veiligheid van de ontvanger te allen tijde te vrijwaren. Zoals gezegd, zijn er weinig vals positieve screenings. Het onderzoek wordt steeds verfijnder. Het maakt niet uit dat er soms mensen

tijdelijke uitsluitingen zullen krijgen. Dat bloed wordt dan niet gebruikt.

09.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik begrijp natuurlijk dat veiligheid boven alles gaat. Dat is een principe waarvan wij zeker niet moeten afstappen, maar het voorbeeld dat ik kreeg, betrof iemand van wie gebleken was dat het resultaat vals positief was. Het bloed was dus eigenlijk opnieuw goedgekeurd, maar toch bleef de persoon in kwestie uit voorzorg twee jaar uitgesloten. Is dat niet buiten proportie?

09.04 Minister Maggie De Block: Het hangt ervan af welke parameter in het bloed gestegen was. Bij een verhoogde bezinkingssnelheid bedraagt de termijn bijvoorbeeld drie maanden. Dan wordt er een nieuwe controle uitgevoerd. Bij te weinig ijzer of hemoglobine wordt het bloed soms toch gebruikt, maar dan wordt er nog ijzer bijgegeven aan de patiënt. Men krijgt dan een brief mee waarin gevraagd wordt om ijzer in te nemen voor de volgende bloedafname. Er staan termijnen op. Het hangt ervan af welke parameter in de bloedwaarden verhoogd was.

09.05 Valerie Van Peel (N-VA): Ik zal de persoon in kwestie in ieder geval een mail sturen om hem gemotiveerd te houden. Dat is het belangrijkste.

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

La **présidente**: La question n° 5258 de Mme Fonck est transformée en question écrite.

10 Questions jointes de

- **Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de pyrazine dans le tabac" (n° 5271)**

- **Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de pyrazine dans le tabac" (n° 5414)**

10 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid van pyrazine in tabak" (nr. 5271)**

- **mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid van pyrazine in tabak" (nr. 5414)**

10.01 Véronique Caprasse (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, des chercheurs ont récemment dénoncé l'action addictive de la pyrazine présente dans le tabac et ont réclamé son interdiction. Ce n'est pas la première fois que des chercheurs dénoncent le fait que la nicotine seule ne peut pas expliquer la puissance de l'addiction au tabac. C'est l'association d'additifs et de nicotine qui provoquerait une forte dépendance.

Cette fois, il s'agit d'une publication dans *Tobacco Control*, un organisme de presse qui émane du *British Medical Journal* qui pointe tout particulièrement la pyrazine. La pyrazine est une molécule dont le fort pouvoir odorant est utilisé pour aromatiser des aliments. D'après ce que j'ai pu lire à ce sujet, elle peut donner par exemple un goût de chocolat ou de cacahouète torréfiée. Les cigarettiers ont sans doute développé des cigarettes avec moins de nicotine pour satisfaire les palais des fumeurs et ils ont adouci le goût du tabac à l'aide de pyrazine. C'est d'autant plus inquiétant qu'adouci, le goût aiderait à cibler les jeunes consommateurs, plus précisément les 18-24 ans.

Le quotidien *Le Soir* a aussi révélé, selon le docteur Hillel Alpert de l'École de Santé publique de l'Université de Harvard, principale auteur de la récente publication, que, je cite: "Les effets sensoriels de la pyrazine jouent manifestement un rôle essentiel dans la dépendance des produits du tabac et pour augmenter l'attractivité du fait de fumer, particulièrement chez les jeunes". Le quotidien a aussi relayé l'inquiétude de Pierre Bizel, le responsable de l'éducation à la santé à l'Observatoire de la Santé du Hainaut et porte-parole de la Coalition nationale contre le tabac. Il explique qu'un jeune devient dépendant en trois semaines seulement en ignorant qu'il devient accro souvent pour des années.

Le *Newsweek* du 11 juin dernier relaie aussi cette étude en pointant les cigarettes électroniques. En raison de la pyrazine, ces dernières seraient aussi addictives que le tabac. On sait que le Parlement européen a adopté une directive qui interdira en 2016 les cigarettes et le tabac à rouler contenant un arôme

caractérisant. Elle ne cite pas les arômes concernés mais on sait que le menthol sera interdit. Qu'en est-il de la pyrazine?

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de ces recherches sur la pyrazine? Si oui, vous paraissent-elles effectivement de nature à envisager une interdiction d'ajout de cette molécule? Est-il exact que la pyrazine n'est actuellement pas reconnue comme arôme caractérisant au sens de la directive européenne, au même titre que le menthol, et que par conséquent rien n'est prévu pour l'interdire au niveau européen?

10.02 Karin Jiroflée (sp.a): Recent verscheen in de pers dat roken met stip op nummer één staat als belangrijkste oorzaak van kanker. Dat maakt mij, gelet op mijn vroegere ervaringen, bijzonder bezorgd.

Zoals mijn collega al aangaf, was er heisa over de chemische stof pyrazine. Wetenschappers hebben ontdekt dat ze zowel geïsoleerd als in combinatie met nicotine een rol zou spelen bij verslaving. Ze zit zowel in gewone sigaretten als in roltabak en e-sigaretten. Tabaksproducenten worden ervan verdacht de stof te gebruiken om sigaretten nog verslavender te maken. Tegelijk laten ze het nicotinegehalte dalen, waardoor de indruk wordt gewekt dat de sigaretten juist minder verslavend zouden zijn. Bovendien gaat het ook met die stof er weer om jongeren sneller verslaafd te maken. De stof zorgt voor een zachtere en minder bittere smaak. Dat moet ons allemaal bezorgd maken, zeker als we het verband met kanker kunnen aantonen.

Wat doet u met het nieuwe wetenschappelijk inzicht?

Plant u daaromtrent wetgevende initiatieven?

10.03 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, comme vous le savez, la nouvelle directive européenne 2014/40/UE sur les produits du tabac prévoit des nouvelles mesures relatives notamment à l'étiquetage des produits du tabac et à l'utilisation d'ingrédients dans les produits du tabac. Elle sera transposée et applicable pour mai 2016.

Il est notamment prévu que les produits du tabac qui produisent un arôme caractérisant seront interdits afin de réduire l'attractivité de ces produits. Un arôme caractérisant est défini comme étant une odeur ou un goût clairement identifiable autre que celle ou celui du tabac provenant d'un additif ou d'une combinaison d'additifs, notamment à la base de fruits, d'épices, de plantes aromatiques, d'alcools, de confiseries, de menthol ou de vanille. Cette liste est non exhaustive. Cet arôme doit être identifiable avant ou pendant la consommation du produit du tabac.

Dat is een hele omschrijving van wat er allemaal in tabak kan zitten om het aantrekkelijker te maken.

La pyrazine ne tombe pas dans cette catégorie. Elle ne sera donc pas interdite par cette mesure.

De richtlijn bepaalt evenwel dat de lidstaten op wetenschappelijke basis het in de handel brengen verbieden van tabaksproducten die additieven bevatten in hoeveelheden die bij consumptie de toxische of verslavende werking van een tabaksproduct of de kankerverwekkende, mutagene of reprotoxische kenmerken van een tabaksproduct in een significante of meetbare mate vergroten.

Op basis van dat artikel zal er dus wel een mogelijkheid bestaan om, zodra de richtlijn ten uitvoer wordt gebracht, een ingrediënt te verbieden als bevestigd is dat het het verslavend karakter van de tabaksproducten verhoogt.

Producenten zijn inventief. De lijst is gelukkig niet exhaustief. Zodra een stof meer verslavend zou kunnen zijn, kunnen wij optreden. Daaraan wordt echter vaak een mouw gepast in de loop van de tijd; de sector speelt daar inderdaad zeer inventief op in.

Cela se trouve dans la directive, mais il est possible de la modifier en ce qui concerne la pyrazine. Je ne suis pas voyante mais nous n'en avons pas fini avec ce problème.

Men zal altijd nieuwe zaken toevoegen om te proberen om het roken aantrekkelijker te maken.

10.04 Véronique Caprasse (FDF): Les cigarettiers souhaitent que les cigarettes aient autant de saveur qu'une glace, et c'est un véritable scandale. C'est le pouvoir de l'argent, peu importe la santé du moment

que l'on vend des cigarettes.

Nous devons continuer à être très vigilants à ce propos. Ne pourrait-on pas envisager une campagne d'information destinée aux jeunes? On répète assez aux adultes qu'ils risquent d'attraper le cancer. À trente ou quarante ans, les gens commencent à comprendre qu'ils ne sont pas à l'abri. Mais les jeunes ne s'en préoccupent pas. Ce sont eux qu'il faut sensibiliser.

Ne serait-il pas possible de mettre sur pied, au niveau du SPF Santé publique, une campagne de sensibilisation et d'information? Nous pourrions aussi travailler avec les entités fédérées pour que quelque chose soit fait dans les écoles. C'est assez affolant de voir de jeunes adolescents goûter à la cigarette sans savoir ce qui les menace après.

Je vous remercie en vous demandant de rester attentive à ce sujet. Je sais que cela vous interpelle en tant que ministre de la Santé, en tant que médecin, et en tant que femme.

10.05 Maggie De Block, ministre: Nous avons pris des mesures au niveau fédéral et au niveau des provinces et des Régions pour la prévention. Je pense qu'il faut continuer à prendre des mesures. Cette nouvelle directive va nous permettre d'être encore plus sévères.

En ce qui concerne l'attractivité, pour ma part, je n'ai jamais fumé et je ne trouve pas que cela sente bon. Cependant, l'attractivité de certaines choses, comme le tabac, chez les jeunes est très forte. Je ne suis pas naïve, il faut continuer à se battre contre cela.

10.06 Véronique Caprasse (FDF): C'est ce que nous demandons.

10.07 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik ben blij te horen dat u de mogelijkheid hebt om op te treden. We moeten daar inderdaad tegen blijven vechten en alle mogelijkheden aangrijpen. Het is natuurlijk waar dat de producenten zeer inventief zijn, maar ik vind niet dat we ons daarbij kunnen neerleggen. Ik meen dat we hier allemaal dezelfde bezorgdheid delen. Daar gaat het niet om. Daarover hoeven we niet te discussiëren. Ik hoop dat u inderdaad de juiste maatregelen neemt, als de tijd rijp is. Dan kunnen we daar verder over praten.

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. 5224)

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° 5224)

11.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, in uw antwoord van begin mei bevestigde u dat er een onderzoek naar de praktijken van het ONE was gestart. Loopt het onderzoek nog steeds? Welke stappen zijn al gezet en welke moeten nog worden gezet? Zijn er al resultaten bekend? Hebt u over dit dossier al contact gehad met uw collega's van de Waalse regering? Werkt het ONE vlot mee aan dit onderzoek? Wordt ook Kind en Gezin gehoord in dit onderzoek?

11.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, bij de bevoegde diensten van het RIZIV is inderdaad een nader onderzoek bezig naar de facturatie van door ONE en Kind en Gezin aangeboden preventieve gezondheidszorg, prenataal en postnataal. Daarbij zal de naleving van de wettelijke bepalingen worden nagegaan. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle heeft dit onderzoek aangevat. Overeenkomstig artikel 141, §§ 1 en 3 van de wet van 14 juli 1994 moet de dienst daarbij het geheim van het onderzoek waarborgen zolang het onderzoek niet is voltooid.

Een aantal technische elementen zorgt ervoor dat een grondig onderzoek enkele maanden in beslag zal nemen. Het onderzoek vergt onder andere een analyse van specifieke facturatiegegevens. In het kader van zijn controleopdracht heeft de dienst de gegevens opgevraagd bij de verzekeringsinstellingen. Wanneer dit onderzoek voltooid is, kan ik u inlichten over de gedane vaststellingen, de eventuele gevolgen en de mogelijke aanbevelingen. De dialoog met de Franse Gemeenschap omtrent dit dossier werd dan ook geïnitieerd.

11.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Wordt vervolgd na het reces.

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

12 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "eHealth" (nr. 5225)

12 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "eHealth" (n° 5225)

12.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, in maart heb ik u een vraag gesteld over het eHealth-platform naar aanleiding van een artikel dat in de *Artsenkrant* was verschenen. In dat artikel stond onder meer dat de administrateur-generaal, die verantwoordelijk is voor het opzetten van dit systeem, door zijn autoritaire managementstijl het hele project op de helling zou zetten. De *Artsenkrant* voerde toen ook een aantal getuigenissen op.

U hebt toen gezegd dat het mandaat van de persoon in kwestie bijna ten einde liep en dat er binnen drie maanden een evaluatie zou volgen, alvorens te beslissen over de mogelijke verlenging van zijn mandaat.

Is deze evaluatie al ten einde? Zo ja, wat is het resultaat? Zo neen, welke stappen zullen nog worden genomen?

Hoe verloopt de ontwikkeling en implementatie van het eHealth-platform? Wat is hier het te volgen tijdpad? Zal de uitgebreide evaluatie van de administrateur-generaal een invloed hebben op het tijdpad voor de ontwikkeling en implementatie?

12.02 Minister Maggie De Block: Op uw eerste vraag kan ik u medelen dat de administrateur-generaal van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid op 11 mei 2015 geëvalueerd werd, overeenkomstig de bepalingen van artikel 17 van het KB van 30 november 2003 en dit na een voorstel van het beheerscomité van de KSZ. In dit kader kwam ook het eHealth-platform ter sprake.

Op uw tweede vraag kan ik u medelen dat er geen meldenswaardige problemen zijn met de implementatie van het eHealth-platform. Dit evolueert conform de bestuursovereenkomst. Elke zes maanden rapporteert de administrateur-generaal hierover aan het beheerscomité van het eHealth-platform. De recentste rapportering dateert van 10 februari 2015.

De rapportering van 60 pagina's is over de hele lijn positief en werd zonder opmerkingen door het beheerscomité goedgekeurd.

Ik geef enkele voorbeelden. Alle in de bestuursovereenkomst gevraagde basisdiensten zijn beschikbaar. Het eHealth-platform haalt vlot de geëiste 99,5 % beschikbaarheid voor alle basisdiensten.

De realisaties zijn ook publiek te consulteren via de website van het eHealth-platform.

Het tijdpad voor de verdere ontwikkeling van het eHealth-platform wordt, enerzijds, bepaald door de bestuursovereenkomst, die ook dit jaar vernieuwd moet worden en, anderzijds, door de Roadmap eGezondheid, die momenteel geactualiseerd wordt. We zijn daar al twee maanden mee bezig, vooral omdat daarin een volledig nieuw hoofdstuk over *mobile health* moet worden opgenomen. Die werkzaamheden zullen in de loop van september worden afgerond.

12.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, we hopen vooral dat er ook aandacht zal zijn om alle bestaande systemen af te stemmen op de internationale standaarden. Als ik het werkveld goed heb begrepen, zijn er vaak problemen met het aansluiten van andere systemen en tools op de bestaande systemen. In de ziekenhuizen verloopt de koppeling bijvoorbeeld niet altijd vlot. We hopen dat er daaraan ook gevolg zal worden gegeven.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme des soins infirmiers" (n° 5512)

- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut des infirmières" (n° 5565)

13 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de uitoefening van de verpleegkunde" (nr. 5512)

- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het statuut van de verpleegkundigen" (nr. 5565)

13.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, ce 19 juin, l'Union générale des infirmiers de Belgique (UGIB), qui réunit 42 organisations de soins infirmiers professionnels, organisait une table ronde/conférence afin de communiquer aux autorités ses propositions de réforme de la pratique de soins infirmiers.

Diverses thématiques y ont été abordées: le profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux, la différenciation des fonctions, le code de déontologie, la subsidiarité et la délégation d'actes, les protocoles d'accord, les consultations et prescriptions infirmières.

Lors de cette journée, votre représentante a indiqué qu'un travail de préparation dans des groupes de travail et avec les organes de concertation était mis en place pour rechercher ensemble comment faire pour répondre aux défis de demain.

Comme vous le savez, la directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles doit être transposée avant 2016. Dans ce cadre, l'avis émis par le Conseil fédéral de l'art infirmier le 1^{er} avril 2015 au sujet du profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux est une première étape importante. Cet avis vous a été rendu. La révision de l'arrêté royal n° 78 est également un dossier complexe qui mérite toute notre attention.

Madame la ministre, pourriez-vous nous informer du travail déjà effectué par les groupes de travail et avec les organes de concertation? Sont-ils déjà en place? Quelles sont les missions et les compositions de ces groupes de travail? Quels organes de concertation avez-vous déjà rencontrés? Quels sont les premiers résultats - ou plus - de ces échanges?

Où en êtes-vous dans la transposition de la directive 2013/55/UE? Le délai de transposition sera-t-il respecté?

Dans quelle mesure comptez-vous tenir compte des réflexions et propositions émises par l'UGIB? Comment comptez-vous organiser la concertation à l'avenir avec l'UGIB et les associations qu'elle représente au sujet de la réforme des soins infirmiers?

Un agenda a-t-il été fixé concernant cette réforme?

13.02 Véronique Caprasse (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, le 18 juin dernier, a été publié au *Moniteur belge* l'arrêté royal du 10 mai 2015 portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. L'ancien article 21^{quinquies} définissant l'exercice de l'art infirmier et les activités y afférentes est devenu l'article 46.

Je me réfère également à la directive européenne 2013/55/UE que vous n'ignorez sans doute pas. L'article 31 de ladite directive prend en considération la dénomination "infirmier responsable de soins généraux" et le paragraphe 7 de l'article 31 détermine de manière précise les compétences à appliquer.

Une réflexion est à cet égard menée au sein des instances fédérales pour définir le profil futur de nos infirmières et infirmiers au regard des besoins des années à venir en matière de soins de santé, que ce soit en termes de vieillissement de la population, de soins chroniques en augmentation, de progrès technologiques ou d'exigences de qualité et de sécurité accrues.

De nombreuses études démontrent qu'au plus le niveau de formation des professions en soins de santé et plus particulièrement des infirmiers augmente, au mieux on est en mesure de réduire la mortalité des malades. Il importe donc de réformer notre législation à l'aune de cette directive, à propos de laquelle la Belgique a été mise en demeure pour non-respect de la première version (directive sectorielle 2005/36/EC) le 29 janvier 2009 et une seconde fois le 29 novembre 2009.

La modernisation de cette directive en 2013 prévoit deux ans pour la mise en œuvre et une évaluation en janvier 2016. Il est donc plus que nécessaire d'assurer la sécurité juridique du titre d'infirmier, en implémentant la dénomination européenne "infirmier responsable en soins généraux" au terme de la formation dans l'enseignement supérieur, stipulée dans la directive européenne, et en lui garantissant la possibilité de prétendre à la formation continue.

En conséquence, madame la ministre, j'ai deux questions.

Quel est l'état actuel du dossier en termes de transposition de la directive dans notre législation au niveau de la détermination de l'exercice de l'art infirmier et de la protection du titre, afin de respecter le délai prescrit pour l'évaluation?

Des contacts avec la Fédération Wallonie-Bruxelles et avec la Communauté flamande, compétentes en matière de formation, s'avèrent-ils encore nécessaires afin de finaliser le dossier au niveau fédéral?

13.03 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, madame Caprasse, vous venez d'évoquer la conférence de l'Union générale des infirmiers. Il s'agissait d'une table ronde mettant fin à six mois de tours de concertations préparatoires des organisations professionnelles et des groupes de travail organisés sur différents thèmes. J'y avais été invitée. Cependant, étant retenue par un Conseil des ministres, j'ai envoyé une représentante, Mme Sonja Vertriest, infirmière, car les sujets abordés étaient très importants pour le futur de cette profession. Elle était chargée d'une présentation. En outre, mon cabinet a reçu les représentants de l'Union des infirmiers le 25 juin pour débattre de ces sujets.

Toutefois, l'organe d'avis officiel pour toutes ces questions, comme le prévoit l'arrêté royal n° 78, est le Conseil fédéral de l'art infirmier. Celui-ci m'a transmis un avis d'initiative le 1^{er} avril 2015 sur les fondements de l'exercice de l'art infirmier et des qualifications requises par le biais d'un profil professionnel et de compétences. Ce profil de compétences proposé par ledit Conseil est une explication, un développement plus détaillé des compétences infirmières minimales déjà prévues dans la directive européenne 2005/36/CE. Conformément au mandat que lui confère l'arrêté royal n° 78, le Conseil fédéral a également transmis ce profil professionnel et de compétences aux ministres communautaires responsables pour l'enseignement.

La position du Conseil fédéral est que tous les éléments repris dans la directive européenne 2013/55/CE doivent être repris dans l'arrêté royal n° 78 pour pouvoir exercer comme infirmier. De plus, je devrais réserver l'accès à la profession, dans le futur, aux nouveaux diplômés infirmiers ayant atteint au minimum les compétences développées dans son avis. Il est dans mes intentions de rencontrer assez rapidement des représentants du Conseil fédéral sur ce dernier point. En ce qui concerne la transposition de la directive 2013/55/CE, elle aura lieu dans les délais impartis tant pour les articles horizontaux que pour les articles de nature sectorielle dont ceux relatifs à l'art infirmier.

Pour tout ce qui est de la mise en œuvre, certaines adaptations sont attendues pour le volume de la formation et les horaires de stages afin d'être en conformité avec la directive. Ces adaptations concernent toutefois l'organisation de la formation et ne relèvent pas de la compétence fédérale. Les administrations et les ministres compétents sont informés.

Lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 29 juin, un protocole d'accord a été signé entre les neuf ministres compétents y compris ceux de l'Enseignement. Il y est indiqué article par article quelle est l'autorité compétente pour la transposition et la mise en œuvre de la directive. Nous avons clairement spécifié les compétences de chacun. Si nous n'avions pas agi de la sorte, le puzzle aurait pu être très difficile à la fin.

L'agenda est le suivant. Nous déposerons au plus vite une proposition d'arrêté royal à délibérer en Conseil des ministres et transposant tous les éléments de la directive dans l'arrêté royal n° 78. Viendront ensuite la publication et l'entrée en vigueur avant le 18 janvier 2016, qui est la date limite imposée par la directive. Durant cette période, nous poursuivrons les échanges avec le Conseil fédéral de l'art infirmier, l'Union

générale des infirmiers de Belgique et les autres intéressés du secteur.

J'ajoute que d'autres problèmes sont à résoudre. En effet, à l'heure actuelle, nous avons des infirmiers qui ont été formés à des niveaux différents. Néanmoins, nous devons essayer de maintenir les personnels dans nos hôpitaux car nous avons encore besoin d'eux.

La **présidente**: La révision de l'arrêté n° 78 de manière plus globale peut être intéressante.

13.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Je pense que c'est un bon point d'avoir un accord clair sur les responsabilités des neuf ministres de la Santé et des deux ministres de l'Enseignement supérieur. En effet, ce n'est pas si simple et chacun peut parfois avoir une interprétation, à juste titre, mais qui n'est pas nécessairement celle d'un autre. Cet accord permettra certainement d'accélérer et de faciliter les choses pour le futur.

Il importe que vous poursuiviez la concertation, dans la mesure où vous avez deux interlocuteurs de choix et de valeur: l'Union générale des infirmiers de Belgique, dont la représentativité est très large et l'expertise avérée, et le Conseil fédéral de l'art infirmier, pour lequel mon commentaire sera identique. Vous pouvez vraiment vous reposer sur eux.

Le timing de la mise en œuvre de la directive est serré, et j'entends bien que vous vous engagez à le respecter. L'enjeu de la formation et des qualifications est une question urgente, mais cela va bien au-delà – vous en serez d'accord –, puisqu'il faut préparer l'avenir de la profession et définir la place et le rôle des infirmières, qui sont déjà importants, mais qui vont encore croître compte tenu des soins aigus et chroniques en augmentation. Je n'oublie pas non plus leur apport en termes de prévention. Le chantier est vaste. Nous avons par conséquent besoin d'une grande ambition en ce domaine.

13.05 Véronique Caprasse (FDF): Votre réponse me satisfait, madame la ministre. Je ne vais donc pas papoter indéfiniment et préfère m'aligner sur la réplique de Mme Fonck, que je trouve fort judicieuse.

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

14 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van senologische onderzoeken" (nr. 5231)

14 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des bilans sénologiques" (n° 5231)

14.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik stelde u eerder al een schriftelijke vraag over dit onderwerp en ook de *Artsenkrant* berichtte erover op 5 juni.

Het komt erop neer dat radiologen, tegen elke indicatie in, 130 euro voor een bijkomende Dopplersonografie aanrekenen, naast een mammografie. Als wij uitgaan van twee tot drie van dergelijke onderzoeken per dag, lopen de jaarlijkse extra kosten op tot zo'n 40 000 euro per radioloog.

Gezien de beperkte tijd zal ik niet ingaan op de klinische details en mij beperken tot de volgende vragen, mevrouw de minister.

Werd al een onderzoek opgestart of hebt u plannen om dit te laten onderzoeken? Zult u acties nemen? Zo ja, welke?

Wat niet aan bod kwam in het artikel in de *Artsenkrant*, was dat de fraude veel meer wordt gepleegd in Wallonië dan in Vlaanderen. Plant u gerichte acties naar de Waalse frauderende radiologen?

Zou deze situatie niet vermeden of opgelost kunnen worden door een herziening van de nomenclatuur voor echografieën? Houdt deze nog wel genoeg rekening met de technologische vooruitgang en de complexiteit van de prestaties?

Is het volgens u nog interessant om een aparte terugbetaling te behouden voor het Doppleronderzoek, terwijl dat intussen eigenlijk deel uitmaakt van de echografie? Hebt u plannen om dit te wijzigen?

14.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, zoals beloofd naar aanleiding van uw vorige vraag, heb ik aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV gevraagd om een onderzoek te bevelen naar het door u gesignaleerde probleem. Men heeft mij gezegd dat dit onderzoek zal gebeuren, maar dat het enkele maanden in beslag zal nemen.

Het spreekt voor zich dat ik niet vooruit zal lopen op de maatregelen die kunnen worden genomen. Ik zal het resultaat van het onderzoek beleefdheidshalve afwachten. Zodra het resultaat bekend is, zult u dat vernemen. Dan zullen wij daaruit de gepaste conclusies trekken.

Zoals u weet, ga ik voor een efficiënt en effectief gebruik van elke euro, ook in de gezondheidszorg. Ik heb eerst een onderzoek gevraagd, na uw signalering, om dan indien nodig maatregelen te nemen.

14.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de denturisten" (nr. 5249)**

15 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des denturistes" (n° 5249)**

15.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, denturisten zijn in België al een paar jaar vragende partij om erkend te worden, iets wat in veel Europese landen trouwens al het geval is. Hun argumenten zijn onder andere dat, als tandheerkundigen hun bevoegdheid om uitneembare tandprothesen aan te meten, delen met hiervoor opgeleide denturisten, het aankomende capaciteitsprobleem in de mondzorg verlicht zou kunnen worden.

Tandartsen zijn hiervoor niet altijd te vinden omdat denturisten vaak duurder zouden zijn dan een tandarts, niet de nodige medische kennis zouden hebben en geen opvolging van de patiënten doen.

Mijn vragen aan u zijn dan ook de volgende, mevrouw de minister.

Voert u momenteel gesprekken of plant u in de nabije toekomst gesprekken met de denturisten omtrent hun erkenning?

Worden de beroepsverenigingen VVT en VBT bij de gesprekken betrokken?

Wat is uw standpunt over de erkenning van denturisten?

15.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, momenteel zijn er geen gesprekken met de denturisten omtrent hun erkenning. Het ligt ook een beetje moeilijk. Volgens een advies van de Raad van de Tandheerkunde over tandheerkundige beroepen is er om verschillende redenen voor de Raad geen noodzaak om het beroep van denturist als dusdanig te erkennen.

Zo daalt bijvoorbeeld de nood aan uitneembare prothesen door een betere sensibilisering inzake de noodzaak van preventie en een regelmatig tandartsbezoek, iets wat wij ook nastreven. Het heeft dan ook geen zin om een nieuw erkend zorgberoep te creëren voor een uitneembaar gebit, een medisch hulpmiddel dat minder en minder wordt gebruikt.

Daarnaast stijgt de moeilijkheidsgraad van de prothesebehandeling wegens de vergrijzing van de bevolking en de bijbehorende polymorbiditeit. Deze patiënten hebben nood aan medisch geschoolde praktici, iets wat de bestaande opleiding tot denturist niet biedt. Onderzoek heeft ook uitgewezen dat vijf jaar na de invoering van het beroep van denturist in een Canadese provincie de kostprijs van een prothese bij een tandarts of bij een denturist dezelfde was, maar dat de patiëntentevredenheid hoger lag bij de tandarts. Een adequaat ingerichte en hygiënische praktijk kan niet economisch haalbaar worden uitgebaat, als hij alleen dienstig is voor de behandeling met uitneembare prothesen.

De beroepsgroep zou wel in aanmerking komen als bekwame helper, onder toezicht van een tandarts. Die reflectie nemen wij mee in de herziening van het KB nr. 78.

De vereniging van Vlaamse tandartsen (VVT) en de vereniging van Belgische tandartsen (VBT) maken als beroepsverenigingen deel uit van de Raad van de Tandheelkunde en worden in die hoedanigheid zeker betrokken bij de gesprekken over het onderwerp.

We zijn bereid hen te ontvangen in het kader van de hervorming van het KB nr. 78, waarin we nog andere zorgberoepen willen onderbrengen. We willen hen inderdaad laten werken onder toezicht. Er is ook een vraag naar tandartsassistenten. Wij zijn bereid om dat daar tegelijk in op te nemen.

Nogmaals, we streven naar minder prothesen. Het is altijd beter om de eigen tanden zolang mogelijk te houden en die goed te verzorgen. We zien een tendens bij mensen, maar spijtig genoeg nog niet bij iedereen. De tandheelkundige zorg tot achttien jaar is volledig gratis. Hopelijk resulteert dat op termijn tot tanden die langer blijven zitten en minder prothesen.

15.03 Yoleen Van Camp (N-VA): We zitten op dezelfde golflengte. De bevoegdheid om de mondzorg op te nemen moet te allen tijde bij de tandarts liggen. We vinden het heel goed dat de twee verenigingen via de Raad van de Tandheelkunde in deze gesprekken altijd worden betrokken en dat hun adviezen worden meegenomen.

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

16 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente de médicaments à l'unité" (n° 5293)

16 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop van medicijnen per stuk" (nr. 5293)

16.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, en 2013, un peu moins de 600 tonnes de médicaments ont été détruits en raison notamment de l'inadéquation de certains conditionnements avec les traitements prescrits. La gestion de ces déchets représente évidemment de lourdes dépenses pour le secteur du médicament puisque l'incinération des déchets, par exemple, est entièrement prise en charge par l'industrie pharmaceutique. Son coût s'élèverait selon pharma.be à plus de 100 000 € en 2013.

Comme vous le savez, depuis le 1^{er} avril, la tarification des médicaments administrés sous forme "orale-solide", en maisons de repos (MRS) et maisons de repos et de soins (MRSA), se fait à l'unité. Seuls les médicaments consommés sont alors facturés. L'objectif de la mesure prise sous la précédente législature permettra à l'INAMI de réaliser une économie de l'ordre de 10 millions d'euros. La tarification à l'unité constitue donc une mesure qui permet des économies aux patients, à l'industrie pharmaceutique mais aussi à l'INAMI, qui évite le gaspillage et qui s'inscrit dans une démarche de développement durable.

Selon certains, élargir la vente à l'unité à tous les citoyens permettrait donc de la même manière de limiter le gaspillage, de mieux consommer mais aussi d'éviter l'automédication. En France, un projet-pilote est d'ailleurs actuellement en cours dans une centaine de pharmacies volontaires où l'on teste la vente d'antibiotiques à l'unité.

Madame la ministre, estimez-vous opportun de généraliser la vente de médicaments à l'unité pour les particuliers ou à tout le moins d'élargir la mesure qui est applicable aux maisons de repos aux personnes âgées à domicile? Un projet-pilote comme celui mené actuellement France est-il envisageable chez nous?

16.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, en réponse à votre question, la tarification par unité des médicaments délivrés par le pharmacien d'officine ouverte au public se limite effectivement à la délivrance de médicaments ayant une forme "orale-solide" aux résidents MRS, MRSA.

Je tiens à préciser que seule la tarification par unité et non la délivrance de médicaments par unité est obligatoire. Cette mesure est un premier pas pour encourager la préparation de médication individuelle, qui a des avantages en termes de consommation rationnelle et de santé publique.

Un élargissement du champ d'application et/ou une généralisation de la préparation de médication individuelle (PMI) ne pourront être considérés qu'après une évaluation du résultat de cette mesure et en concertation avec tous les acteurs de terrain.

16.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Si j'entends bien, il n'y a pas d'opposition à cette mesure. Au contraire, il y a plutôt un soutien à la démarche après concertation et évaluation avec le secteur! J'en prends bonne note!

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

17 Questions jointes de

- **Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la santé mentale des mineurs" (n° 5310)**

- **Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accueil et l'accompagnement d'enfants et de jeunes présentant des troubles psychiatriques" (n° 5314)**

17 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geestelijke gezondheid van minderjarigen" (nr. 5310)**

- **mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvang en de begeleiding van kinderen en jongeren met psychische problemen" (nr. 5314)**

La **présidente**: Mme Jadin est absente.

17.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, u hebt op mijn schriftelijke vraag gedeeltelijk geantwoord dat u het met mij eens bent dat we een registratie nodig hebben om een totaalbeeld te krijgen en dat u tegen eind 2015 een voorstel zou doen voor een minimaal te registreren dataset, over de bevoegdheidsgrenzen heen.

Ik wil u toch vragen naar de federale informatie waarover u beschikt, met andere woorden het deel van het zorggebruik dat zichtbaar is via de nationale ziekteverzekering. Ik heb vier deelvragen. Hoeveel kinderen en jongeren met psychische problemen worden op dit moment opgevangen en begeleid volgens de cijfers van de nationale ziekteverzekering? Hoeveel van deze kinderen en jongeren wachten op dit moment op een plaats? Is de opvang en begeleiding geografisch goed verspreid? Hoeveel acute ziekenhuisbedden zouden in aanmerking kunnen komen voor reconversie, volgens de statistieken die federaal beschikbaar zijn?

17.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, de eerste fase van ons nieuw beleid is gericht op het installeren van die netwerken en de coördinatie ervan.

Het afbakenen van de personen die in aanmerking komen voor die netwerken is reeds begonnen, hoewel de programmawet die mij die middelen geeft morgen nog in de plenaire vergadering wordt behandeld, om u maar te zeggen dat wij verder doen.

Wat de tweede fase betreft, een zorgprogramma voor crisissituaties zal ook op het niveau van elk netwerk worden uitgevoerd. Daarom is aan elk netwerk gevraagd om tegen ten laatste eind september 2015 een model te vervolledigen. Dat gebeurt dus op het terrein, waar men de noden echt goed kan inschatten.

Ik heb altijd gezegd dat de implementatie in overleg met het veld zal gebeuren.

Vanaf 2016 gaan we naar een derde en een vierde fase. Daar zullen we aan de realisatie van de programma's Assertive Care en Liaison werken.

Voor de inhoud van het nieuwe geestelijkegezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren verwijs ik naar de uiteenzetting die in deze commissie op 26 mei werd gehouden. Er staat veel informatie in betreffende het tijdpad, maar zeker ook een gedetailleerde weergave van het beleid.

Het RIZIV kan geen cijfers geven over de opname van kinderen en jongeren met psychische problemen in eender welke instelling. Een heel deel van deze instellingen bevindt zich immers op het niveau van de Gemeenschappen en de Gewesten. Ik heb daarom cijfers gevraagd, gebaseerd op de minimale

psychiatrische gegevens die gelden voor de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen in België. De meest recente volledige cijfers dateren van 2012. Toen werden volgens de minimale psychiatrische gegevens 2 155 opnames geregistreerd in een K-dienst of dienst voor de behandeling van kinderen en jongeren tot 18 jaar van psychiatrische ziekenhuizen. Er waren 2 071 opnames door de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Dit gaat over een verhouding van 50,99 % tegenover 49,01 %. Dat is bijna fiftyfifty. Het verschil bedraagt 70 patiënten per jaar.

Er werden geen gegevens bijgehouden over wachtlijsten in algemene of psychiatrische ziekenhuizen. De programmatie voor K-bedden in zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen werd vastgelegd op 0,32 bedden per duizend kinderen. In de Vlaamse Gemeenschap werden 371 bedden erkend, in Brussel op het niveau van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zijn er dat 120, in de Franstalige Gemeenschap bedraagt het aantal erkende bedden 225. Dat zijn historisch gegroeide verschillen per Gemeenschap, die zich gedurende vele opeenvolgende jaren aftekenen.

Met het nieuwe beleid leggen alle overheden het accent op het vermijden van ziekenhuisopnames en de interventie van onder andere multidisciplinaire mobiele equipes aan huis. Hiervoor werd wel een gelijkwaardige verspreiding over de provincies vooropgesteld. Wij hebben de historisch gegroeide fout niet herhaald bij het uittekenen van die equipes. Wij hebben een gelijkwaardige spreiding over alle provincies vooropgesteld.

Wij zijn volop bezig met de implementatie op het terrein van de bijkomende maatregelen. Nochtans moet over de middelen morgen in de plenaire vergadering nog worden gestemd.

17.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb daar voorlopig niets aan toe te voegen.

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

18 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bevindingen van het burgerlabo van de Koning Boudewijnstichting" (nr. 5456)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "gezondheidsverzekering in plaats van ziekteverzekering" (nr. 5480)

18 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conclusions du LaboCitoyen de la Fondation Roi Baudouin" (n° 5456)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'assurance soins de santé en lieu et place de l'assurance maladie" (n° 5480)

18.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp kan inderdaad aansluiten met haar soortgelijke vraag over de bevindingen van het burgerlabo van de Koning Boudewijnstichting.

Mevrouw de minister, voorkomen is beter dan genezen. Het is ook goedkoper dan genezen. En vooral, beter leven is belangrijker dan langer leven.

18.02 Minister Maggie De Block: Anders gaan leven.

18.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Inderdaad.

Het burgerlabo, opgezet door de Koning Boudewijnstichting, boekt zeer interessante resultaten en het RIZIV heeft al beloofd om er rekening mee te houden. Zult u dit momentum ook aangrijpen?

Wij zouden van de ziekteverzekering beter een gezondheidsverzekering maken. Men zegt altijd dat het federale niveau geen bevoegdheid inzake preventie heeft, maar dat klopt niet helemaal. Mochten wij een ommezwaai maken van acute geneeskunde naar een geneeskunde die patiënten helpt bij het voorkomen van problemen, dan gaat het verder dan de bevoegdheidsverdeling via de zesde staatshervorming.

Wat is uw mening ter zake? Bent u het eens met de interessante resultaten van de Koning

Boudewijnstichting?

Vindt u het ook interessant of belangrijk dat burgers, consumenten of patiënten betrokken kunnen worden in de beslissingsorganen van de Medicomut? Ik denk aan een hervorming van de mutualiteiten. U kunt vanuit de federale overheid de deelstaten steunen in hun preventiebeleid. Hebt u daar al gebruik van gemaakt? Zou u dat eventueel kunnen doen? Ik denk bijvoorbeeld aan het proefproject moeder-kindtraject. Hier zou het een mogelijkheid kunnen zijn.

Naar verluidt zouden de FOD Volksgezondheid en het RIZIV binnenkort eenzelfde gebouw delen. Is dit een opstap naar een fusie?

Ik word nogal eens van het kastje naar de muur gestuurd wanneer ik vragen stel aan minister Borsus of aan minister Marghem. Zij hebben heel wat bevoegdheden die een grote impact kunnen hebben op de gezondheid. Ook u hebt mij al naar deze ministers doorverwezen. Al wat met milieu en gezondheid te maken heeft, wordt in deze regering al eens heen en weer gepingpongd. Wat is uw standpunt in dezen?

18.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ook deze vraag kadert in de nieuwe bevindingen van het burgerlabo van de Koning Boudewijnstichting. Het RIZIV uitte de wil om rekening te houden met deze resultaten. Wat moet daaronder worden verstaan?

Voorts verwijs ik naar mijn vragen bij het begin van de legislatuur, met name om te werken met echt vastgelegde QALY's bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. U verwees toen naar dit burgeroverleg. Uit het burgeroverleg blijkt duidelijk dat er meer belang wordt gehecht aan een beter leven dan aan een langer leven. Een vaste QALY zou dus perfect als uitgangsbasis gebruikt kunnen worden. Zult u daarmee iets aanvangen?

Het RIZIV stelde in het artikel ook dat er momenteel gewerkt wordt aan een prioriteitenlijst voor volgend jaar. Is die lijst al klaar? Mogen wij de lijst inkijken? Hoe werd de lijst bijgesteld naar aanleiding van de resultaten van het burgerlabo? Zou u specifiek een overzicht kunnen geven van de zaken die aangepast of herschreven zijn in het licht van de resultaten van het burgerlabo? Welke factoren spelen er mee bij het opstellen van die lijst? Hoe worden die gewogen? Hoe zwaar wegen de resultaten van het burgerlabo daarin door?

Voor mijn laatste vraag sluit ik mij helemaal aan bij wat collega Dedry daarnet heeft gezegd. Een ander punt dat echt naar boven kwam uit het burgerlabo, was het optrekken van het budget voor preventie, om daarop meer de klemtoon te leggen. Overweegt u in dat kader om geld uit uw budget door te schuiven naar de deelstaten, zodat zij meer en beter aan preventie kunnen werken, waardoor uiteindelijk ook de federale schatkist het nodige kan besparen?

18.05 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, eerst en vooral, het initiatief "Burgerlabo – burgers als leidraad bij terugbetalingen in de gezondheidszorg" van de Koning Boudewijnstichting, geeft een kijk op hoe burgers en patiënten het gezondheidsbeleid ingevuld willen zien. Op de Interministeriële Conferentie van 30 maart herhaalde de federale overheid samen met de deelstaten het engagement om het plan Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken te realiseren, enerzijds, en het preventiebeleid in te vullen, anderzijds. Deze initiatieven sluiten nauw aan bij de bevindingen van het burgerlabo.

Een van de doelstellingen van de interkabinettenwerkgroep inzake chronische ziekte en preventie is te komen tot een protocolakkoord inzake preventie. Dit akkoord zal een regeling treffen voor de meer vroegtijdige opsporing van kanker, de neonatale screening en de nood aan gezonde voeding. Daarmee geef ik u al een antwoord betreffende de diverse bevoegdheden. Als wij streven naar een gezonde voeding, dan zal dat natuurlijk niet alleen een bezorgdheid van mij zijn, maar ook van de respectieve ministers bevoegd voor Landbouw en voor Leefmilieu die er, zoals u weet, in alle maten en kleuren zijn.

Bovendien herhaal ik dat de burgers tussen 45 en 74 jaar voor een preventieve raadpleging in het kader van een Globaal Medisch Dossier PLUS bij hun huisarts terechtkunnen.

Het doel van het plan Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken is net om de patiënt meer centraal te stellen in het gezondheidsbeleid. Wat dat betreft, gaan wij echt naar een paradigmashift. Dit plan bevat een model waarbij gepaste begeleiding en zorgplanning voorrang zullen krijgen op het reactief optreden bij een acute

aandoening. Dit kan via een vroegtijdige, multidisciplinaire zorgplanning waarbij de patiënt centraal staat. Deze benadering garandeert de toegang tot zorg op maat.

Ook bij het levenseinde wordt deze geavanceerde zorgplanning belangrijker. Hierin kan worden opgenomen, wanneer de patiënt in aanmerking komt voor palliatieve opvang, het bespreekbaar maken van euthanasie en het uitsluiten van therapeutische hardnekkigheid.

Op dit moment zijn de patiëntenorganisaties vertegenwoordigd in het Observatorium voor de chronische ziekten in de schoot van het RIZIV. Ook in het kader van de modernisering van het overlegmodel kan hun rol verder worden versterkt. U weet dat de patiëntenkoepels een vertegenwoordiging krijgen in de raad van bestuur van het Kenniscentrum. Dit werd reeds opgenomen in de wet houdende diverse bepalingen. Zij krijgen ook geld voor hun satellieten om zich op het terrein te laten vertegenwoordigen en hun taken te kunnen uitvoeren. Het gaat hier over een aanzienlijke verhoging van hun werkingsbudget ter waarde van 250 000 euro per satelliet.

Ik kan er alleen op wijzen dat indien het gezondheidsbeleid invulling behoeft, en daarbij de medewerking nodig is van mijn collega's op federaal of deelstatelijk niveau, wij moeten werken via de geëigende overlegprocedures in het kader van de Ministerraad en de Interministeriële Conferenties. Op die Interministeriële Conferenties wordt uitgemaakt wie welk deel van de taak op zich moet nemen. Wij zullen trouwens steeds vaker op deze manier te werk moeten gaan.

Wij hebben twee Interministeriële Conferenties achter de rug. Wij hebben daar heel veel werk in gestoken, terwijl er een jaar lang geen enkele conferentie heeft plaatsgevonden. Wij zijn dan ook bezig met een inhaalbeweging. Wij trachten nog dit jaar twee Interministeriële Conferenties te organiseren, zodat eindelijk, in samenwerking met de collega's van de deelstaten, vooruitgang kan worden geboekt in een aantal dossiers. U kunt niet geloven welk immobilisme het oplevert op het vlak van de gezondheidszorg als er een jaar lang geen Interministeriële Conferenties worden georganiseerd.

Daaraan moeten wij in de toekomst iets doen. Tijdens lopende zaken was er zelfs gedurende twee jaar geen Interministeriële Conferentie.

Het is niet gemakkelijk noch aangenaam werken voor de mensen op het terrein, maar men kan alleen maar werken met de instrumenten die men heeft.

Mevrouw Van Camp, de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen houdt bij het formuleren van haar voorstel over terugbetaling rekening met de volgende elementen: de therapeutische waarde van de farmaceutische specialiteit, en dit zowel op het niveau van de morbiditeit, de mortaliteit en uiteraard ook de levenskwaliteit; de prijs van de farmaceutische specialiteit en de door de aanvrager voorgestelde vergoedingsbasis; het belang van de farmaceutische specialiteit in de medische praktijk met het oog op de therapeutische en sociale behoeften; de budgettaire weerslag voor de ziekteverzekering en de verhouding tussen de kosten voor de verplichte ziekteverzekering en de therapeutische waarde.

Het bedrag per QALY maakt dus deel uit van het geheel van de evaluatiecriteria van de CTG. Ook de levenskwaliteit kan in deze criteria worden teruggevonden. Op zich zijn dit dus geen bepalende factoren voor het opstellen van het voorstel dat aan mij wordt bezorgd, maar zij worden wel degelijk nu al in overweging genomen. Mij lijkt het dus niet nodig om deze evaluatiecriteria in dit stadium te wijzigen.

Wel wordt de CTG betrokken bij de reflectie over de vraag hoe deze criteria in hun toepassing nog beter kunnen worden afgestemd op bepaalde inzichten, zoals gegeven door het burgerlabo.

Overeenkomstig artikel 25 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de aanvragen tot inschrijving op de lijst van onbeantwoorde medische behoeften, *unmet medical needs*, voor 15 mei 2015 ingediend. Hierna moet de algemene raad voor 31 oktober 2015 en na het onderzoeken van de medische en economische impact, de lijst vaststellen van onbeantwoorde medische behoeften die voor het jaar 2016 zal worden aangehouden. Deze evaluatie zal ook worden gebaseerd op het advies van de commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming en van het College van geneesheren-directeuren. Als deze lijst zal zijn opgesteld, dus voor eind oktober 2015, wordt ze op de website van het RIZIV gepubliceerd.

De commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel is

ook op de hoogte van de conclusies van het burgerlabo van de Koning Boudewijnstichting. In samenwerking met het Kenniscentrum is ze op dit moment ook een methodologie aan het uitwerken voor het stellen van prioriteiten van de medische behoeften, teneinde de lijst van onbeantwoorde medische behoeften te kunnen opstellen. Bij de uitwerking hiervan wordt rekening gehouden met een aantal elementen, waaronder het bestuderen van gelijkaardige methodes, gerealiseerd in België en het buitenland, waarvan het burgerlabo een voorbeeld is.

Deze methode voor het stellen van prioriteiten is op dit moment nog niet finaal. Aangezien het gaat om onbeantwoorde medische behoeften, zal in ieder geval rekening worden gehouden met de mening van de burgers die via het burgerlabo werd uitgedrukt. In de schoot van de Interministeriële Conferentie werkt momenteel ook een groep aan de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, waarbij preventie een van de aandachtspunten is.

Ook wordt onderzocht in welke mate na de zesde staatshervorming gezamenlijke initiatieven kunnen worden genomen, bijvoorbeeld op het vlak van georganiseerde preventie. Bij de pensionering van Marc Justaert, na zijn carrière bij de CM, heb ik in mijn toespraak de ziekenfondsen opgeroepen om gezamenlijke preventieacties op te zetten. Nu doet een ziekenfonds namelijk eens een preventieactie in een bepaalde richting en zes maanden later doet een ander ziekenfonds een actie in een andere richting. Dat zou volgens mij nog beter georganiseerd kunnen worden.

Een betere coördinatie van de preventie of van de sensibilisatie zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren bij de borstkankerscreening en bij de rotavirusvaccinatie. Er zijn echter nog ontelbare andere voorbeelden te geven. Ik denk dat we daar veel efficiënter met de middelen kunnen laten omgaan, als de handen in elkaar geslagen worden, met als doel een algemene verbetering van de gezondheid van al onze burgers. Op het vlak van sensibilisatie- en preventieacties denk ik niet dat ziekenfondsen elkaar veel vliegen kunnen afvangen.

Wat uw vraag betreft, zal ik u na de budgetbesprekingen graag eens uitleggen wat een groot domein het hier behelst: hoeveel hervormingen, hoeveel zaken die historisch ondergefinancierd zijn geweest. Ik denk bijvoorbeeld aan het grote terrein van de mentale gezondheidszorg, waar we meer dan een tand moeten bijsteken, waar een denturist een heel gebit zouden kunnen bijsteken. Om aan die noden te voldoen, zal ik mijn handen wel vol hebben.

De financieringsstromen inzake de verdeling van de bevoegdheden zijn geregeld door de opeenvolgende staatshervormingen en bijhorende financieringswetten. Ik heb geen behoefte om daaraan iets te wijzigen.

18.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik begrijp dat het beter werken via de Interministeriële Conferentie heel belangrijk is en ik juich dat ook toe. Nu nog hetzelfde binnen de federale Ministerraad.

Uw collega Marghem heeft mij in de commissie gezegd dat zij daarvan werk wil maken, omdat ze zelf beschaamd is dat ze mij van het kastje naar de muur moet sturen. Ze zou dit op de agenda van de Ministerraad plaatsen om die milieugerelateerde problemen met de drie of vier betrokken ministers gezamenlijk aan te pakken.

18.07 Minister Maggie De Block: (...)

18.08 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ook ik ben verheugd met uw antwoord, behalve op mijn laatste vraag. Ik denk dat het investeren in preventie op termijn de nodige winsten zou opleveren, maar misschien kunnen we het daarover binnen vier jaar nog eens hebben.

La **présidente**: C'est toute la différence entre une politique de santé et une politique curative.

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

Vraag nr. 5406 van mevrouw Capoen wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

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

"scans in privépraktijken" (nr. 5425)

19 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la possibilité de réaliser des scans dans des cabinets privés" (n° 5425)

19.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Het houden en exploiteren van scans, zowel CT als NMR, zijn voorlopig voorbehouden aan de ziekenhuizen. Ze kunnen tot op heden niet in een extramurale setting worden uitgevoerd. Een CT-scan mag wel buiten het ziekenhuis worden uitgevoerd, maar dan wordt die niet terugbetaald. Dat komt in de praktijk op hetzelfde neer. Nochtans streeft men niet alleen naar extramuralisatie en dehospitalisatie, maar ook naar het terugdringen van de blootstelling aan straling.

Ik merk alvast op dat programmatie op zichzelf eigenlijk los moet staan van de setting waar er onderzoeken worden uitgevoerd. Dat kan niet echt een argument zijn tegen mijn stelling.

In een ziekenhuissetting is de kostprijs van hetzelfde CT- of NMR-onderzoek sowieso hoger door de personeelskosten. Ook de wachttijden lopen daar vaak op. Door een CT- en NMR-onderzoek ook in de extramurale setting toe te laten, zou niet alleen de prijs kunnen worden gedrukt, zonder overigens aan de kwaliteit te raken, maar kunnen ook de wachttijden worden verminderd. Door bijvoorbeeld NMR's wel toe te laten in privépraktijken, zou zelfs een verdere shift kunnen worden bewerkstelligd van CT naar NMR om de stralingsblootstelling verder te verminderen.

Voorts werken de privépraktijken totaal onafhankelijk en hebben ze er geen baat bij om verdere ingrepen of onderzoeken te plannen als die niet nodig zijn. Ze werken immers op doorverwijzing van de huisarts. In het buitenland zien we in het licht van die bevindingen dat CT- en NMR-onderzoeken ook kunnen worden toegepast in de extramurale setting.

Wat is uw standpunt over het toelaten van extramurale CT- en NMR-onderzoeken, zonder dat u het principe van de programmatie loslaat en op voorwaarde van een doorverwijzing op voorschrift van, bijvoorbeeld, de huisarts?

Waarom kunnen CT- en NMR-onderzoeken wel plaatsvinden in satellietcentra van ziekenhuizen? Dat komt toch eigenlijk op hetzelfde neer.

19.02 Minister **Maggie De Block**: Volgens de huidige wetgeving mogen CT- en NMR-toestellen enkel in ziekenhuizen worden uitgebaat. Die keuze werd gemaakt om de wildgroei van die toestellen te vermijden, om budgettaire redenen en wegens de noodzakelijke multidisciplinaire inbedding van de toestellen. De satellietcentra van ziekenhuizen vallen eveneens onder de ziekenhuissector.

Als we de vergelijking maken met andere landen, tonen internationale statistieken inderdaad aan dat de stralingsbelasting op bevolkingsniveau veel hoger is in ons land. Dat is mee toe te schrijven aan het overgebruik van bepaalde radiologische onderzoeken, vooral conventionele radiografie en CT-onderzoeken.

In 2010 heeft de federale overheid BELMIP, het Belgian Medical Imaging Platform, opgericht. BELMIP ondersteunt verschillende initiatieven voor het efficiënter aanwenden van de verschillende beeldvormingstechnieken, teneinde de stralingsbelasting voor de bevolking te verminderen en de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. In 2014 werd een protocolakkoord inzake medische beeldvorming ondertekend door de verschillende overheden. Het verscheen in het *Belgisch Staatsblad* op 26 juni 2014.

In het protocolakkoord werd overeengekomen een kadaster voor zware medische apparatuur aan te maken en een handhavingsbeleid op te zetten, teneinde het globale aanbod van medische beeldvorming te beheersen. Het is de bedoeling in een registratie te voorzien voor de zware medische apparatuur uit de lijst van zware medische apparatuur, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 25 april 2014. Het toekomstig handhavingsbeleid zal op die registratie gebaseerd worden.

In het protocolakkoord hebben de verschillende overheden zich ertoe geëngageerd om daaraan mee te werken. Volgend op het protocolakkoord werd ook de programmatie van de NMR-toestellen aangepast. Dat gebeurde ook in het koninklijk besluit van 25 april 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 oktober 2006 houdende vaststelling van het maximum aantal diensten waarin een magnetische resonantie tomograaf wordt opgesteld, dat uitgebaat mag worden. De publicatie in het *Belgisch Staatsblad* dateert van 8 augustus 2014.

Het verhoogde aantal NMR-toestellen waarover hier vandaag gesproken is, moet toelaten om de CT-toestellen te substitueren en op die wijze de straling voor onze bevolking terug te dringen. Naast de substitutie van CT-toestellen door NMR-toestellen is de effectieve toepassing van de richtlijnen voor medische beeldvorming, zowel door de voorschrijver als door de radiologen, een prioriteit voor BELMIP. Uit de dagelijkse praktijk blijkt dat de richtlijnen nog altijd onvoldoende bekend zijn. De toepassing van de richtlijnen zal precies toelaten de juiste onderzoeken voor te schrijven en uit te voeren, waardoor ook de straling voor de patiënt kan worden gereduceerd.

De uitbreiding van de NMR-programmatie is doorgevoerd met budgetneutraliteit als uitdrukkelijke voorwaarde. Bovendien is in het protocolakkoord bepaald dat een volgende schijf toestellen pas zal worden vrijgemaakt als wordt aangetoond dat de budgetneutraliteit werd behaald, zoals ik op een vraag van de heer Frédéric heb geantwoord.

Een eerste evaluatie kan pas gebeuren als de nieuwe toestellen werken. Op dit ogenblik heb ik nog geen enkele nieuwe erkenning ontvangen van mijn collega's uit de deelstaten, maar ik weet dat zij ermee bezig zijn. Ik heb ook een artikel in de krant gelezen over de manier waarop men in Wallonië de zes NMR's tracht te verdelen, maar mijn diensten hebben nog niets ontvangen.

Het principe van budgetneutraliteit is enorm belangrijk, want het budget voor medische beeldvorming is al een heel grote uitgavenpost. Wij vrezen dat het bestaan van extramurale toestellen de toestand onhoudbaar zou kunnen maken, omdat een aanbodbeperking niet kan worden gerealiseerd in een extramurale setting. De controle op het effectief en correct toepassen van de richtlijnen en op het naleven van kwaliteitsnormen is niet eenvoudig. Daarom werken de overheden momenteel aan een handhavingsbeleid. De impact hiervan op de stralingsbelasting van de patiënt zou kunnen toelaten om het toekomstig beleid ook bij te sturen.

De FOD Volksgezondheid heeft ook een actie opgezet rond de slogan "Radiografieën zijn geen vakantiekiekjes". Wij moeten ons beschermen tegen het bekende mutageen effect van straling. Vooral bij opeenvolgende onderzoeken zou straling een redelijk gevaar voor de volksgezondheid kunnen inhouden. Ik wil geen paniek zaaien, maar als een RX of CT niet echt nodig is, zou ik ze ook niet laten nemen.

19.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Daarom zou het net na doorverwijzing door de huisarts wel kunnen. Dan zou het gebruik niet stijgen, want dan gebeurt het enkel op indicatie. Ik ga ervan uit dat huisartsen zulke zaken ook niet voor hun plezier voorschrijven. Ik hoop dat dat gegeven toch aan bod kan komen in de evaluatie van oktober, zoals bleek uit een vorige vraag.

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

20 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vzw Terranova" (nr. 5433)

20 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'ASBL Terranova" (n° 5433)

20.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik beperk mij tot de vraagstelling zelf, aangezien ik het hierover al ettelijke keren heb gehad.

Het probleem is dat de Nederlandstalige wachtpost Terranova uitdooft. Uit de artikels hierover blijkt dat het RIZIV er niet scheutig op is om hem nog te financieren. We zien wel dat bij de nieuwe wachtpost die werd opgericht, de tweetaligheid veel moeilijker te verwezenlijken is dan werd gedacht. We zitten in een situatie waarbij de tweetaligheid absoluut niet gegarandeerd is, wat wel een vereiste was. U hebt die bezorgdheid zelf bevestigd in een brief aan beide huisartsenkringen. Ik betreur dat u in die brief de verantwoordelijkheid voor het fiasco van u afschuift en bij de kringen legt. U zegt dat zij verantwoordelijk zijn voor het garanderen van de tweetaligheid, terwijl deze situatie zich niet zou hebben voorgedaan, mocht het RIZIV niet eenzijdig de regels met betrekking tot de reorganisatie van de wachtdiensten hebben gewijzigd. Ik heb in vorige vragen reeds verwezen naar het veranderen van 70 % instemming naar 50 % instemming voor de facto dezelfde stemming.

Een volgend punt is de coördinatrice die geen Nederlands kent. Volgens de jongste berichten zou zij nu een spoedcursus Nederlands van twee weken volgen. Samengevat: een perfect drielinge wachtdienst en een

perfect drietalige wachtpost worden opgedoekt ten voordele van een wachtdienst en een wachtpost waarvan u zelf aangeeft dat ze onvoldoende garanties bieden op een gedegen, kwaliteitsvolle verzorging in de eigen taal voor de Nederlandstalige patiënten in Brussel. Het enige dat een succesvolle, door alle huisartsen gedragen samenwerking in de weg staat, zijn garanties voor een Nederlandstalige dienstverlening. Maar dat blijkt een brug te ver.

Kunt u garanderen dat Terranova de nodige fondsen zal blijven ontvangen van het RIZIV, totdat de wachtpost Athéna wel degelijk voldoende vaststaande garanties op een Nederlandstalige dienstverlening biedt? Tweetaligheid was immers een voorwaarde voor de financiering van Athéna. Die kan niet worden gegarandeerd. Welke gevolgen geeft u hieraan? Zal de financiering herbekeken worden?

U hebt formeel bevestigd dat de krachtlijnen van de nieuwe wachtdienst Garde Bruxelloise-Brusselse Wachtdienst onvoldoende garanties bieden voor een Nederlandstalige dienstverlening. Bent u zinnens om uw verantwoordelijkheid ter zake op te nemen teneinde de nodige garanties op een Nederlandstalige dienstverlening te eisen, voorafgaandelijk aan een eventuele samenwerking?

Vindt u dat de beslissing van BHAK met betrekking tot de reorganisatie van de wachtdienst, geldig is? Dit gelet op het feit dat een reorganisatie van een wachtdienst in het algemeen 70 % van de stemmen vereist. Dit quorum was vereist bij de eerste stemming, maar de tweede stemming had hetzelfde voorwerp als de eerste.

Denkt u dat het voldoende is dat de coördinatrice, die al zes jaar voor het project werkt maar nog altijd geen Nederlands spreekt, nu plots een spoedcursus Nederlands volgt? Vindt u dit geloofwaardig?

Van mijn Brusselse collega Liesbet Dhaene verneem ik dat de Brusselse bevoegde collegeleden, uw partijgenoot collegelid Guy Vanhengel en FDF-collegelid Didier Gosuin, formeel hun steun verlenen aan het project en elke poging om het te vertragen betreuren. Hebt u al contact met hen opgenomen om hen uw bezorgdheden mee te delen?

20.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, u stelt deels dezelfde vragen als in uw vraag nr. 4178 over de stemming. Ik heb de nodige uitleg gegeven hoe die is verlopen. Ik hoef daarop niet terug te komen.

Ik vind het leuk dat u de door u aangehaalde problemen opvolgt, maar niet dat u altijd alle vragen herhaalt. Mijn antwoord nu is niet anders dan het antwoord dat ik al heb gegeven op uw mondelinge vraag over de geldigheid van de BHAK-beslissingen inzake de reorganisatie van de wachtdienst.

In antwoord op uw eerste vraag kan ik u meedelen dat het in de eerste plaats de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen toekomt om voorstellen te formuleren over de financiering van initiatieven met betrekking tot de organisatie van de huisartsenwachtdienst.

Het is met betrekking tot Brussel duidelijk dat er in elke fase van de financiering een Nederlandstalige dienstverlening nodig is. Ik zal ook opvolgen dat de genoemde commissie in haar beslissingen met betrekking tot elke fase de vereiste om ook aan Nederlandstalige dienstverlening te doen zal bewaken. Het is in die geest dat ik mijn brieven heb geschreven, precies om te waarschuwen dat ik daarover zal waken.

Dat geldt op dezelfde manier ten aanzien van de huisartsenwachtpost, waarvan sprake in uw tweede vraag, en waarvan de naam dezer dagen misschien wat ongelukkig is gekozen. Athéna is geen garantie voor succes.

Op globaal vlak en in verband met uw derde vraag, vraag ik de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen dat in de eventuele beslissingen over de verdere financiering van het globaal project bijkomende mechanismen worden ingebouwd om in het kader van de samenwerking binnen de Garde Bruxelloise-Brusselse Wachtdienst tot een daadwerkelijke tweetaligheid te komen.

De coördinatrice van het globaal project volgt nu een intensieve cursus Nederlands. Ik weet niet hoe intensief of beperkt die cursus is, maar de daadwerkelijke tweetaligheid van de coördinatie moet worden verzekerd. Tweetaligheid was immers een van de aanwervingsvoorwaarden die destijds aan de beleidsinstanties werden opgelegd. Het verwondert mij dan ook dat het zes jaar heeft geduurd vooraleer die dame de cursus heeft gevolgd.

De mensen uit mijn beleidscel en ik volgen dit dossier aandachtig op. Er zijn daarnaast contacten met beleidsverantwoordelijken van de andere bevoegde instanties.

Algemeen denk ik dat het belangrijk is dat er een goed functionerende wacht dienst is in Brussel. Voor alle in Brussel functionerende, gesubsidieerde zaken moet er tweetaligheid zijn. Ik heb die brieven dan ook geschreven uit noodzaak om op de tweetaligheid te wijzigen. Als ik het zo hoor, dan zou ik de coördinatrice Nederlands moeten gaan leren en zou ik ervoor moeten zorgen dat elke dokter van wacht daar een taalproef kan afleggen. Ik wil veel doen en veel verantwoordelijkheid nemen, maar het is de verantwoordelijkheid van de wacht diensten om dat te verzekeren. Het is de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen die daarop toeziet. Wij hebben de financiering in handen.

We moeten in de eerste plaats zorgen voor een goed functionerende huisartsenwacht dienst in Brussel. Het falen daarvan is een van de redenen waarom mensen naar de al overstelpte ziekenhuizen en spoeddiensten gaan. Ik ben heel gevoelig voor de taalaspecten. Ik heb mijn verantwoordelijkheid genomen en die brieven geschreven.

20.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat is voor ons absoluut onvoldoende. Het is heel gemakkelijk om te zeggen dat de wacht diensten daarvoor verantwoordelijk zijn. Wij zijn het daar niet mee eens. Die dienst is inderdaad verplicht tweetalig. Het is aan de minister om het nodige kader te scheppen.

20.04 Minister Maggie De Block: Dat heb ik toch gezegd. Wat wilt u dat ik nog doe? U luistert niet. Ik zeg net dat ik het aan de wacht diensten heb opgelegd.

20.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Via een brief. Er zijn geen garanties.

20.06 Minister Maggie De Block: Ik wil het ook per tamtam doen, als u dat beter vindt.

Ik heb die brief geschreven en ik heb mijn collega's daarover ingelicht.

20.07 Yoleen Van Camp (N-VA): Het is uw verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat die tweetaligheid er is. Die is er nu niet. Het sturen van een simpele brief sust misschien uw geweten, maar niet het onze. Wij weten dat er in de praktijk geen tweetaligheid is. U hebt de tools wel in handen. U kunt de financiering herbekijken.

20.08 Minister Maggie De Block: Ik heb vandaag al gehoord dat ik te Vlaams ben. Nu hoor ik dat ik niet Vlaams genoeg ben. Ik denk dus dat ik, zoals in asiel en migratie, de juiste koers vaar.

20.09 Yoleen Van Camp (N-VA): Het gaat niet om meer Vlaams of minder Vlaams. Het gaat over de tweetaligheid van de wacht diensten.

20.10 Minister Maggie De Block: Iedereen moet zijn verantwoordelijkheid nemen.

20.11 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat gebeurt niet.

20.12 Minister Maggie De Block: U weet goed dat de wacht dienst van de Vlaamse huisartsen het werk in Brussel niet meer kon bolwerken. Die mensen hadden geen leven meer. Meer en meer dokters haakten af. Die wacht dienst kon het op die manier niet blijven volhouden.

20.13 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat klopt. Wij zijn ons daarvan ook bewust. Dat wil niet zeggen dat wij tegen een samenwerking aan sich zijn, maar die samenwerking moet wel garanties bieden op tweetaligheid. Wij stellen vast dat dit in de praktijk niet het geval is. U erkent dat ook via die brief. Wij zijn er niet van overtuigd dat het sturen van die brief daarin verandering zal brengen. Daarvoor zijn net iets forsere maatregelen nodig. Wij kunnen enkel betreuren dat die niet genomen worden.

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

Le **président**: Chers collègues, les questions n° 5455 de Mme Nathalie Muylle et celles de Mme Catherine Fonck, n° 5508, n° 5509, n° 5510 et n° 5511, sont transformées en questions écrites.

21 Questions jointes de

- **M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments innovants dans le traitement du cancer" (n° 5578)**

- **Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le budget consacré aux traitements contre le cancer" (n° 5586)**

21 Samengevoegde vragen van

- **de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "innoverende geneesmiddelen voor de behandeling van kanker" (nr. 5578)**

- **juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het budget voor middelen tegen kanker" (nr. 5586)**

21.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je voudrais rappeler que ce parlement a un Règlement et que si on atteint cette heure avancée, c'est parce que les règles ne sont pas respectées.

J'apprécie beaucoup la vivacité dont font preuve nos jeunes collègues, en ce compris les députés et députées de la majorité pour contrôler le gouvernement. Mais je rappelle que le Règlement prévoit un temps de parole de deux minutes pour la question, de deux minutes pour la réponse et d'une minute pour la réplique.

Si on ne respecte le Règlement, madame la présidente, il ne faut pas s'étonner que certains collègues passent à l'arrière-plan. Pour ce qui me concerne, je ne dépasserai, en tout cas, pas mon temps de parole.

Madame la ministre, selon un rapport émis par le Vlerick Healthcare Management Centre, si la manière de rembourser les médicaments innovants n'est pas modifiée, le patient belge risque d'être privé d'un tiers des bienfaits promis par l'arrivée d'une vague de traitements dits "ciblés" dont la particularité est d'associer un médicament contre le cancer à un test de détection. Ces nouveaux médicaments étant beaucoup plus chers, ils pourraient augmenter considérablement le budget médicaments de l'INAMI. Les experts estiment ainsi que ce budget pourrait quasi doubler dans les cinq ans, grimpant jusqu'à 9,5 %, soit près de 500 millions. Selon ces experts, ces médicaments ne seront pas accessibles aux patients sans prévoir une hausse de ce budget ou une modification des conditions de remboursement des médicaments.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de ce rapport? Quelles sont les conclusions que vous en tirez? Envisagez-vous des mesures dans ce cadre? Estimez-vous nécessaire de tenir compte de l'évolution annoncée? De nouvelles mesures spécifiques dans le cadre des remboursements de médicaments sont-elles envisagées?

Dans le cadre de ces traitements où une molécule est associée à un test de diagnostic, les experts semblent également pointer du doigt les délais différents dont disposent le comité du remboursement et le comité chargé des dispositifs de diagnostic. Selon eux, il faudrait pouvoir synchroniser les deux demandes de remboursement. Qu'en pensez-vous? Est-ce envisageable?

21.02 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik pik die kritiek niet. Ik wil erop wijzen dat ik sommige vragen ook binnen de halve minuut heb afgerond, en dat er nog collega's zijn die hun spreektijd hebben overschreden. Ik meen dat de regels voor iedereen gelden. Die ene vraag waarvoor ik de spreektijd heb overschreden, ging over een belangrijk onderwerp. Daarvoor hoeft u ons niet terecht te wijzen, mijnheer Frédéric. Het is aan de voorzitter om de tijd te bewaken.

Mijn vraag is eigenlijk dezelfde: de nieuwe middelen tegen kanker.

Onderzoekers schatten dat tegen 2020 ongeveer 500 miljoen extra nodig zal zijn om de nieuwe middelen te financieren. Toch zou dit deels een besparing zijn, want door die nieuwe middelen, zo raamt men, zou in andere takken van de gezondheidszorg tussen 208 en 461 miljoen bespaard kunnen worden.

Mevrouw de minister, kloppen die cijfers volgens u? Welke budgetten zullen moeten dalen om innovatieve geneesmiddelen zoals de nieuwe generatie kankermedicijnen, waarover wij recent een rondetafel gehouden hebben, te kunnen blijven betalen?

Hebt u een plan klaar om buitensporige kostenstijgingen in de toekomst te beperken of te voorkomen? Hoe ziet dat plan er dan uit?

21.03 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Frédéric, madame Van Camp, l'étude du Vlerick a examiné, dans le domaine de l'oncologie, à quels médicaments nous pouvons raisonnablement nous attendre en Belgique dans un délai de cinq ans. Dans ce cadre, il a étudié les médicaments thérapeutiques et les diagnostics car nous évoluons aujourd'hui de plus en plus vers une médecine personnalisée. L'étude avait pour objectif de vérifier si et dans quelles conditions les innovations auxquelles nous pouvons nous attendre seront financièrement abordables dans le cadre des budgets de l'assurance maladie.

Je suis moi-même en train de négocier un cadre pluriannuel dans l'intérêt du patient. L'objectif de ce pacte pluriannuel est d'anticiper aujourd'hui les innovations de demain, précisément pour pouvoir garantir à tous les patients qu'ils continueront à avoir accès aux thérapies les plus innovantes en oncologie mais aussi dans le cadre d'autres syndromes. J'ai aussi recours à une étude pour pouvoir élaborer un cadre budgétaire jusqu'en 2019. Pour gérer, il faut prévoir et anticiper.

L'étude du Vlerick recommande d'harmoniser, à l'avenir, les décisions de remboursement concernant les thérapies et les diagnostics. Cet aspect est également abordé dans les négociations. Il est exact que nous devons veiller à l'accès aux médicaments innovants pour les patients belges, y compris pendant une période budgétairement difficile. Selon l'étude du Vlerick, les baisses de prix habituelles dans le budget classique des médicaments permettent de rembourser dans les cinq ans 66 % des innovations prévisibles. En effet, l'étude estime la croissance des dépenses sur cinq ans en matière de moyens diagnostics et thérapeutiques oncologiques innovants à une moyenne qui se situe entre 0,89 et 2,05 %. C'est pourquoi l'étude suggère de tenir compte des dépenses moindres qui sont estimées à un montant de 208 à 461 millions sur cinq ans dans d'autres dépenses de soins.

Dat sluit ook aan bij de aanbevelingen van de studie en bij mijn engagement om in de toekomst de budgetberekening meer transversaal of holistisch te benaderen, in die zin dat we eigenlijk uit de silomentaliteit moeten geraken, zodat minderuitgaven in andere sectoren, zoals hospitalisatie en chirurgie, ook zouden kunnen worden verrekend.

De onderhandelingen over dat meerjarencader zijn in november 2014 van start gegaan. We zijn ze aan het finaliseren. Ik kan u wel reeds meedelen dat de cijfers en de conclusies van beide studies, die van Vlerick en de onze, gelijke tred houden. Iedereen beseft dat het moeilijk is om erg concreet vier à vijf jaar vooruit te plannen, zeker in zo'n dynamische sector als de farmacologie. Ze geven bijzonder interessante indicaties en suggesties, doch de werkelijkheid kan anders zijn. Ook dat moeten wij beseffen en in de onderhandelingen meenemen. Wettelijk dienen begrotingen per jaar opgesteld te worden. Daarom zal ik met alle betrokkenen overleg plegen over de garantie voor een maximale toegang voor alle patiënten in België tot innovatieve geneesmiddelen in het kader van de betaalbaarheid van de solidariteit.

21.04 André Frédéric (PS): Madame la présidente, je tiens à remercier très brièvement la ministre. Je pense qu'elle est consciente de la réalité. Il est indispensable d'anticiper.

Nous parlons ici des médicaments innovants dans la lutte contre le cancer. La présidente, votre représentant et moi-même avons participé récemment à un colloque sur l'hépatite C, organisé en salle des Congrès. Nous y avons appris que certains médicaments innovants permettent en quinze ans, si ma mémoire est bonne, de passer de 10 % de taux de guérison à plus de 90 %. Cependant, les malades en face desquels nous nous trouvions – nous qui, pour la plupart, ne sommes pas médecins – ont soulevé que le problème majeur restait, non la difficulté de trouver le bon médicament, mais son prix.

21.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor haar antwoord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les compléments alimentaires" (n° 5588)

22 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "voedingssupplementen" (nr. 5588)

22.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, le Conseil supérieur de la Santé (CSS) vient de réviser ses recommandations nutritionnelles pour les vitamines et les oligo-éléments. Il a également fixé les quantités maximales pour l'ajout de ces deux types de nutriments aux denrées alimentaires ou leur commercialisation sous forme de compléments alimentaires.

Les recommandations balisent les limites d'une alimentation équilibrée en ces divers nutriments pour les différents groupes de population envisagés (enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes, personnes âgées) et décrivent les diverses manières possibles pour y arriver, notamment à l'aide de compléments alimentaires.

Cependant, le CSS met tout particulièrement en garde contre l'utilisation de quantités excessives de ces nutriments, que ce soit via des aliments fortifiés ou des compléments nutritionnels inadaptés. Il dénonce également les abus de certaines pratiques peu fondées qui peuvent finalement se révéler très dangereuses pour la santé.

En ce qui concerne le fer, par exemple, la quantité recommandée a été réduite de 20 à 15 mg par jour parce que les données scientifiques actuelles indiquent qu'un apport plus réduit semble suffisant. Pourtant, selon les experts, "de nombreux suppléments délivrent des méga-doses, comme 65 ou 525 mg! Il ne faut donc les utiliser que sous stricte supervision médicale".

En ce qui concerne la vitamine D, il apparaît également que la prudence serait de mise. Selon ces mêmes experts, "l'apport en vitamine D se fait déjà par l'exposition au soleil et via l'alimentation, où des aliments enrichis en vitamine D sont disponibles. Les méga-doses disponibles sur le marché représentent donc un danger et il faut aussi se méfier de promesses injustifiées, comme un effet contre le cancer ou la santé cardio-vasculaire, qui ne sont pas prouvés".

Avez-vous déjà pris connaissance de ces nouvelles recommandations?

Un contrôle existe-t-il actuellement sur ces compléments alimentaires? Certains d'entre eux pourraient-ils être interdits sur le marché si leurs valeurs étaient déraisonnables eu l'égard aux nouvelles recommandations du CSS?

Envisagez-vous d'informer davantage les citoyens, les pharmaciens et les médecins généralistes notamment sur les bonnes pratiques en la matière?

22.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, j'ai pris connaissance avec intérêt des nouvelles recommandations nutritionnelles du Conseil supérieur de la Santé (CSS) sur les vitamines et les oligo-éléments. Les quantités de ces nutriments dans les compléments alimentaires et dans les denrées enrichies sont réglementées par l'arrêté royal du 3 mars 1992. Ces produits doivent être notifiés auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, qui vérifie la teneur en nutriments précisée dans le dossier de notification.

Les teneurs maximales fixées par cet arrêté seront adaptées sur la base de nouvelles conclusions du CSS. Les produits apportant des doses journalières pouvant conduire à un risque pour la santé seront interdits.

En ce qui concerne les contrôles, ceux-ci sont du ressort de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA), dont la gestion dépend de mon collègue, le ministre de l'Agriculture Willy Borsus. Outre les communications sur ces nouvelles recommandations réalisées par le CSS, les nouvelles dispositions seront publiées sur le site internet du SPF et feront l'objet d'une actualité spécifique.

Malgré le fait qu'il s'agit de deux compétences différentes, nous allons également les publier sur notre site internet afin de sensibiliser les citoyens à cette problématique.

22.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 5011 de Mme Muriel Gerrens est transformée en question écrite.

23 Question de Mme Muriel Gerrens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le non-remboursement de certains médicaments lors des douleurs paroxystiques chez les malades atteints de cancer" (n° 5239)

23 Vraag van mevrouw Muriel Gerrens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het niet terugbetalen van medicijnen voor het bestrijden van hevige pijnaanvallen bij kankerpatiënten" (nr. 5239)

23.01 **Muriel Gerrens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, si je vous pose cette question, c'est parce que la Belgique est en retard par rapport à d'autres pays concernant l'accès à une classe d'analgésiques spécifiques pour les douleurs paroxystiques des patients cancéreux, le fentanyl citrate transmucosal.

Les douleurs paroxystiques sont des douleurs non prédictives, très intenses et de courte durée, qui atteignent rapidement un seuil maximal de douleur, parfois en moins de deux minutes. Elles ont une durée moyenne de 30 à 45 minutes. Le problème, c'est que les alternatives administrées ne sont efficaces qu'après seulement 45 minutes. En fait, elles agissent trop tard par rapport à de telles douleurs particulièrement intenses, douleurs que l'on veut appréhender et essayer de supprimer un maximum, notamment aussi dans le cadre de soins palliatifs et d'accompagnement des patients cancéreux.

Plusieurs dossiers ont été introduits auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) pour une demande de remboursement de ce traitement et, à chaque fois, cette demande a été refusée. D'après les informations que l'on me donne, c'est notamment parce que ce traitement est comparé aux traitements analgésiques habituels et apparaît dès lors trop coûteux par rapport aux autres. Il semblerait que la spécificité de l'action rapide de ce médicament ne soit pas prise en compte dans les mesures comparatives.

Madame la ministre, vous connaissez la matière puisque vous avez déjà posé des questions à ce sujet, dont notamment une question de 2010 à la ministre Onkelinx. Vous savez donc que c'est un sujet complexe mais très pertinent. Envisagez-vous et est-il possible de revoir l'avis de la CRM? J'ai rencontré les fabricants qui me disent qu'il leur est impossible de diminuer le coût et le prix à hauteur de ce que la CRM envisage. On se trouve donc dans une situation paradoxale mais avec des patients qui souffrent.

23.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame Gerrens, je vous remercie pour votre question. Vous faites référence à une de mes questions de 2010. J'ignorais que cela faisait déjà cinq ans.

Par le passé, plusieurs dossiers ont en effet été introduits auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) relatifs au remboursement d'opioïdes à action rapide dans le traitement de la douleur paroxystique du cancer. Ces dossiers ont reçu un avis négatif de la CRM pour différentes raisons scientifiques fondées.

Dans certains dossiers, les données collectées auprès de patients atteints de douleurs d'origine cancéreuse font totalement défaut. La demande concernait la douleur d'origine cancéreuse mais elle n'était que très rarement incluse dans les études cliniques, à savoir moins de dix patients atteints du cancer étaient inclus dans les données collectées. N'étant pas assez nombreux, ce n'est pas significatif.

Certains nouveaux médicaments n'ont pu démontrer que très peu de différence et ne sont probablement pas cliniquement pertinents au commencement du traitement par rapport aux préparations déjà disponibles. Enfin, dans un certain nombre d'études, aucune comparaison n'a été effectuée avec un comparateur actif disponible. Il existe actuellement toutefois déjà des préparations opioïdes à action rapide sur la base de morphine, hydromorphone et oxycodone pour le traitement de la douleur paroxystique. La plus-value du nouveau médicament doit dès lors être démontrée scientifiquement par comparaison équianalgésique avec une préparation existante.

Par ailleurs, au moment de l'introduction, il subsistait encore beaucoup d'imprécisions concernant la manière dont le titrage exact et propre au patient de telle préparation opioïde d'action rapide devait avoir lieu. L'évidence scientifique à ce sujet n'a été disponible qu'ultérieurement.

Le CRM a soumis des propositions visant à produire des études randomisées avec un comparateur actif chez les patients atteints de cancer, qui serviraient de base à un dossier de remboursement validé. Toutefois, cette suggestion n'a jamais été appliquée.

Je les invite à accepter cette offre qui sera non seulement utile aux patients, mais qui nous communiquera également les données nécessaires au remboursement. Nous ne pouvons pas prendre position tant qu'aucun nouvel élément ne nous a été fourni. Or ici, c'est possible.

23.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je sais qu'ils y seront attentifs et qu'ils ne manqueront pas d'y donner suite et d'argumenter. Je ne manquerai pas de relayer votre recommandation.

Ce qui est étonnant, c'est que ce soit pris en compte, disponible et remboursé dans les autres pays européens, mais pas chez nous. Cela s'explique peut-être par nos méthodes de travail.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 5589 de Mme Karin Jiroflée est transformée en question écrite. Il en va de même pour les questions n° 5590 de Mme Yoleen Van Camp et n° 5608 de Mme Catherine Fonck.

24 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accès aux données concernant les pratiques en accouchement via CEpiP et SPE par hôpital" (n° 5609)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accès aux données concernant les pratiques en accouchement via CEpiP et SPE par hôpital" (n° 5736)

24 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toegang, via het CEpiP en het SPE, tot de gegevens over de klinische praktijken bij bevallingen per ziekenhuis" (nr. 5609)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toegang, via het CEpiP en het SPE, tot de gegevens over de klinische praktijken bij bevallingen per ziekenhuis" (nr. 5736)

24.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, le Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP) ainsi que le Studiecentrum voor Périnatale Epidemiologie (SPE) ont pour objectif "de constituer un registre permanent et exhaustif de données périnatales". Leurs rapports sont publics et, dès lors, accessibles de manière globale pour les naissances dans les différentes parties du pays.

Or, il apparaît impossible d'avoir accès à ces pratiques effectuées par chaque hôpital. Il importe que les patients et les professionnels de la santé puissent avoir accès aux pratiques effectuées dans les différents hôpitaux, notamment en matière d'accouchement. En effet, le fait de recourir à l'activation de l'accouchement, le fait de pratiquer l'épisiotomie, des césariennes, etc., tous les actes pratiqués selon le bon vouloir des médecins, parce que telles sont les pratiques habituelles de certains hôpitaux, tout cela a une influence sur la manière dont les accouchements se déroulent. Cela devrait également intéresser les futures mamans, afin qu'elles puissent connaître ces pratiques et choisir le centre hospitalier en connaissance de cause.

Serait-il envisageable de rendre public le rapport remis chaque année de manière individuelle à chaque hôpital, permettant ainsi d'en identifier les pratiques?

Comment sensibiliser les parents aux recommandations du KCE sur la naissance physiologique et les rendre plus accessibles aux futurs parents? Peut-on imaginer une campagne de sensibilisation à la naissance physiologique, car la majorité des parents trouve normal de déclencher la naissance, d'avoir une péridurale, pratiques habituelles promues par un grand nombre de médecins gynécologues? Ceci implique de valoriser et de défendre une plus grande place pour les sages-femmes, chargées d'accompagner les accouchements physiologiques, les gynécologues se consacrant à des accouchements plus difficiles. Avez-vous un agenda et une stratégie en la matière?

24.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, je partage votre inquiétude en ce qui concerne la

surmédicalisation des soins périnataux. Une publication correcte des données par le SPE et le CEpiP pourra contribuer à permettre aux femmes enceintes et à leur partenaire de faire un choix éclairé. Néanmoins, comme vous le savez, le Centre d'épidémiologie périnatale tout comme le Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie sont des organes administrativement et financièrement soutenus par la Région wallonne, la Communauté française, la Commission communautaire commune et la Communauté flamande. C'est donc à ces instances communautaires et régionales qu'il conviendrait en priorité de vous adresser.

Une publication de données chiffrées doit nécessairement s'accompagner d'une interprétation valable sur le plan du contenu car le risque d'interprétation erronée est réel. Je songe notamment en l'occurrence aux chiffres de césariennes des centres universitaires. L'OMS est en train d'élaborer une directive – système de classification de Robson –, qui peut aider à mieux interpréter le taux des césariennes sur la base des caractéristiques des parturientes.

La prudence est donc de mise dans l'interprétation et la comparaison de ce genre de données chiffrées.

Ma cellule stratégique examine minutieusement quelles actions peuvent être mises en œuvre afin de réduire la médicalisation des soins périnataux, qu'il s'agisse des soins prénatals, périnataux ou postnatals. L'actualisation de la directive du KCE sur les soins prénatals a été publiée récemment. L'OMS a également publié un rapport concernant le recours abusif à la césarienne.

Il existe différentes initiatives de *Midwife-led care* en Belgique, dans lesquels la sage-femme assure le suivi de la grossesse normale, de l'accouchement et des soins post-partum en étroite collaboration avec des médecins et un réadressage lorsque c'est indiqué. Ces initiatives seront examinées plus avant en fonction de la contribution qu'elles peuvent apporter à la réduction des chiffres élevés en matière d'intervention médicale pendant l'accouchement.

Entre-temps, je constate que différentes initiatives ont été mises en œuvre comme la campagne *Normale geboorte: tien vuistregels voor moeders, van de Vlaamse Organisatie voor Vroedvrouwen* ou le "Manifeste pour la naissance respectée", une initiative d'associations non gouvernementales francophones.

Er beweegt dus wel een en ander op het terrein.

Au niveau fédéral, le développement de projets de qualité et éventuellement d'accréditations pour améliorer le processus de soins dans les hôpitaux, et notamment en maternité, existent. L'initiative "Hôpital Ami des bébés" de l'OMS et de l'UNICEF récompensant, par l'octroi d'un label international, les maternités ayant développé des pratiques de qualité en matière d'accompagnement et d'information des mères ainsi qu'en matière d'alimentation infantile, en est un exemple.

Vous savez également que nous sommes en train d'évaluer les bonnes pratiques, de nous mettre en contact avec les sages-femmes ainsi qu'avec les gynécologues travaillant au sein d'équipes multidisciplinaires. Dans notre pays, en faisant la comparaison avec les pays voisins, l'Angleterre ou les Pays-Bas, nous voyons qu'il y a eu une médicalisation de la naissance pendant des années. Il est nécessaire de revoir la qualité des soins donnés à la mère et à l'enfant. De surcroît, il convient d'être très prudents. La qualité des soins est le point le plus important, mais nous ne sommes pas convaincus que la présence de toute une équipe de gynécologues soit toujours nécessaire.

Comme je le dis toujours, la grossesse c'est un signe de bonne santé et non de maladie.

24.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je pense qu'effectivement il y a des initiatives qu'il est intéressant de soutenir. Avec les politiques de remboursement, d'organisation des structures hospitalières ou autres, on peut soutenir ces initiatives et peut-être les généraliser.

Je suis d'accord avec vous quand vous dites qu'il faut pouvoir donner des chiffres une lecture et une interprétation qui soient correctes. D'où mon idée d'utiliser des relevés, des données qui existent déjà. Nous pouvons peut-être les utiliser de manière plus transversale.

24.04 Maggie De Block, ministre: Il y a des centres qui sont spécialisés en néonatalogie et s'occupent de prématurés de 28 ou 30 semaines. Les bébés sont transportés dans leur mère, ce sont des patientes à haut

risque. Là il y a évidemment plus de césariennes, car ces bébés ne sont pas prêts à venir au monde par le trajet normal. Si on publie les chiffres du pourcentage de césariennes, ces chiffres seront très élevés car tous les hôpitaux des alentours envoient ces patientes au centre d'expertise. Il faut interpréter ces chiffres en connaissance de cause.

24.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Tout à fait. Mais des collectes de données existent. Il serait donc idiot de procéder à d'autres collectes. Il faut utiliser les informations dont on dispose et ensuite les mettre à disposition de manière intelligente afin de rencontrer les besoins.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 5649 et 5682 de M. Benoît Piedboeuf, les questions jointes n^{os} 5729 de Mme Laurette Onkelinx et 5759 de M. Benoît Pieboeuf, la question n^o 5700 de M. Daniel Senesael, la question n^o 5740 de Mme Renate Hufkens, les questions n^{os} 5749, 5751, 5754, 5792, 5802 et 5803 de Mme Yoleen Van Camp ainsi que la question n^o 5770 de M. Philippe Blanchart sont transformées en questions écrites.

24.06 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, je vous remercie pour la bonne coopération qui a régné dans cette commission. Je vous invite à faire l'inventaire de toutes les questions et les sujets que nous avons traités. Cette commission est très dynamique.

La **présidente**: Il faut que nous fassions aboutir avant la fin de l'année les textes que nous avons commencé à travailler.

Madame la ministre, je vous remercie d'avoir été présente et d'avoir mis votre cabinet à notre disposition aussi.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.03 uur.

La réunion publique de commission est levée à 18.03 heures.