

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 15 DECEMBER 2015

Voormiddag

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

du

MARDI 15 DÉCEMBRE 2015

Matin

La séance est ouverte à 10.04 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 10.04 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kleurstoffen in snoep, koeken en frisdrank" (nr. 6114)

01 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les colorants présents dans les bonbons, les biscuits et les boissons rafraîchissantes" (n° 6114)

01.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er blijkt een verband te bestaan tussen hyperactiviteit bij kinderen en zes kleurstoffen in snoep, koeken en frisdrank.

Sinds 2010 weert het Nederlandse bedrijf Albert Heijn deze kleurstoffen uit de eigen merken en het vraagt dat nu ook aan andere toeleveranciers.

U int reeds een taks op suikerhoudende frisdranken en alcopops en u probeert op die manier een signaal te geven aan de voedingsindustrie om in te grijpen op het vlak van suikers.

Hebt u dezelfde plannen voor kleurstoffen? Wat is de stand van zaken inzake het suikeroverleg met de sector? Zult u leveranciers aanmoedigen om dezelfde acties te ondernemen als Albert Heijn?

01.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, momenteel werkt men aan een aanpassing van de voedingsmiddelen op de Belgische markt door het verbeteren van de voedingswaarde ervan. Dat houdt concreet in dat het gehalte aan toegevoegde suikers en vetten wordt verminderd, maar ook dat de kwalitatieve samenstelling van de producten wordt verbeterd door een betere kwaliteit van de aanwezige koolhydraten en vetten en een toename van het gehalte aan vezels en micronutriënten. Zoals u weet, is de werkgroep Energiereductie van de FOD Volksgezondheid daarmee bezig. Vertegenwoordigers van de voedingsindustrie en haar deelsectoren, de grootdistributie, de organisaties van de horeca, vertegenwoordigers van consumenten en wetenschappelijke docenten maken deel uit van die werkgroep.

De bedoeling is te komen tot een formeel engagement van de betrokken marktdeelnemers. Het overleg loopt. Ik heb ook overleg met bepaalde actoren van de industrie. Dat wordt voortgezet.

Wat kleurstoffen betreft, zijn voor verschillende ervan al sinds 1 juni 2013 strengere gebruiksvoorwaarden van kracht. Die zijn in lijn met de recente herbeoordelingen van de Europese autoriteit voor voedselveiligheid, de EFSA, en veilig voor de consument.

De verplichte waarschuwing op het etiket is er om de consument toe te laten een eigen keuze te maken. Wij moeten nieuwe zaken in de gaten houden, maar ik meen dat de industrie dat ook heeft begrepen en dat er geen raar gekleurde zaken opduiken. We blijven waakzaam.

01.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Nog een korte vraag, mevrouw de minister. Wanneer zullen de afspraken met de sector afgerond zijn?

01.04 Minister **Maggie De Block**: Wij doen onze best om al die mensen rond de tafel te krijgen, maar ik ben vaak in het Parlement. Dan kan ik het niet doen. Wij trachten door te werken, ook binnen de FOD. Dat gebeurt natuurlijk niet continu. Dit vraagt veel overleg. Wij verwachten veel input van de sector, en zij willen die ook geven, maar wij moeten die mensen de tijd geven om de zaken te bekijken. Wij werken eraan voort.

La **présidente**: Par conséquent, aucun délai ne peut être donné pour le moment.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 **Samengevoegde vragen van**

- **juffrouw Yoleen Van Camp** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolging van zwangere vrouwen" (nr. 6555)

- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het cytomegalovirus bij zwangere vrouwen" (nr. 7829)

02 **Questions jointes de**

- **Mlle Yoleen Van Camp** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi des femmes enceintes" (n° 6555)

- **Mme Anne Dedry** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cytomégalovirus chez les femmes enceintes" (n° 7829)

02.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb deze vraag ingediend naar aanleiding van de update van de klinische richtlijn uit 2004 door het KCE over de opvolging van zwangere vrouwen met een laag risico. In die nieuwe richtlijn worden onderzoeken afgeraden die niet duidelijk grotere voor- dan nadelen bieden voor moeder en kind. Het KCE sluit zich daarmee ook aan bij bevindingen die de WGO vroeger al bepleitte, en pleit daarmee ook voor een demedicalisering van de zwangerschap.

Mevrouw de minister, ik vroeg mij af of er gevolg zal worden gegeven aan de bevindingen van de KCE-studie.

Zal het aantal echografieën tijdens de zwangerschap teruggebracht worden tot twee?

Wordt er niet langer systematisch getest op CMV? Ik vroeg me in dat licht ook af hoeveel de kosten van een echografie voor het RIZIV bedragen en hoeveel een CMV-test kost.

Voor hoeveel vrouwen zou er een wijziging komen, als die wordt doorgevoerd? Wat bedraagt daarvan het besparingspotentieel?

Wanneer, als er wijzigingen komen, zullen die concreet van kracht gaan?

02.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik verwijs in mijn vraag ook naar het recent advies van de Hoge Gezondheidsraad en ik vraag mij eveneens af welke aanbevelingen u daarvan zult overnemen. Zelf heb ik er twee elementen uitgehaald die federaal kunnen worden uitgevoerd, want een aantal adviezen heeft geen betrekking op het federaal niveau.

Een van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad luidt dat er meer onderzoek moet gebeuren naar betere screeningsmethoden bij kinderen. De Hoge Gezondheidsraad geeft ook het voorbeeld van een andere test.

Mevrouw de minister, hoe staat u daar tegenover?

Instellingen zoals het WIV en het Fonds voor de beroepsziekten zouden volgens de Hoge Gezondheidsraad moeten meewerken aan het verzamelen van betrouwbare epidemiologische data.

Mevrouw de minister, bent u die aanbeveling genegen? Wat zult u daarmee doen?

02.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, mevrouw Dedry, in het KCE-rapport waar u naar verwijst, staat het volgende vermeld: "Overweeg om tijdens het derde trimester een echografie uit te voeren

om de positie van de foetus na te gaan.” De bewijskracht voor die aanbeveling is volgens het rapport zwak, maar de argumentatie bestaat erin dat de echografie na 24 weken nuttig kan zijn voor het bepalen van de ligging van de baby en het opsporen van ziektebeelden zoals placenta praevia, intra-uteriene groeiretardatie en macrosomie. Er worden bijgevolg op dit ogenblik geen acties ondernomen om de echografie tijdens het derde trimester van de zwangerschap niet meer terug te betalen.

Het honorarium voor een echografie voor toezicht op een normale zwangerschap bedraagt 26,59 euro. De patiënt zonder voorkeurregeling krijgt daarvan 24,11 euro terugbetaald.

Mevrouw Van Camp, voor de globale uitgaven voor deze echografieën van de jaren 2008 tot 2010 overhandig ik u bij dezen een overzichtelijke tabel. Momenteel zijn geen bijkomende maatregelen genomen om de vergoeding van de serologie met betrekking tot het cytomegalovirus in de nomenclatuur te schrappen.

De financiering van de klinische biologie in België is grotendeels geforfaitariseerd en de vergoeding voor de opsporing van IgM en IgG tegen cytomegalie bedraagt respectievelijk 2,45 euro en 2,04 euro voor het deel per behandeling dat wordt geacht 25 % van de uitgaven te vertegenwoordigen. Het forfaitaire deel hangt af van de waarde van alle verstrekkingen inzake klinische biologie die voor ambulante patiënten zijn voorgeschreven en is het resultaat van een complexe berekening waarin met name voor patiënten die in een ziekenhuis zijn opgenomen, rekening wordt gehouden met de aandoening. Bijgevolg is het bijna onmogelijk om het forfaitaire deel van de uitgaven dat specifiek verband houdt met cytomegaliescreening, individueel na te gaan. De uitgaven per behandeling betreffende de opsporing van IgM en IgG tegen het cytomegalovirus bedragen respectievelijk 1,6 miljoen euro en 1,3 miljoen euro.

Mevrouw Van Camp, u vraagt ook of ik die opsporing zal stoppen. Ik wil er u op wijzen dat ik in de 25 jaar waarin ik huisarts ben, een aantal keer cytomegaliepositieve vrouwen heb gehad en de gevolgen voor de foetus zijn toch zeer belangrijk. Er moeten soms zware keuzes worden gemaakt als dat in het begin van de zwangerschap wordt vastgesteld. Dit blijft dus zeker nodig.

De twee aanbevelingen die ook door mevrouw Dedry worden geciteerd uit het advies van de Hoge Gezondheidsraad inzake de problematiek van het cytomegalovirus bij zwangeren zijn bekend. Idealiter zou bij alle pasgeborenen een screening op het cytomegalovirus moeten plaatsvinden opdat, zoals de Hoge Gezondheidsraad aangeeft, indien er toch besmetting is, sneller therapeutisch kan worden ingegrepen. Momenteel zijn er drie testen om dat bij een pasgeborene vast te stellen. Ik zal ze u schriftelijk bezorgen, want anders wordt dit antwoord veel te lang.

Wat de taak van het Fonds voor de beroepsziekten en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid betreft, dient te worden vermeld dat de opdracht inzake de vergoeding voor de verwijdering om profylactische redenen tijdens de zwangerschap in 2010 aan het RIZIV werd overgedragen.

Sindsdien heeft het Fonds voor de beroepsziekten de taak een statistische analyse uit te voeren van formulieren waarin de context en de reden voor de verwijdering worden vermeld en die door de arbeidsgeneesheer of de werkgever werden verstuurd. De invulling van deze nieuwe taak kan en zal ook nog geoptimaliseerd worden; dit wordt momenteel door het Fonds voor de beroepsziekten onderzocht. Zo zijn er maatregelen om te beoordelen hoe betrouwbaar en representatief de ontvangen gegevens zijn.

In het verslag van de Hoge Gezondheidsraad staat vermeld dat het verboden is om zwangere werknemers activiteiten te laten verrichten waarbij zij mogelijk een risico lopen van blootstelling aan cytomegalie. Deze preventieve maatregelen moeten ook maatschappelijk verantwoord zijn. Daarom geeft artikel 42 van de arbeidswet van 16 maart 1971 aan dat de voorkeur moet worden gegeven aan de aanpassing van de werkpost boven een systematische verwijdering van het werk. Vóór 2010 werd de verwijdering pas toegekend na een negatieve immuniteitstest.

Om een uniforme benadering van deze problematiek na te streven zal de vraag in verband met de publicatie van duidelijke guidelines voor de arbeidsgeneeskunde worden gesteld aan de commissie Medisch Toezicht van Co-Prev. Dit is een vereniging die alle erkende externe diensten voor de preventie en de bescherming op het werk in België vertegenwoordigt.

Tijdens het recente begeleidingscomité van het peillaboratorium van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid van 25 november 2015 werd beslist om de jaarlijkse gegevens op te vragen rond laboratoriumgeconfirmeerde congenitale infecties, waaronder CMV. Dit zal het Wetenschappelijk Instituut

toelaten om een beeld van deze infectieziekte te verkrijgen en eventueel de jaarlijkse trend op te volgen. De gegevens zullen gecollecteerd worden na het einde van het activiteitenjaar 2015.

Er kan daaraan dus nog heel veel worden gewerkt. Mevrouw Van Camp, ik zal u de tabel met de cijfers geven.

02.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, dat is goed nieuws, zeker wat het verzamelen van die gegevens betreft. Ik veronderstel dat die ook publiek zullen worden gemaakt in een jaarverslag of op een website ter beschikking zullen worden gesteld.

02.05 Minister Maggie De Block: (...)

De informatie over die tests zal ik schriftelijk doorgeven, want het is echt wel technisch. Het gaat over de drie verschillende tests die kunnen gebeuren op het bloed van pasgeborenen.

La **présidente**: Ce sera envoyé au secrétariat de la commission et consultable par les membres.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La question n° 6557 de Mlle Yoleen Van Camp est transformée en question écrite.

03 Questions jointes de

- Mme Stéphanie Thoron à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test prénatal non invasif" (n° 6656)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'état d'avancement du dossier relatif au test prénatal non invasif (DPNI)" (n° 6792)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la généralisation du DPNI" (n° 7554)

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Stéphanie Thoron aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de niet-invasieve prenatale test" (nr. 6656)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stand van zaken in verband met de niet-invasieve prenatale test (NIPT)" (nr. 6792)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veralgemening van de NIPT" (nr. 7554)

Madame Thoron ne peut nous rejoindre.

03.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik zal mij beperken tot de meest recente vraag, want ik heb ondertussen vernomen dat de NIPT enkel zou worden terugbetaald bij uitvoering in centra voor genetica. Wij vroegen ons af wat daarvoor de argumenten zijn.

Mevrouw de minister, wij betwijfelen of het voorstel wordt gedragen door gynaecologen. Er zijn specifieke en complexe voorwaarden die bepalen dat een test enkel mag worden voorgeschreven in samenspraak met een centrum voor genetica. Wij vrezen dat dit de drempel voor de NIPT verhoogt en dat de maatregel ten koste zal gaan van de zwangere vrouwen zelf.

Bent u het ermee eens dat de NIPT een routinetest is die op somatisch DNA gebeurt en dus veralgemeend zou moeten worden uitgevoerd?

Betalen De VoorZorg, DKV en Partena de NIPT veralgemeend terug? Zo ja, hebt u er een idee van hoeveel leden er al een beroep op deden?

Ten slotte, welk terugbetalingsbedrag wordt door uw diensten in aanmerking genomen om de NIPT terug te betalen? Hoeveel remgeld zal nog moeten worden betaald door de categorie met een verhoogde tegemoetkoming en die zonder een verhoogde tegemoetkoming?

03.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, alle vrouwen die dat willen, kunnen het risico op

trisomie 21, dus het syndroom van Down, van hun baby laten bepalen via een bloedtest en een echografie. Als er een verhoogd risico is, dan wordt de diagnose bevestigd of tegengesproken door middel van een invasieve test.

De NIPT is een relatief nieuwe bloedtest die gevoeliger en preciezer is dan de klassieke testen. Het Kenniscentrum onderzoekt twee mogelijke scenario's om een NIPT in te voeren: ten eerste, een NIPT in de eerste lijn om de actuele screening met een bloedafname op 16 weken te vervangen; ten tweede, een NIPT in de tweede lijn, nadat de actuele screeningstest via bloed en echografie een verhoogd risico heeft aangetoond. Het gaat hierbij dus over een test in tweede lijn voor patiënten met een verhoogd risico.

Beide scenario's worden onderzocht. Volgens mij zal dat een betere en preciezere screening opleveren in vergelijking met wat nu gebeurt. Op die manier kunnen wij ook de invasieve testen vermijden. Die testen lokken per jaar immers een aantal miskramen uit.

De eerste optie met de NIPT als eerstelijnscreeningstest geniet de voorkeur, niet alleen omdat het aantal invasieve testen daardoor zou verminderen, maar ook omdat een vals negatief resultaat, waarbij een zwangerschap van een foetus met trisomie 21 aan de analyse zou ontsnappen, dan minder zou voorkomen.

Omdat de kosten van de NIPT tot voor kort nog zeer hoog waren, heeft het KCE aanbevolen de NIPT niet te vergoeden in de tweede optie, dus na triage met de gecombineerde test. In dat model zou ongeveer 10 % van de zwangere vrouwen in aanmerking komen voor een terugbetaalde niet-invasieve prenatale trisomiescreening.

Op vraag van de Technische Geneeskundige Raad heeft het Verzekeringscomité van het RIZIV mij een voorstel in die zin meegedeeld.

Mits een substantiële daling van de prijs van de NIPT en voldoende kwaliteitsgaranties beveelt het KCE de terugbetaling van de NIPT in optie 1 meteen aan als screeningstest voor zwangere vrouwen.

Er zijn de voorbije weken ook een aantal nieuwe elementen in het dossier. Er is de berichtgeving over een nieuwe versie van de test, die veel goedkoper blijkt te zijn. Naast de centra voor menselijke erfelijkheid bieden privélaboratoria de test aan tegen een prijs die veel lager ligt dan het prijsniveau waarvan ab initio sprake was.

Die elementen moeten allemaal door de Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV in overweging worden genomen, voor we in de besluitvorming verder gaan.

De kwaliteit van die testen, die verschillend is, moet ook worden vergeleken. Het gaat niet alleen om de prijs maar ook om de kwaliteit, die immers garant staat voor de accuraatheid van de test en voor de afwezigheid van valse negatieven en positieven.

Daarnaast vind ik het aspect van counseling van de betrokken zwangere patiënten ook belangrijk. Zij moeten correcte informatie krijgen over de mogelijke consequenties van de test. De geïnformeerde toestemming is onlosmakelijk verbonden met de test zelf, die voor de uitvoerende verstrekker trouwens een *no-brainer* is.

Het is niet alleen belangrijk om het resultaat aan de vrouwen of de koppels mee te delen. Ook de begeleiding erna is van belang. Het gaat immers om een gevoelige en belangrijke beslissing.

Het overleg in de betrokken adviesorganen van de ziekteverzekering is nog bezig en wordt afgerond. Ik meen dat wij op zeer korte termijn tot een oplossing kunnen komen.

03.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik noteer dat de beslissing nog niet is genomen.

Ik wil dan toch verwijzen naar wat ik in de inleiding heb geschetst, namelijk dat serumscreening voor het syndroom van Down al hoofdzakelijk gebeurt in de perifere laboratoria en dat een welbepaald privaat laboratorium de meeste testen heeft uitgevoerd. Kwaliteit is dus in de kwestie geen argument, aangezien het vaak uitvoeren van een test daartoe bijdraagt.

Een tweede aspect dat in aanmerking moet worden genomen, naast de kwaliteit en de prijs – die ook

verzekerd zijn in de gewone centra – is de toegankelijkheid. Bij de keuze voor deze of gene optie moet worden nagegaan of de gynaecologen eraan zullen meewerken. Ik ben blij dat het eerste voorstel, dat van de algemene screening, de voorkeur geniet. Dat is een routinetest. Ik hoop dan ook dat het aantal centra waarin dat gebeurt, navenant zal zijn.

03.04 Minister **Maggie De Block**: Ik wil toch een en ander nuanceren in verband met de routinetest. Het is belangrijk te onderzoeken of er trisomie 21 aanwezig is bij een zwangerschap. Dat is misschien een routinetest, maar als trisomie 21 aanwezig is, kan dat zeer veel gevolgen hebben en zullen toekomstige ouders zeer moeilijke beslissingen moeten nemen. Wij moeten dus niet alleen het geld voor de test ter beschikking stellen. Als de test positief is, moeten we ook zorgen voor de nodige omkadering en begeleiding voor de vrouwen die weten dat zij een kind dragen met trisomie 21. Het gaat misschien om een routinetest, maar de resultaten kunnen gevolgen hebben waar zij heel hun leven niet overheen geraken. Het is dus toch wel heel belangrijk.

03.05 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dat geldt net zo goed voor andere testen. U had het daarnet over de CMV-test. We kunnen er ook over discussiëren of die moet worden uitgevoerd of niet. Het KCE is daar alvast geen voorstander van.

Hoe dan ook, zodra de test wordt afgenomen, is mijns inziens de gynaecoloog net zo goed geplaatst om de zwangere vrouw en haar partner daarin te begeleiden.

03.06 Minister **Maggie De Block**: Daar is geen discussie over. Ik heb nooit gezegd dat de gynaecoloog dat niet kan begeleiden. Daar moeten dan wel middelen voor beschikbaar zijn. Waar hebt u mij horen zeggen dat de gynaecoloog dat niet kan doen?

03.07 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik hoorde u zeggen dat die begeleiding een gespecialiseerde zaak is en ik las tussen de regels dat u wou aangeven dat dit enkel in centra voor genetica kan.

03.08 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, net als u heb ik niet de gewoonte om dingen tussen de regels te zeggen. Als ik u een antwoord geef, mag u daaruit dus citeren.

La **présidente**: Je propose d'effectuer une relecture de la réponse en vue d'une compréhension mutuelle correcte.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de CVS-diagnosecentra" (nr. 6717)**

04 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de dépistage du SFC" (n° 6717)**

04.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik had over de CVS-diagnosecentra een schriftelijke vraag gesteld en in uw antwoord daarop hebt u bevestigd dat enkel het UZ Leuven in de nieuwe overeenkomst voor de CVS-diagnosecentra is gestapt, die uiteindelijk effectief van start ging op 1 april. Het centrum is dus nu al meer dan een half jaar operationeel.

Ik ontvang berichten uit het werkveld dat het centrum nog geen enkele patiënt heeft doorverwezen gekregen. In uw antwoord verwijst u naar het aantal psychotherapeuten dat is aangesloten, maar geeft u geen antwoord op de vraag naar het aantal patiënten dat al is doorverwezen naar het nieuwe centrum.

Vandaar heb ik de volgende vragen voor u, mevrouw de minister.

Klopt het dat nog geen enkele patiënt werd doorverwezen, zoals ik verneem vanuit het werkveld?

Kunt u dan ook bevestigen dat er dus in principe sinds 1 april en eigenlijk sinds 1 september 2014 al, geen sessies voor cognitieve gedragstherapie zijn terugbetaald in het kader van de behandeling van CVS, aangezien de terugbetaling sinds de oprichting van de nieuwe centra alleen via de behandeling in die centra mag plaatsvinden? Ik ontvang berichten uit het werkveld dat er wel terugbetalingen zouden worden

gevorderd, zonder dat die patiënten via zo'n centrum behandeld worden; vandaar mijn vraag en bekommernis hierover.

Ten slotte vroeg ik hoeveel patiënten nog in een behandeltraject zitten dat startte voor de overeenkomst met de diagnostische centra, de zogenaamde F-lijsten. U antwoordde daarop dat u het RIZIV de opdracht hebt gegeven om die gegevens in te zamelen. Wanneer mag ik die verwachten?

Hoever staat de Technische raad voor kinesitherapie met de nomenclatuurwijziging voor een specifieke regeling voor de CVS-patiënten?

04.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, in antwoord op uw vraag kan ik u meedelen dat er zeker al patiënten zijn doorverwezen naar het multidisciplinair diagnostisch centrum voor CVS van het UZ Leuven, dat in april 2015 effectief is gestart.

Om in dat centrum ten laste genomen te kunnen worden, moet de patiënt natuurlijk worden doorverwezen door zijn huisarts. De tenlasteneming vangt in principe aan met een multidisciplinair diagnostisch bilan. Van april tot eind september heeft het multidisciplinair diagnostisch centrum voor CVS van het UZ Leuven voor 47 patiënten het multidisciplinair diagnostisch bilan volledig afgerond.

De aanvragen tot terugbetaling van de bilans worden behandeld door het College van geneesheren bij het RIZIV. Het College heeft tot nu toe 23 aanvraagdossiers ontvangen, waaronder de zes aanvragen waarvoor het bilan eind juni 2015 al was afgerond.

Er moet rekening mee worden gehouden dat de terugbetaling tot dertig dagen na de realisatie van het multidisciplinair bilan kan worden aangevraagd.

Het centrum van het UZ Leuven dat patiënten onderzocht, meldt dat ondertussen sessies inzake cognitieve gedragstherapie worden georganiseerd door de cognitieve gedragstherapeuten voor CVS.

U zegt berichten uit het werkveld te ontvangen dat terugbetalingen worden gevorderd voor patiënten die niet in het CVS-diagnosecentrum werden behandeld. Welnu, gelieve ons die berichten te bezorgen, want het RIZIV heeft echt geen weet van dergelijke klachten.

In antwoord op de diverse vragen over kinesitherapie geef ik u de volgende stand van zaken.

Het aantal patiënten dat momenteel nog een behandeling krijgt in het kader van de betrokken rubriek van de zogenaamde F-lijst, moet het RIZIV bij de verschillende verzekeringsinstellingen opvragen. Immers, zelf hebben wij al die gegevens niet gebundeld en wij moeten ze dus via het RIZIV bij de verzekeringsinstellingen opvragen. Deze zullen die gegevens voor u verzamelen en naar het RIZIV sturen. Het RIZIV zal ze samentellen en u het resultaat laten weten.

In het kader van de werkzaamheden die tot een nomenclatuurwijziging voor het dossier in kwestie zouden leiden, werd die informatie twee jaar geleden ook opgevraagd. Op basis van die antwoorden — ik geef u dus cijfers van twee jaar geleden — ging het over ongeveer duizend patiënten. Er kan worden verwacht dat er momenteel minder patiënten zijn, aangezien de voormalige overeenkomsten met destijds drie referentiecentra werden beëindigd.

De werkzaamheden van de Technische raad voor kinesitherapie voor het dossier zijn gestart, nadat de overeenkomsttekst met de multidisciplinaire diagnostische centra voor CVS werd vastgelegd. Beide organen komen maandelijks samen. Gelet op de erg complexe aard van het dossier, was het nodig om ook de recentste internationale aanbevelingen van goede praktijk te raadplegen.

Een voorstel tot nomenclatuurwijziging is nu uitgewerkt door de Technische raad voor kinesitherapie. Het dossier zal aan de Overeenkomstencommissie worden overgemaakt. Dat is de logische gang van zaken. Eerst is er een overeenkomst met de multidisciplinaire diagnostische centra. Daarna wordt daarop verder gebouwd en volgen er aanvullingen met richtlijnen, *best practices* en voorbeelden uit het buitenland. Ik verwacht een doorbraak in de komende maanden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les addictions liées à internet et au jeu" (n° 6727)

05 Vraag van de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "internet- en spelverslaving" (nr. 6727)

05.01 **Philippe Blanchart** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le service de psychiatrie des Cliniques universitaires Saint-Luc a récemment ouvert, en collaboration avec la Faculté de psychologie de l'UCL, une clinique des troubles liés à internet et au jeu.

Bien qu'elle se soigne, l'addiction à internet, qui provoque l'isolement et le repli social, n'est pas forcément considérée comme une maladie au sens commun du terme. Selon les spécialistes, la plus grande difficulté est d'amener les intéressés à consulter. Lors de la consultation, le thérapeute dresse, avec le patient, un bilan de sa situation et analyse ses motivations à reproduire le comportement.

Selon une étude de 2013 du projet CLICK (Compulsive Computer use and Knowledge needs in Belgium) commanditée par la police scientifique fédérale, près de 10 % des Belges âgés de 12 à 17 ans rencontrent des problèmes d'utilisation compulsive d'internet, dont 3 % de manière sérieuse. Ce problème toucherait 5,5 % des adultes, dont 1 % très sérieusement.

La frontière entre l'addiction au sens propre et la simple consommation abusive relativement classique chez les adolescents et les jeunes en général est néanmoins très mince. Ces habitudes d'usage excessif touchent les jeux vidéo en ligne, le chat, les réseaux sociaux ou encore les paris sur internet. Elles peuvent avoir des conséquences importantes pour les personnes qui en souffrent et pour leurs proches.

Madame la ministre, en quoi la prise en charge de l'addiction à internet se distingue-t-elle des autres types d'addiction? Quels sont actuellement les facteurs qui permettent d'établir la limite entre une véritable addiction et une consommation excessive? Disposez-vous de chiffres récents concernant le nombre de personnes présentant des troubles liés à internet et au jeu? Le phénomène toucherait deux fois plus les jeunes, et ce de manière plus inquiétante. Ce faisant, leur prise en charge doit-elle être spécifique? Les jeunes se présentent-ils en consultation? Disposez-vous de chiffres susceptibles de nous être communiqués? De quel type d'accompagnement les familles peuvent-elles bénéficier? Des collaborations sont développées avec des cliniques à l'étranger, notamment à Londres, Nantes et Genève. Que ressort-il de ces expériences?

05.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Blanchart, je vous remercie pour votre question. Il est vrai que l'utilisation d'internet et de ses applications par les jeunes et les adultes se déroule le plus souvent sans problème. Néanmoins, il ne faut pas sous-estimer la part d'utilisateurs qui, après un certain temps, présentent un usage problématique d'internet.

Je tiens quand même à faire remarquer qu'il n'existe pas actuellement de définition validée d'une dépendance à internet. Il n'y a pas non plus de critères diagnostiques pour une dépendance à internet ou pour un usage compulsif d'internet. Il faut donc toujours bien analyser la définition qu'on utilise dans chaque étude en la matière. Les chiffres belges les plus récents sont ceux d'une étude de 2013, l'étude CLICK. Selon cette étude, 9,5 % des jeunes entre 12 et 17 ans présenteraient un usage problématique d'internet. L'étude a montré aussi que 11 % des jeunes sont des joueurs problématiques et que 7 % auraient des problèmes avec l'utilisation des médias sociaux.

Il est, à mon avis, clair que l'on ne peut pas déterminer l'utilisation problématique ou compulsive d'internet en comptabilisant uniquement le nombre d'heures en moyenne en ligne. Il y a un *cluster* d'indicateurs qui, ensemble, donnent l'indication d'une utilisation problématique. Ainsi, il faut également tenir compte de la manière dont internet est utilisé et de la motivation, parce qu'il est tout simplement inconcevable de faire abstraction d'internet et des ordinateurs dans la vie quotidienne. Il est impossible de promouvoir ou d'exiger, comme avec d'autres types de dépendance, une abstinence totale. C'est pourquoi le traitement et la prévention doivent se focaliser en premier lieu sur une utilisation responsable ou contrôlée.

Quelques informations sont déjà disponibles à l'attention des parents pour aider leurs enfants à utiliser internet de manière responsable. Des études montrent qu'instaurer des limites de temps ne garantit pas une utilisation non problématique. Établir des arrangements univoques sur ce qui peut ou ne peut pas être fait en

ligne semble, au contraire, être une meilleure méthode. Le rôle de l'école et des enseignants ne doit pas non plus être sous-estimé. Comme pour tout, il faut inciter les jeunes à adopter un comportement acceptable. Il est normal qu'ils aient besoin d'internet et de leur ordinateur pour étudier mais il faut également qu'ils recherchent d'autres occupations.

Même en cas de comportement problématique, on ne peut pas interdire tout usage de l'ordinateur. C'est impossible, que ce soit pour les étudiants ou les travailleurs. C'est une problématique difficile et un véritable défi d'établir un comportement acceptable qui ne pénalisera pas les jeunes.

05.03 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Le diagnostic de l'addiction à l'ordinateur ou à internet est nécessaire à l'établissement d'une démarche scientifique permettant de proposer des solutions. Par ailleurs, il ne faut pas attendre trop longtemps pour trouver des pistes d'aide pour les familles parce qu'on risque de s'apercevoir trop tard des effets ravageurs de l'addiction informatique sur les enfants à court, à moyen et surtout à long terme.

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

06 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van de wet op de medisch begeleide voortplanting" (nr. 6764)

06 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre de la loi relative à la procréation médicalement assistée" (n° 6764)

06.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, België staat aan de top van de reproductieve geneeskunde. Een aantal zaken is al heel goed geregeld in ons land, maar na acht jaar blijken enkele artikelen van de wet nog te wachten op uitvoering.

Ten eerste is er de kwestie van de vergoeding die bepaalde kosten van de donoren moet dekken om donortoerisme te voorkomen wanneer het ene centrum veel meer zou betalen dan het andere.

Ten tweede wordt in artikel 55 bepaald dat eenzelfde donor voor niet meer dan zes verschillende vrouwen gebruikt mag worden. Hiervoor ontbreekt nog een nationaal register, meen ik. Dat moet nog op punt gesteld worden om dit te controleren. Nu is dat niet controleerbaar, zeker niet voor donorgameten uit het buitenland.

Ten derde regelen de artikelen 37 tot 47 wel een heel aantal zaken voor erkende fertiliteitscentra en voor ziekenhuizen die daarmee een overeenkomst hebben, maar het is nog altijd te gemakkelijk om via het internet of via het buitenland over te gaan tot zelfinseminatie of tot inseminatie in een commerciële private praktijk. Ook hiervoor ontbreekt de uitvoering van de controle.

Ten vierde en tot slot, drie jaar geleden is het College van geneesheren voor het zorgprogramma begonnen met Belgische richtlijnen, precies om eigen richtlijnen te hebben inzake *good practices* en kwaliteit, en om overconsumptie tegen te gaan. Deze richtlijnen bevinden zich blijkbaar al een hele tijd in de finale fase, maar zij worden nog niet geïmplementeerd.

Mevrouw de minister, ik wil u inzake al deze punten vragen of u al verder staat met de uitvoering van de wet? Zult u deze punten dan uitvoeren via koninklijke besluiten of via andere wetsartikelen? Om welke reden wordt de implementatie van de zorgpaden vertraagd?

06.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, momenteel bekijken wij, samen met het College voor reproductieve geneeskunde van de FOD Volksgezondheid, op welke manier wij de gegevens inzake gametendonatie gecentraliseerd kunnen bijhouden. Het college beheert het BELRAP, een register waarin alle ivf-cycli worden opgenomen. Er wordt samen met het college en experts onderzocht of wij dat systeem kunnen uitbreiden met gegevens over intra-uteriene sperma-inseminatie en donorgameten, zowel die afkomstig van de Belgische banken als de gameten die uit het buitenland worden ingevoerd.

Op basis van de resultaten van dat onderzoek zullen ook maatregelen genomen worden om de artikelen van de wet over de medisch begeleide voortplanting, waarnaar u verwijst, uit te voeren. Het spreekt voor zich dat de regeling zal moeten voldoen aan de wetgeving over de verwerking van de persoonsgegevens en de privacy.

Wat de billijke vergoeding voor donatie van gameten betreft, moet er een advies ingewonnen worden bij het college. Ik wijs erop dat wij ook rekening moeten houden met de wet van 19 december 2008 over het menselijk lichaamsmateriaal. Artikel 5 van die wet bepaalt dat elke reclame voor het verrichten van wegnemingen of handelingen verboden is, met uitzondering van de gevallen waarin het een tot het publiek gerichte campagne tot sensibilisering voor allogene donatie van menselijk lichaamsmateriaal betreft, uitsluitend in het belang van de volksgezondheid. Conform artikel 6 mag geen enkel voordeel worden aangeboden in ruil voor de donatie van menselijk lichaamsmateriaal. De donor mag wel een vergoeding voor de kosten of inkomensderving ontvangen die het rechtstreekse gevolg zijn van de donatie. Ik bekijk nu, in overleg met het college en de bevoegde autoriteit, met name het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, hoe wij dat allemaal kunnen stroomlijnen.

Wat de inspectie op het gebruik van donorgameten betreft, kan menselijk lichaamsmateriaal, met inbegrip van gameten, in principe enkel in een ziekenhuis gebruikt worden, conform artikel 4 van de wet over het menselijk lichaamsmateriaal. De mensen van het FAGG kunnen controles uitvoeren op alle plaatsen waarvan zij redelijkerwijze vermoeden dat er inbreuken zouden zijn op de bepalingen van de wetgeving waarop zij toezicht uitoefenen, ook bij particulieren of in dokterskabinetten. In de praktijk is dat niet erg succesvol, zoals u allicht weet.

U verwijst in uw vraag naar zelfinseminatie met sperma van een donor die via het internet werd gevonden. Het spreekt voor zich dat de mogelijkheden van de overheid om hierin op te treden, beperkt zijn. Het is aangewezen om dergelijke niet-reguliere circuits goed in het achterhoofd te houden bij het debat over de mogelijke opheffing van de anonimiteit van gametendonoren. Bij een tekort aan donoren in het reguliere circuit of wanneer de modaliteiten van donatie te dwingend worden ondervonden, dreigt men zijn toevlucht te zoeken tot dit soort parallelle circuits. Dat is gevaarlijk, want er bestaat geen controle op de kwaliteit van de gameten en de consanguïniteit wordt op geen enkele manier bewaakt.

Wat ten slotte de implementatie van de goede praktijkrichtlijnen inzake medische voortplanting betreft, heeft mijn voorganger nog aan het college gevraagd om dergelijke richtlijnen voor te stellen. Die richtlijnen zijn ondertussen gevalideerd door het college. Ik zal dan ook vragen dat het college ze publiek maakt. Ik heb de opdracht gegeven het overleg tussen de vertegenwoordigers van het college en het RIZIV hierover op te starten.

06.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, u zegt dat de richtlijnen gevalideerd zijn, dus ik neem aan dat de implementatie voor heel binnenkort is. Dat was de vraag eigenlijk.

06.04 Minister Maggie De Block: Het dossier moet zijn traject volgen. Het zal nu het onderwerp van overleg worden, maar wij zijn alleszins al een stap verder.

06.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): U zegt iets heel interessants over de latere discussie over de opheffing van de donoranonymiteit. Mag ik daaruit verstaan dat u voor of tegen bent?

06.06 Minister Maggie De Block: Het is een debat waarin voor elk argumentatie iets te zeggen is. Enerzijds willen sommigen de anonimiteit opheffen. Daar valt iets voor te zeggen, zoals het recht van kinderen om te weten van wie zij genetisch afstammen. Ik heb begrip voor die argumentatie. Anderzijds vind ik dat de donor ook het recht op anonimiteit moet kunnen behouden.

Als wij de anonimiteit volledig opheffen, vrees ik voor een gebrek aan donoren, waardoor men alternatieve circuits zal aanboren om aan gameten te komen. Die circuits zullen veel gevaarlijker zijn, er zullen veel minder controlemogelijkheden bestaan en ook veel minder kwaliteitsgaranties dan nu het geval is.

Het is dus terecht dat een debat over de kwestie zal worden gevoerd. Het zal mij echter benieuwen wat de uitkomst van het debat zal zijn. Ik heb echter begrip voor de argumenten van beide kanten. Wij zullen elkaar daarin moeten vinden.

Er bestaat ook zoiets als anonimiteit in persoon, wat ook consequenties op het vlak van erfrecht en verantwoordelijkheid heeft.

Toch mogen we niet vergeten dat dit voor sommige mensen de enige manier is om een kind te kunnen hebben. Wij moeten erover waken dat wij het kind niet met het badwater weggooien en dat we alles waaraan

wij al die jaren hebben gesleuteld om de kwaliteit en de opvolging ter zake te ontwikkelen en de expertise op het terrein te hebben, niet verloren laten gaan.

Het zal een interessant debat zijn. Het is veeleer een ethisch dan wel een wetenschappelijk debat. Het is echter inderdaad een kluifje om aan te boren.

La **présidente**: Nous reviendrons sur le sujet lors de la discussion des propositions de loi déposées.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Vraag nr. 6975 van mevrouw Yoleen Van Camp wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

07 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de omkadering van het zorgpersoneel" (nr. 6879)

07 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'encadrement du personnel soignant" (n° 6879)

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u weet dat mijn partij en ikzelf er al meermaals voor hebben gepleit om werk te maken van een betere omkadering van het zorgpersoneel. Wij vinden dat echt cruciaal. Het water staat de verpleegkundigen in het ziekenhuis aan de lippen en ook de vergoeding voor thuisverpleegkunde loopt met 8 % achter. De laatste keer dat ik de vraag stelde, bleek uit uw antwoord dat er niet veel hoop was op een verbetering van de situatie.

In het begrotingsplan was er wel goed nieuws te vinden. Het loon van vroedvrouwen zou worden opgetrokken en voor de opwaardering van de paramedische beroepen zou 10 miljoen euro worden uitgetrokken.

Mevrouw de minister, zijn de thuisverpleegkundigen en het ziekenhuiszorgpersoneel in die plannen vervat? Wat zal er worden gedaan om de situatie van het paramedisch personeel te verbeteren? Welk bedrag zal hieraan worden besteed? Tien miljoen euro voor alle paramedische beroepen is een beperkte pot. Zou het niet beter zijn geweest om daarvoor meer middelen vrij te maken?

07.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, voor het ziekenhuispersoneel en de thuisverpleegkundigen maken wij de oefening met het IF-IC, het Instituut voor Functieclassificatie. Dit instituut houdt zich sedert 2001 bezig met het ontwikkelen van een analytische functieclassificatie voor de federale non-profitsectoren. Via het beschrijven en analyseren van functies wil het IF-IC komen tot een logische rangordening en indeling in klassen van alle functies, om zo tot een correct loonbeleid te komen voor werknemers actief in de private gezondheidsinrichtingen onder federale bevoegdheid en binnen het paritair comité 330.

In het kader van de gezondheidszorgbegroting is in een eerste schijf van 50 miljoen euro voorzien. In een eerste fase ligt de uiteindelijke focus op het zorgpersoneel. Dit voorstel wordt verder uitgewerkt met de betrokken sociale partners. Het was trouwens de eerste en enige grote prioriteit van de sociale partners in het paritair comité 330 om hiervan werk te maken en hiervoor middelen uit te trekken.

Naast het bestaande budget, voorzien wij in een extra bedrag van 10 miljoen euro voor het invullen van de noden bij de paramedische beroepen. Hoe deze middelen besteed zullen worden, maakt het onderwerp uit van een overleg met het Verzekeringscomité. De focus moet ook liggen op het invullen van geformuleerde behoeften in de eerste lijn alsook op een sociaal statuut bij sommige verstrekkers die daarover nu niet beschikken. In dat verband heb ik het over de vroedvrouwen en de logopedisten. Het voorstel dat hieruit zal volgen, past in een globale visie en een geharmoniseerd kader voor de sociale statuten opgenomen in de wet op de verplichte verzekering en dus in het kader van de akkoorden en overeenkomsten met zorgverleners.

Ik wil er u toch op wijzen dat het budget voor de thuisverpleging het enige budget is dat de laatste tien jaar met 7 % per jaar is gestegen. U weet dat de groeinorm 1,5 % was, maar mede door besparingen, waaraan uw partij meewerkt, is deze niet meer 1,5 % maar om en bij de 1 %. Toch is er voor de thuisverpleging nog steeds een groei van 3,5 %. Als u vraagt of het genoeg is, antwoord ik dat het meer zou mogen zijn, maar dat wij in elk geval veel meer doen voor die sectoren, om die nog te laten groeien, dan wij voor de andere

sectoren kunnen doen. Overal zijn er noden. Ondanks de hoge groeinormen uit het verleden zijn er overal zaken die niet werden betaald en sociale statuten die niet werden aangepast. Dat trachten wij te verhelpen, steeds in overleg, want dat wordt besproken in het Verzekeringscomité.

Bovendien wijs ik erop dat er nog voorzien is in een bedrag van 25 miljoen voor het Medicomut-akkoord, waarover nu onderhandelingen worden gevoerd, en dat daarvan ook nog een deel naar de eerstelijnszorg zal gaan. Als wij nog kunnen besparen op de groothandel — in dat verband is minister Peeters bevoegd voor de regelgeving en ik voeg eraan toe dat de groothandel een van de actoren is die moeten worden geresponsabiliseerd — dan zal dat oplopen tot 7 of 8 miljoen. Als wij dat kunnen doen, hebben wij al te kennen gegeven dat die middelen ook naar de eerstelijnszorg zullen gaan. In tal van andere rubrieken is de eerstelijnszorg betrokken en de geleverde inspanningen zijn voor de eerstelijnszorg en zeker voor de thuisverpleging.

07.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik vind dit niet meer dan normaal. Ik heb het al vaak gezegd, de besparingen waarvoor wij pleiten en waarmee wij akkoord gaan, betreffen verspillingen in de gezondheidszorg.

Het is niet alleen goed, maar zelfs normaal dat er wordt ingezet op de eerstelijnszorg, want dit is een goedkopere investering dan wanneer men mensen in een verder echelon moet laten opnemen.

De groei in de thuiszorg verbaast mij niet, als er meer wordt ingezet op, bijvoorbeeld, een kortere ligduur en als de focus meer op de eerstelijnszorg komt te liggen. Er lijkt mij nog wel een verschil tussen de groei die wordt veroorzaakt door meer taken toe te vertrouwen aan de eerste lijn, enerzijds, en het loonniveau aldaar, anderzijds. Die twee elementen moeten worden losgekoppeld van elkaar.

07.04 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, ik spreek over tien jaar geleden. De evolutie naar een kortere ligduur is daarin nog niet vervat. Het gaat nu over een groei met 7 % de afgelopen tien jaren. Inderdaad, er is nood aan op het terrein. Vandaag verscheen een artikel over onze diensten die dat opvolgen om na te gaan of het doorgeven van gegevens wel goed gebeurt. Een euro is een euro en ook daar moeten wij ervoor opletten dat elke euro goed en efficiënt wordt besteed. De wegpiraten moeten eruit. Terecht wordt dan ook nagegaan of de middelen goed worden besteed.

La **présidente**: Ce n'est pas forcément contradictoire.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La question n° 6880 de Mlle Yoleen Van Camp est transformée en question écrite.

08 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het overbodige en twijfelachtige geneesmiddel Neobacitracine" (nr. 6939)

08 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Neobacitracine, médicament inutile et douteux" (n° 6939)

08.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, druppels Neobacitracine worden in België vaak voorgeschreven om infecties te bestrijden: in de neus bij een verkoudheid, in het oog, in het oor. Men kan het enkel op voorschrift krijgen omdat het uit twee antibiotica bestaat. Nochtans weten we dat het lokaal gebruik van antibiotica zowel kiemen als resistentie voor antibiotica in de hand werken. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen gaf dan ook een negatief advies om dit geneesmiddel terug te betalen. Het nut ervan is immers twijfelachtig.

Mevrouw de minister, het verbaasde mij dan ook dat u het advies niet bent gevolgd. U hebt wel de terugbetalingsregels gewijzigd en het remgeld voor de patiënt verhoogd. Ondanks het wetenschappelijk bewijs dat het geen goed geneesmiddel is, keurde u de terugbetaling ervan goed en blijven artsen het massaal voorschrijven.

Volgens Test-Aankoop werden in 2014 zo'n 320 000 verpakkingen voorgeschreven met een grote kostprijs voor de patiënt en de ziekteverzekering.

Mevrouw de minister, waarom maakt u toch deze keuze? U zegt immers vaak dat u alles volgt wat *evidence-*

based medicine is. Is het deze keer niet prioritair en waarom niet? Ik begrijp het niet goed.

Vindt u het ook niet tegenstrijdig dat de overheid campagnes tegen overmatig antibioticagebruik voert, maar tegelijk Neobacitracine terugbetaalt?

08.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, u bent voor een stuk verkeerd geïnformeerd. Het was reeds een terugbetaald medicijn, maar de firma heeft een aanvraag voor een prijsverhoging van dat reeds terugbetaald geneesmiddel gevraagd, omdat de productie niet rendabel was. Bij niet-toekenning van de prijsstijging zou Neobacitracine van de markt verdwenen zijn. De prijsstijging werd toegekend en ik zal u alle argumenten daarvoor geven.

Ten eerste, alternatieven voor lokaal gebruik in dezelfde prijsklasse ontbreken. Het gaat immers om antibiotica voor lokaal gebruik. Als we geen antibiotica voor lokaal gebruik hebben, houdt dat een risico in van een switch naar orale antibiotica, die, zoals u weet, al overvloedig gebruikt worden. Dat risico is bekend. Indien door de niet-toekenning van de prijsstijging Neobacitracine van de markt verdwijnt, is enkel nog fysiologisch serum beschikbaar als geneesmiddel voor uitwendig gebruik, met name in de neus. Indien dat onafdoende is, bestaat het risico van overschakeling naar orale antibiotica. Dat is dus een belangrijk argument.

Vervolgens werd in het kader van de prijsstijging de vergoedingscategorie van B naar C veranderd. Vergoedingscategorie B, waarbij het RIZIV 75 % terugbetaalt, is voor chronische medicatie. Vergoedingscategorie C, waarbij het RIZIV 50 % terugbetaalt, is eerder voor acute en comfortmedicatie. Daarmee geeft zij de beperkte klinische waarde aan tegenover de voorziene terugbetaling. Als gevolg van de wijziging van vergoedingscategorie B naar C, wijzigt het remgeld voor de patiënt van 0,95 euro naar 3,4 euro.

In het kader van de aanvraag voor een prijsstijging werden verschillende beroepsgroepen geraadpleegd, zijnde pediaters, keel-, neus- en oorartsen, huisartsen en apothekers. Allemaal gaven zij aan dat zij over dat geneesmiddel wensen te beschikken in het therapeutisch arsenaal, met andere woorden dat zij er niet komen met enkel fysiologisch serum, dat, zoals u weet, water met zout is.

Alhoewel verschillende argumenten bestaan tegen het topisch gebruik van antibiotica, includeert – als u dan toch naar de wetenschappelijke onderbouw verwijst – het meest recente en gerespecteerde leerboek over infectieziekten en hun behandeling, *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and practice of infectious diseases*, dat nog steeds als een onderdeel van ons arsenaal aan geneesmiddelen tegen infecties.

De conclusie is dat er toch wetenschappelijke ondersteuning is voor het gebruik van Neobacitracine. Het heeft een plaats in het geneesmiddelenarmamentarium samen met andere topische antimicrobiële geneesmiddelen bij de infectieziektenbehandeling binnen de door de registratieautoriteiten aanvaarde indicaties, ondanks de geringe studies die toen geëist werden voor de registratie.

Door die verandering van klasse B naar C zijn de RIZIV-kosten gedaald van 1,85 tot 1,65 miljoen euro. Voormelde elementen maakten deel uit van mijn beslissing om af te wijken van het negatief voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen en toch de prijsstijging toe te kennen. Het is nooit gemakkelijk, maar ik meen dat het toch belangrijk is dat die lokale antibacteriële behandeling kan plaatsvinden en dat we daar geen massieve shift zien naar antibiotica. Dit wordt vaak bij kinderen gebruikt. Daarom hebben wij ook de pediaters geraadpleegd. Als er andere topische geneesmiddelen met antibiotica voorhanden zouden zijn geweest, dan was het een ander verhaal. Nu vallen wij echter alleen terug op fysiologisch water. Dat heeft zijn verdiensten, ik ben er de grootste voorstander van, maar het blijft wel fysiologisch water.

08.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions jointes n^{os} 7025 de M. Dirk Janssens, 7026 et 7035 de Mme Renate Hufkens, 7156 de Mme Anne Dedry et 7167 de Mme Caroline Cassart-Mailleux sont transformées en questions écrites.

Étant donné le fait que Mme la ministre n'est disponible que jusqu'à midi, il est clair que toutes les questions ne seront pas posées. C'est pourquoi Mme Catherine Fonck a demandé de procéder à une inversion de questions dans l'ordre du jour. C'est ainsi que sa question n° 7115 est reportée.

09 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'eculizumab (Soliris) utilisé en prévention de la récurrence post-greffe chez des patients atteints de SHUa" (n° 7603)

09 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van eculizumab (Soliris) bij gebruik ter voorkoming van een recidief na transplantatie bij aHUS-patiënten" (nr. 7603)

09.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je vous remercie de bien vouloir procéder à cette inversion de questions.

Madame la ministre, il me semble opportun de ne pas attendre le mois de janvier pour revenir sur le sujet. En effet, pendant un certain nombre de mois, je vous ai laissé travailler vu l'importance fondamentale de trouver une solution et de sortir par le haut du blocage concernant le remboursement du Soliris en prévention de la récurrence post-greffe chez les patients atteints de SHUa.

Pendant ce temps, les patients sont sous dialyse, alors même qu'à l'échelle européenne, la majorité des pays remboursent le Soliris pour que ces patients puissent bénéficier d'une greffe. Il ne s'agit pas d'un remboursement à vie, car le Soliris ne doit pas être administré à vie. Il leur permet de sortir de dialyse et de bénéficier d'une greffe.

Je vous avais déjà interrogée fin 2014 et en juin dernier à ce propos. Vous m'aviez alors répondu que les discussions étaient encore en cours avec la société Alexion. Je reviens donc vers vous afin de savoir ce qu'il en est. Avez-vous pu donner une issue positive à ces négociations avec la firme Alexion? Quelles sont les avancées concrètes pour les quelques patients concernés?

09.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, les discussions concernant le remboursement du Soliris sont toujours en cours. Il s'agit de contacts intensifs et de négociations délicates entre le cabinet et Soliris. Je n'ai aucune information complémentaire à vous transmettre pour le moment. Néanmoins, ce que je peux vous dire, c'est que le dossier est, pour moi aussi, très important car il concerne des jeunes qui rencontrent d'énormes difficultés. Les discussions tiennent compte de la pratique clinique reprise dans la littérature qui vous a été remise.

09.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je comprends que vous ne puissiez rien dire sur les contacts actuels. Ma question est beaucoup plus fondamentale. Autant je peux comprendre qu'on se donne un certain nombre de mois, raison pour laquelle je n'ai plus posé de question durant ce laps de temps, autant je crains que les discussions ne s'enlisent, que plus personne n'en parle et qu'*in fine* les patients se retrouvent extrêmement pénalisés.

Il est exact que le Soliris coûte très cher. Comme il a été décidé qu'il serait désormais remboursé aux patients qui développent une insuffisance rénale sur le SHUa, avec ce médicament, les patients n'arriveront normalement plus au stade de l'insuffisance rénale terminale. Tant mieux! À l'inverse, pour les quelques patients qui aujourd'hui sont en dialyse, puis-je me permettre de vous rappeler que sur base d'études sérieuses réalisées notamment par Van Biesen, Vanholder, Lameire et Peeters, de l'université de Gand, en 2001, le coût en dialyse sur plusieurs années dépasse le coût du Soliris administré pendant un an après la greffe? Même pour l'État, cela vaut la peine, en matière de budget, d'avoir une réflexion sérieuse et solide par rapport non pas à ce que cela va coûter en 2016, mais à ce que cela va coûter dans un terme d'une dizaine d'années.

C'est une véritable question éthique. Laisser ces patients en dialyse alors même que l'on sait aujourd'hui, solide littérature scientifique à l'appui, que grâce au Soliris, ils peuvent bénéficier d'une greffe, je trouve cela inacceptable. Il est inacceptable sur le plan éthique de faire le choix de les laisser en dialyse parce que les discussions avec Alexion ne trouvent pas d'issue. Madame la ministre, je me permets d'insister. Il faut trouver une solution dans un délai rapide. Ces patients sont victimes de la situation actuelle depuis beaucoup trop longtemps.

09.04 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, votre plaidoirie est équilibrée mais ce n'est pas moi qu'il faut convaincre! J'ai hérité de ce dossier difficile pour lequel nous avons négocié des jours et des nuits. Il est important de prendre le temps de négocier car on sait que négocier à la va-vite n'est pas toujours bon. Je prends donc le temps de négocier mais nous le faisons intensivement, de manière à trouver une solution pour tous les patients concernés.

Il y a certes l'aspect budgétaire mais il n'est pas le seul. Nous devons trouver une solution pour les patients en toute confiance. Ce n'est pas simple car nous avons hérité d'un dossier en très mauvais état!

09.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, cela fait quinze mois que vous êtes ministre. Je me permets de vous dire que quinze mois de dialyse plutôt que d'être greffé, c'est beaucoup, surtout pour des enfants! De plus, une fois qu'ils seront en liste, vous savez que le délai d'attente n'est malheureusement pas de quelques mois pour pouvoir bénéficier d'une greffe. Après quinze mois, aujourd'hui chaque mois compte!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Mme Fabienne Winckel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan e-Santé et la possibilité d'élaborer un carnet de vaccination électronique" (n° 6854)

10 Vraag van mevrouw Fabienne Winckel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het e-gezondheidsplan en de mogelijke invoering van een elektronisch vaccinatieboekje" (nr. 6854)

10.01 Fabienne Winckel (PS): Madame la ministre, une mise à jour du plan d'action e-Santé 2013-2018, liée à l'évolution des technologies numériques, a été dernièrement présentée par le Comité de gestion de la plate-forme e-Health. Ce plan approuvé par neuf ministres de différents niveaux de pouvoir intègre un nouveau volet relatif au "mobile health", dont l'objectif est de permettre aux citoyens de mieux suivre et faire suivre leur santé via des applications et des appareils mobiles et ce, dans un cadre clair et sécurisé.

En outre, il est prévu que, dès 2018, les citoyens pourront consulter au moyen de leur téléphone mobile leurs propres données médicales en ligne et suivre personnellement des paramètres de santé. Je souhaiterais dès lors profiter de l'annonce de cette nouvelle pour vous interroger sur la possibilité de mettre en place un carnet de vaccination électronique.

Aujourd'hui, les vaccins sont soit répertoriés dans le carnet de santé de l'enfant distribué par l'ONE ou Kind en Gezin lors des consultations, soit sur les cartes de vaccination en papier pour les adultes. Or les avantages d'un "e-carnet de vaccination" sont nombreux: garder une trace des différentes vaccinations non plus sur un bout de papier mais dans un véritable carnet électronique sécurisé et personnalisé, éviter la perte de carnets et autres documents de vaccination, connaître soi-même à tout moment son état de vaccination et, le cas échéant, mettre ses vaccins à jour pour être protégé efficacement et durablement ou encore choisir ses vaccins selon le programme et le calendrier de vaccination préconisé par le Conseil supérieur de la Santé.

Madame la ministre, quelles sont les possibilités actuelles permettant aux citoyens de connaître leur état de vaccination? Pensez-vous qu'il soit pertinent de l'intégrer à ce volet "mobile health"? Cette réflexion a-t-elle déjà été proposée et débattue au sein du Comité de gestion de la plate-forme e-Health ou dans un autre groupe de travail? Dans la négative, envisagez-vous de l'examiner en étroite collaboration avec le secteur concerné et les autres entités fédérées?

10.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chère collègue, pour répondre tout d'abord à votre question relative aux actuelles possibilités pour les citoyens de connaître leur situation en matière de vaccination, sachez qu'en Flandre, tous les vaccins mis gratuitement à disposition doivent obligatoirement être enregistrés par les autorités flamandes dans Vaccinet. En Communauté française, tous les vaccins mis gratuitement à disposition doivent être enregistrés dans e-vax. Les prestataires de soins peuvent aussi y enregistrer d'autres vaccins.

Pour ce qui concerne la question de savoir s'il est pertinent d'intégrer cet aspect dans le volet "mobile health", vous devez savoir que l'objectif n'est pas de développer des applications, mais plutôt de créer un cadre permettant d'utiliser des applications. Il est évidemment possible que les Communautés mettent une application à disposition ou qu'une tierce partie propose une application concernant la

vaccination intégrée dans Vaccinet ou e-vax.

Le point d'action 10 de la nouvelle *Roadmap* prévoit un *patient health record* qui offrira au citoyen la liste des données disponibles le concernant dont celles relatives à la vaccination. C'est pour cette raison qu'une coopération avec les entités fédérées est nécessaire.

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

Si j'ai bien compris, le travail est en cours et l'organisation de cette liste de données fait l'objet de négociations avec les entités fédérées, l'objectif étant d'arriver à une application globale et à un carnet de vaccination en ligne. En tout cas, cette liste de données est déjà prévue dans le programme e-Health.

10.04 Maggie De Block, ministre: C'est prévu dans le cadre de l'actualisation de la *e-Health Roadmap*, plus précisément, au point 10.

La **présidente:** Chers collègues, sachez, en tout cas, qu'une de nos prochaines réunions sera consacrée à la question.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "voeding via een sonde thuis" (nr. 7163)

11 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'alimentation par sonde à domicile" (n° 7163)

11.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, sommige patiënten komen naar huis en hebben dan nog sondevoeding nodig. De tegemoetkoming in dat verband is geregeld in een KB van 1966. Wie aan de criteria van het KB voldoet, kan rekenen op een tegemoetkoming.

Uiteraard is onze medische wetenschap erg geëvolueerd en misschien is het KB toch wel toe aan een update. Ook voor sommige kankerpatiënten en patiënten met een chronische aandoening, chronisch nierlijden of hartfalen is sondevoeding thuis aan te bevelen. Uit recent onderzoek blijkt trouwens dat zeker kankerpatiënten lijden aan ondervoeding. Sondevoeding kan dan een goede aanvulling vormen, omdat de ondervoeding leidt tot onder andere een verhoogde mortaliteit, een hogere morbiditeit, een langer ziekenhuisverblijf en het uitstellen van therapie.

Mevrouw de minister, bent u bereid het betreffende KB te updaten en de criteria aan te passen? Wie geen terugbetaling krijgt, moet al vlug een paar honderd euro opleggen, afhankelijk van de intensiteit van het gebruik van de sondevoeding.

Wilt u de criteria herzien? Wilt u de aanbevelingen volgen van recent wetenschappelijk onderzoek, die ik in de schriftelijke versie van mijn vraag heb opgesomd? Kunt u een beknopte kosten-batenanalyse maken, waardoor wij een beter zicht krijgen op het fenomeen, des te meer gelet op de toename van het aantal patiënten in de thuiszorg?

11.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, het koninklijk besluit dat u aanhaalt, dateert van 1996. De jongste aanpassing dateert van 2009. Men kan dus inderdaad zeggen dat het geactualiseerd moet worden.

Sommige patiënten krijgen nu inderdaad geen vergoeding voor enterale voeding, omdat zij niet voldoen aan de voorwaarden van het besluit. Sommige patiënten krijgen parenterale voeding, omdat zij hiervoor wel een vergoeding ontvangen, ook al zou enterale voeding meer geschikt zijn.

Om dat recht te zetten, hebben de experts van de werkgroep Medische Voeding bij het RIZIV de situatie bestudeerd. Zij hebben voorgesteld een aantal nieuwe indicaties toe te voegen aan het huidige besluit. Een van de nieuwe indicaties slaat op de doelgroep die u in uw vraag beschrijft. De indicatie gaat zelfs breder, zij is niet beperkt tot een specifieke ziekte, maar vereist dat het gaat om een ernstige ziekte die leidt tot ernstige ondervoeding, aangetoond door ofwel een *nutritional risk screening score* die hoger is dan 3, of door een

BMI dat lager is dan 18,5.

De wijzigingen hebben sociaal en medisch belang. Zij worden dan ook als zeer belangrijk beschouwd binnen alle voorgestelde wijzigingen op het gebied van terugbetaling van medische voeding.

Omdat meer patiënten in aanmerking komen voor een terugbetaling, heeft dat natuurlijk een effect op het budget van de medische voeding. Dat wordt geraamd op 156 000 euro. Daarom wordt al een tijd gewacht met het in de praktijk omzetten van de wijzigingen. In de huidige budgettaire context wordt immers niet voorzien in extra middelen voor medische voeding. Er is bovendien noch ruimte, noch flexibiliteit om binnen het huidige budget voor medische voeding aanpassingen te doen.

Ik herhaal het engagement dat ik in juli in de commissie ben aangegaan om bij toekomstige budgetberekeningen meer transversaal te denken en silodenken achterwege te laten. Wij moeten hieruit geraken door minder uitgaven in andere sectoren, bijvoorbeeld hospitalisatie en chirurgie, te verrekenen.

Ik hoop in de komende maanden een oplossing voor dat probleem te vinden, zodat wij de betrokken patiënten thuis beter kunnen helpen.

Omdat u in uw vraag specifiek naar de nutritionele noden van kankerpatiënten verwijst, wil ik toch nog opmerken dat wij een substantiële financiering hebben toegekend voor de aanwerving van diëtisten door ziekenhuizen met een oncologisch basiszorgprogramma in het kader van het kankerplan. Op die manier wordt ook getracht een versterking van de voedingsbijstand in de oncologische zorg te integreren, onder andere door zo vroeg mogelijk nutritionele problemen op te sporen, zodat ze snel kunnen worden aangepakt en sondevoeding mogelijk kan worden vermeden.

Ook bij kankerpatiënten wordt er dus nu over gewaakt om hen tussen hun behandelingen niet te veel gewicht te laten verliezen. Het is anders dan in het gewone leven, waarbij het een goed teken is wanneer iemand zijn gewicht kan behouden of niet te veel gewicht verliest.

Ook de voedingstoestand is dus belangrijk. De BMI is een parameter, maar het gewichtsverlies in een bepaalde periode is een andere.

Het probleem is dat het budget voor medische voeding een apart onderdeel van het RIZIV-budget is. Daarvoor is nog geen geld gevonden. Ik zal echter trachten het dossier breder te bekijken, ook in het licht van ons streven om onze proefprojecten, bijvoorbeeld voor patiënten die een kankerbehandeling ondergaan, meer in de thuiszorg te laten plaatsvinden.

11.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Wij zullen in de commissie voor de Volksgezondheid nog een debat over de problematiek houden. Er ligt immers een voorstel van resolutie aangaande ondervoeding klaar. De problematiek zal daarbij ook zeker aan bod komen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 7164 de Mme Anne Dedry, la question n° 7168 de Mme Renate Hufkens et la question n° 7179 de Mme Valerie Van Peel sont transformées en questions écrites.

12 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mauvaise utilisation des médicaments chez les personnes de plus de 80 ans" (n° 7194)

12 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verkeerde gebruik van geneesmiddelen bij 80-plussers" (nr. 7194)

12.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, une étude réalisée par l'UCL et la KUL montre que plus de 40 % des personnes de plus de 80 ans reçoivent un médicament potentiellement nocif.

Dans certains cas, les prescriptions peuvent être justifiées mais les doses sont trop élevées, les durées trop

longues ou le médicament trop cher. Autre cas de figure: le médicament a des interactions nocives avec un autre médicament. Mais le plus dangereux, c'est quand un médicament provoque des effets secondaires pour lesquels on prescrit d'autres médicaments, et ainsi de suite. C'est ce qu'on appelle "la cascade médicamenteuse".

Les conséquences de cette mauvaise utilisation de médicaments peuvent être graves: effets secondaires, augmentation du coût du traitement, dégradation de la qualité de vie du patient et même hospitalisation.

La première raison de cette mauvaise utilisation des médicaments est le manque d'informations tant chez le patient que chez le personnel soignant. Parmi les causes, on retrouve aussi un manque de communication entre les différents acteurs, par exemple entre le généraliste et le spécialiste.

Un projet nommé Come-on et financé par l'INAMI est actuellement mis en place dans une soixantaine de maisons de repos partout en Belgique pour tenter d'améliorer la collaboration entre le médecin généraliste, le pharmacien et l'infirmier et ainsi d'optimiser l'usage des médicaments en maison de repos.

Madame la ministre, qu'en est-il de ce projet depuis la sixième réforme de l'État? Pouvez-vous nous détailler celui-ci et nous dire où il en est? Une évaluation des résultats observés sur le terrain est-elle prévue? Ce projet pourrait-il être généralisé à l'ensemble des maisons de repos au terme de son évaluation?

De nouvelles mesures sont-elles envisagées pour améliorer la situation et éviter les cascades médicamenteuses, y compris lorsque la personne se trouve à son domicile?

12.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, ce projet a pour objectif de faciliter la concertation relative au patient individuel entre le médecin prescripteur, l'infirmier responsable de la maison de repos et le pharmacien. L'objectif est de formuler des recommandations concernant le comportement prescripteur rationnel. L'utilisation efficace d'un formulaire de médicaments entre également dans le cadre de cette étude.

Un second aspect du projet est l'analyse du processus complet depuis la prescription jusqu'à l'administration du médicament au patient. Le but consiste également à formuler des recommandations qui pourraient ultérieurement être inscrites dans un cadre réglementaire valable pour l'ensemble du secteur.

Malgré le fait que la compétence intégrale relative aux soins résidentiels aux personnes âgées a été transférée aux entités fédérées, la présente étude concerne une matière qui n'a pas été transférée et pour laquelle l'autorité fédérale demeure compétente, à savoir la réglementation relative aux médicaments.

La durée du projet est de trois ans, du 1^{er} septembre 2014 au 31 décembre 2016.

Lorsque l'étude a été lancée, trente projets et trente-trois établissements de contrôle étaient concernés par le groupe d'intervention. Actuellement, vingt-quatre projets sont encore actifs, de même que trente établissements de contrôle. Les résultats de l'enquête et les recommandations sont attendus pour mars 2017 et seront soumis aux organes consultatifs avant d'entrer en application de manière générale. Ils seront également explicités au secteur lors d'une journée d'étude.

Le programme de la cascade médicamenteuse, l'un des aspects de la polymédication, a été traité le 3 décembre lors d'un symposium organisé conjointement par la Commission nationale médico-mutualiste, le Conseil national de la promotion de la qualité et le Comité d'évaluation des pratiques en matière de médicaments. Il a été accompagné par un vaste comité scientifique représentant les différents acteurs impliqués dans un usage rationnel des médicaments chez les personnes âgées, placées ou non en institution. Sa tâche consiste à dégager et proposer, dans les mois qui suivent ce symposium, des recommandations ainsi que des indicateurs et des incitants pour la promotion de cette utilisation rationnelle. Vu le vieillissement de la population, la poursuite de ce travail me semble très utile pour les personnes âgées, qu'elles résident encore chez elles ou bien dans une maison de repos. La prise efficace de médicaments est évidemment essentielle si l'on veut éviter de commettre des bêtises.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 7204 de M. Daniel Senesael est reportée. La question n° 7214 de M. Éric Massin est transformée en question écrite.

13 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la thrombectomie cérébrale" (n° 7276)

13 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "mechanische trombectomie" (nr. 7276)

La **présidente**: M. Frédéric est devenu un grand spécialiste de la santé.

13.01 **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, je me suis occupé de la commission de l'Intérieur pendant quinze ans et on a choisi un hypocondriaque pour venir en Santé! Vous comprendrez que je suis cela avec beaucoup d'intérêt.

Madame la ministre, comme vous le savez, la journée de lutte contre l'AVC a eu lieu le 29 octobre 2015. Il y a toujours un délai entre le moment où on introduit les questions et où on les pose. À cette occasion, j'ai eu l'occasion de m'informer sur la thrombectomie cérébrale.

La thrombectomie peut être effectuée jusqu'à six heures après que le patient ait subi un AVC. Cette méthode permet de capturer puis d'aspirer le caillot à l'aide d'un fin cathéter. Elle est efficace puisque différentes études montrent que les patients sont fonctionnellement indépendants à nonante jours.

Actuellement, il apparaît que rien n'est réglé concernant le nombre de centres pouvant effectuer cette intervention ou encore concernant les médecins qui peuvent la pratiquer. En effet, des professionnels de la santé semblent préconiser douze à quinze centres en Belgique et des médecins pratiquant vingt à vingt-cinq thrombectomies par an, afin d'assurer une expertise dans ce domaine. Un autre constat est également fait quant au matériel utilisé lors de ces interventions. Celui-ci aurait un coût important qui n'est actuellement pas remboursé.

Madame la ministre, il semble qu'un débat soit actuellement en cours au sein de l'INAMI sur ces questions. Puis-je vous demander l'état d'avancement de celui-ci? Quelles initiatives sont-elles envisagées en la matière? Qu'en est-il du coût de ces interventions et quel type de remboursement pourrait-il être mis en place? Enfin, en ce qui concerne le nombre de centres, les avis des professionnels de la santé seront-ils suivis?

13.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, monsieur Frédéric, je vous remercie pour votre question. La spécialisation des centres est en effet un débat existant au sein de l'INAMI et qui se situe au cœur de ma réforme du paysage hospitalier. Il y va d'une amélioration de l'efficience et de la qualité.

Plusieurs types de remboursement de sondes existent actuellement, notamment pour la thrombectomie, pour la recanalisation d'une occlusion vasculaire. Un dossier de remboursement est actuellement en cours d'analyse à la Commission de remboursement des implants et dispositifs invasifs concernant un dispositif permettant d'extraire un thrombus par voie endovasculaire. Dans le cadre de ce dossier mais également de manière plus globale, une analyse relative à la spécialisation des centres, en termes d'utilisation d'implants, sera aussi réalisée.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van stottherapie bij logopedisten" (nr. 7300)

14 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de la thérapie du bégaiement chez les logopèdes" (n° 7300)

14.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten is vragende partij om de terugbetaling van therapie bij stotteraars aan te passen. Nu hebben stotteraars recht op 192 sessies bij de logopedist, ofwel een uur per week, gedurende twee jaar. Omdat veel stotteraars hervallen en omdat kleine kinderen vaak geen twee jaar nodig hebben, zou het een goede zaak zijn indien stotteraars hun sessies zouden kunnen opsparen voor later.

Ik veronderstel dat u weet hebt van die oproep. Hebt u plannen om de regelgeving daaromtrent aan te

passen?

14.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik dank mevrouw Jiroflée voor haar vraag.

Mevrouw Jiroflée, u weet dat ter zake momenteel een en ander aan de gang is.

De beroepsverenigingen van logopedisten en de verzekeringsinstellingen hebben eind 2014 samen een conventie ondertekend voor de jaren 2015 en 2016. In die lopende conventie werd ook een ambitieus plan opgenomen tot hervorming van de nomenclatuur voor de logopedie. Ik sta natuurlijk achter die hervorming, want zij moet de kwaliteit van de logopedische behandeling verbeteren en ruimte vrijmaken voor de herwaardering van de honoraria en voor het opnemen van nieuwe pathologieën in de nomenclatuur, op voorwaarde evenwel dat zij budgetneutraal is en dat er tegelijk geen meerkosten ontstaan voor de patiënt. De hervorming van de terugbetaling van therapie bij stotteren kan uiteraard ook deel uitmaken van deze hervorming van de nomenclatuur.

Omdat de werkzaamheden om de gemaakte afspraken te implementeren volgens hen niet snel genoeg vorderden, hebben de beroepsverenigingen die conventie nu wel opgezegd, met ingang van 1 januari 2016, zodat in de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen, kortweg Logo-Mut, wederom onderhandeld wordt om de problemen op te lossen en tot een nieuwe conventie te kunnen komen. Die conventie is belangrijk, omdat zij ook tariefzekerheid aan de patiënt kan geven. Ik weet niet waarom of hoe de beroepsverenigingen besloten hebben dat het niet snel genoeg gaat, enerzijds, maar toch besloten om de conventie op te zeggen, anderzijds. Ik kan daar allemaal wel begrip voor opbrengen, maar zo gaan de zaken niet vooruit.

Er wordt nu weer intensief onderhandeld om te proberen, misschien via een betere timing, een nieuwe conventie op de rails te zetten. Daarbij is de inspraak van die verenigingen zeer groot. Ik geef aan de mensen van het overleg mee dat er op dit punt inderdaad nog verbetering mogelijk is.

14.03 **Karin Jiroflée** (sp.a): Ik dank u voor uw antwoord, mevrouw de minister.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 **Question de M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le classement de la viande rouge sur la liste des produits cancérigènes de l'OMS" (n° 7320)**

15 **Vraag van de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het opnemen van rood vlees op de WHO-lijst van kankerverwekkende producten" (nr. 7320)**

15.01 **Philippe Blanchart** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, dans les groupes politiques, il y a d'éminents spécialistes, comme mon collègue André Frédéric, qui vous posent une question très technique, et puis il y a les porteurs de valises, qui se contentent, comme moi, de vous poser une question générale.

La viande rouge transformée (charcuterie, hamburgers, saucisses, bacon, et autres viandes industrielles) vient d'être classée en tête de la liste des produits cancérigènes par le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) et par l'Agence Cancer de l'OMS.

Les viandes rouges au sens large, y compris le porc et le veau, ont été, quant à elles, classées comme "probablement cancérigènes". Ce constat fait suite à un ensemble d'études scientifiques qui démontrent des liens entre ces produits et l'émergence de certains cancers, notamment celui du colon et, dans une moindre mesure, ceux de la prostate et du pancréas.

Force est de constater l'influence grandissante d'une industrie de la malbouffe dans le contenu de nos assiettes. Peut-être ne nous soucions-nous pas assez de cette menace dans nos pays devenus trop gras où la recherche de la croissance et du développement à outrance prime sur des considérations de bien-être et de santé publique?

Madame la ministre, pouvez-vous nous fournir des informations plus précises quant à l'impact d'une alimentation riche en viande sur le nombre de décès dus au cancer? Pourquoi la viande rouge et les

charcuteries sont-elles cancérogènes? Dans quelle mesure les risques liés à la consommation varient-ils? Comment parvenir à sensibiliser et amener une partie de la population à un changement de ses habitudes alimentaires? Quelles initiatives comptez-vous prendre afin de limiter les risques de cancer liés à la viande? Des précisions en matière d'étiquetage seraient-elles judicieuses? Enfin, comment adapter les recommandations actuelles en matière de santé publique appelant à limiter la consommation de viande tout en tenant compte de la valeur nutritive de ce produit?

15.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Blanchart, le rapport sur les liens entre consommation de viande rouge et effets cancérogènes du Centre international de Recherche sur le Cancer, relayé par l'OMS en octobre dernier, n'est pas une surprise. Déjà en janvier 2014, le Conseil supérieur de la Santé avait remis un avis sur la consommation de viande rouge et la prévention du cancer colorectal.

Le rapport de l'OMS souligne un risque réel qui a bien été validé, à ceci près qu'il ne concerne pas toute la population.

Au niveau individuel, pour une consommation normale de viande et de charcuterie, le risque n'est pas avéré. Il ne faut donc, en aucun cas, alarmer des personnes dont la consommation de viande est modérée. En d'autres termes, c'est le fait de manger de la viande rouge et de la charcuterie de manière excessive qui pose problème. Seuls les gros consommateurs présentent un risque accru de développer un cancer. Le thème est connu: il est nécessaire d'opter pour une alimentation qui soit avant tout variée et équilibrée avec une consommation modérée de viande rouge et de charcuterie, combinée à une alimentation riche en fruits et en légumes.

Avant d'entamer une réflexion approfondie sur les besoins d'information et les type d'action à entreprendre, il est nécessaire d'avoir une vision globale claire de la consommation réelle de viande rouge et de charcuterie en Belgique. Ces données seront disponibles dans le courant de l'année 2016 grâce à la nouvelle enquête de consommation qui se termine maintenant par le SPF Santé publique et l'Institut scientifique de Santé publique.

Une fois les résultats disponibles, il sera alors possible d'évaluer si des mesures additionnelles s'imposent. Entre-temps, l'alimentation doit être variée et équilibrée et comporter des fruits, des légumes, des fibres – j'ai déjà diffusé le message. On sait que la consommation de viande est à la baisse. Cependant, il y a toujours de gros consommateurs de viande.

15.03 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, visiblement, il n'y a rien d'alarmant pour l'instant au niveau des études. Donc, pas de mesures additionnelles pour le moment! Nous allons donc suivre vos conseils de modération avant les fêtes!

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

16 Questions jointes de

- M. David Clarinval au vice-premier ministre et ministre des Affaires étrangères et européennes, chargé de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le rapatriement des citoyens français décédés en Belgique" (n° 7369)

- M. David Clarinval au vice-premier ministre et ministre de la Sécurité et de l'Intérieur, chargé de la Régie des Bâtiments, sur "le rapatriement des citoyens français décédés en Belgique" (n° 7370)

- M. Jean-Marc Delizée au vice-premier ministre et ministre de la Sécurité et de l'Intérieur, chargé de la Régie des Bâtiments, sur "la procédure de rapatriement des corps entre la Belgique et la France" (n° 7659)

- M. David Clarinval à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapatriement des citoyens français décédés en Belgique" (n° 7371)

16 Samengevoegde vragen van

- de heer David Clarinval aan de vice-eersteminister en minister van Buitenlandse Zaken en Europese Zaken, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de repatriëring van in België overleden Franse staatsburgers" (nr. 7369)

- de heer David Clarinval aan de vice-eersteminister en minister van Veiligheid en Binnenlandse Zaken, belast met de Regie der Gebouwen, over "de repatriëring van in België overleden Franse staatsburgers" (nr. 7370)

- de heer Jean-Marc Delizée aan de vice-eersteminister en minister van Veiligheid en Binnenlandse Zaken, belast met de Regie der Gebouwen, over "de procedure voor de repatriëring van op Belgisch grondgebied overleden Fransen" (nr. 7659)
- de heer David Clarinval aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de repatriëring van in België overleden Franse staatsburgers" (nr. 7371)

16.01 Jean-Marc Delizée (PS): Madame la présidente, madame la ministre, j'observe que les sujets se suivent mais ne se ressemblent pas. Le sujet dont il est question ici est peut-être plus macabre que d'autres, mais il est important pour bon nombre de citoyens, également en termes de perspective de la construction européenne.

Madame la ministre, vous n'êtes pas sans savoir qu'il existe des accords de coopération entre la France et la Belgique en matière de soins de santé, ce dont on peut se réjouir. Je crois pouvoir dire que certaines régions frontalières sont à l'avant-garde dans la mesure où des citoyens belges ou français peuvent se faire soigner dans hôpital situé à proximité de la frontière. Toutefois, ces accords ne portent pas sur le rapatriement des corps en cas de décès.

Actuellement, lorsqu'un citoyen français décède sur le territoire belge, la procédure de rapatriement est régie par l'accord de Berlin de 1937 et l'accord de Strasbourg du 26 octobre 1973, procédure aujourd'hui obsolète. En effet, pour faire revenir le corps d'un défunt en France depuis la Belgique, il est obligatoire, pour passer la frontière, de placer la dépouille dans un cercueil zingué hermétique et scellé. Cette opération se déroule dans un funérarium belge en présence d'un policier qui doit rédiger un procès-verbal. Le corps est ensuite rapatrié en France. Les scellés ne peuvent être légalement brisés, avec comme conséquence l'impossibilité pour la famille de revoir une dernière fois le visage du défunt. À cela vient s'ajouter la lourdeur d'une telle procédure et le coût de cette dernière. La presse fait état d'un coût de 500 euros.

En cas de crémation, les choses se compliquent encore car le cercueil en zinc doit être enlevé. Ainsi, lorsqu'un citoyen français décède sur le sol belge, la société de pompes funèbres doit se rendre en France avec le défunt pour la cérémonie, avant de revenir en Belgique pour poursuivre les opérations. C'est en présence d'un policier que les scellés sont enlevés pour sortir la dépouille du cercueil en zinc et la remettre dans un cercueil en bois. L'incinération peut alors avoir lieu. Les cendres peuvent alors reprendre le chemin de la France.

Cette situation interpelle, d'autant plus que de nombreuses personnes âgées de nationalité française choisissent de résider dans une maison de repos en Belgique. En outre, les hôpitaux belges situés en zone frontalière – je pense ici notamment aux hôpitaux de ma région, à savoir les hôpitaux de Chimay, Dinant, Mont-Godinne, accueillent régulièrement des patients français et il arrive que certains d'entre eux décèdent.

Cela signifie que de plus en plus de familles sont concernées. Dans le passé, ces mesures s'expliquaient par des raisons sanitaires, mais aujourd'hui, avec l'évolution des techniques, cela ne se justifie plus, à l'exception de situations très spécifiques comme dans le cas d'une maladie contagieuse. On dispose, je pense, de tous les éléments aujourd'hui pour gérer cela.

Madame la ministre, confirmez-vous cette procédure et ces informations? Êtes-vous en mesure de me dire combien de citoyens français décèdent chaque année en Belgique et sont donc concernés par cette procédure? Votre département, avec vos collègues des ministères de l'Intérieur et des Affaires étrangères, a-t-il entrepris des démarches administratives pour assouplir et simplifier les contraintes qui pèsent sur les transports de corps entre nos deux pays? Si oui, quelles mesures sont-elles envisagées et dans quels délais?

Qu'en est-il des contacts avec les autorités françaises? Je pense que la meilleure solution serait un projet d'accord bilatéral. On nous dit que du côté français, les trois départements concernés ont proposé aux autorités belges un projet de texte d'accord de coopération pour simplifier les procédures. Confirmez-vous cette information? Ce texte est-il en cours d'examen ou de négociation? Éventuellement, dans quels délais comptez-vous aboutir dans ce dossier? Il existe en tout cas un accord similaire transfrontalier entre la Belgique et les Pays-Bas. On peut se demander pourquoi on ne peut pas conclure ce même type d'accord de coopération avec la France.

Je vous remercie, madame la ministre, et je serai attentif à vos réponses.

16.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Delizée, après avis du Conseil supérieur de la Santé, des discussions bilatérales ont été entamées. Une solution est envisagée via un protocole d'accord, par exemple, mais il y aura en tout cas lieu d'adapter notre législation en la matière.

En ce qui concerne vos questions, je peux vous communiquer qu'annuellement, l'administration délivre environ 3 000 laissez-passer mortuaires pour des rapatriements de corps vers l'étranger, ceci tous pays confondus. Il m'est impossible de cibler les laissez-passer délivrés dans la zone frontalière de dix ou vingt kilomètres.

Il est évident que tous désirent la mise en place d'une solution des deux côtés de la frontière. De ce fait, mon administration a lancé des initiatives dès 2014 et a questionné le Conseil supérieur de la Santé. La France et la Belgique ont toutes deux ratifié l'Accord de Strasbourg. Les normes françaises étaient beaucoup plus strictes et clairement définies dans la législation de notre voisin. Le Conseil supérieur de la Santé recommande de revoir notre arrêté royal du Régent pour le rendre aussi conforme que possible à la législation française.

Cependant, d'autres plaident en faveur d'une plus grande harmonisation à l'échelle européenne, car le souhait de nos voisins consisterait en un accord franco-belge pour l'entièreté du territoire français. Cela peut sembler logique, mais inclurait une portion bien plus importante que la zone frontalière. Dès lors, se pose la question de la position européenne.

Nous savons que l'Europe a besoin de beaucoup de temps pour obtenir des résultats. Il est possible que la Belgique entreprenne une démarche pionnière en ce domaine, qui pourrait aboutir à une harmonisation formelle dans l'Union européenne. Je puis vous dire que les travaux sont en cours, mais il est trop tôt pour aboutir à une conclusion.

Il me semble utile d'accomplir ce travail dans tout le pays. Il est en effet bizarre que, selon que vous vous trouviez à Paris, en Bretagne ou en Picardie, des accords en termes d'administration et de transport soient conclus différemment - d'autant plus que ces moments sont très pénibles pour les familles. J'ai moi-même connu des gens qui sont décédés à l'étranger; il a fallu des semaines avant que les proches puissent les enterrer dignement. Une solution doit donc être trouvée.

16.03 Jean-Marc Delizée (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses qui confirment que des discussions bilatérales sont bien en cours. J'ai noté le nombre de cas pour les zones frontalières. Vous parlez d'adapter la législation. Toutefois, l'accord avec les Pays-Bas ne posait pas de problème semblable, même si je ne connais pas la loi néerlandaise à ce sujet.

Ensuite, je tiens à préciser que ma demande ne vise pas à conclure un accord pour une partie de la frontière. Il s'agit bien d'aboutir à un accord franco-belge, de Dunkerque jusqu'à la limite belgo-franco-luxembourgeoise. Sans doute cette question devra-t-elle être réglée avec d'autres pays.

Des accords bilatéraux existent pour certaines portions - par exemple, l'Avesnois dans le département des Ardennes -, notamment pour des questions d'ordre médical.

Vous n'avez pas donné de délai, mais j'espère que vous pourrez aboutir le plus rapidement possible, car il s'agit d'un véritable problème pour les familles concernées.

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

La **présidente**: Si Mme la ministre le permet, je poserai ma question, comme annoncé, juste avant la fin de nos travaux. Les questions restantes seront reportées en janvier. Il est aussi possible de transformer vos questions en questions écrites.

17 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les patients atteints de psoriasis" (n° 7036)

17 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psoriasispatiënten" (nr. 7036)

17.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, le 29 octobre était la Journée mondiale du psoriasis. En Belgique, quelque 300 000 personnes (3 % de la population) sont atteintes de cette maladie auto-immune difficile à vivre. Ses causes sont difficiles à identifier même si la piste polygénique est de plus en plus évoquée. Des facteurs externes ont une influence sur les phases visibles et plus fortes. Les signes extérieurs caractéristiques de cette maladie rendent souvent la personne la cible de discriminations ou d'évitement. Il s'agit d'une maladie inflammatoire qui ne se guérit pas – on essaie de soigner les symptômes.

L'OMS, depuis une résolution de mai 2014, qu'en tant que membre nous avons adoptée, considère que les personnes atteintes de cette maladie sont davantage que les autres exposées au risque de souffrir de comorbidité, de dépression et d'anxiété et qu'elles sont victimes de stigmatisation et de discrimination sur le plan social et professionnel. L'OMS demande une reconnaissance des patients souffrant de cette pathologie et la mise en place d'un plan d'action mondial et au niveau des États.

Madame la ministre, comment les choses se sont-elles enclenchées ici en Belgique? Y a-t-il des perspectives concernant la reconnaissance de cette maladie en tant que maladie chronique, de manière à ce que les traitements les plus appropriés soient accessibles?

Il y a remboursement des médicaments lorsqu'on est dans une phase déjà fort avancée. Y a-t-il une réflexion sur l'accès aux médicaments les plus innovants, sur les critères de remboursement ainsi que sur la sensibilisation de la population à ces patients mais aussi du monde médical, étant donné ces conséquences et ces mécanismes de comorbidité, dépression, etc. dont je vous ai parlé? Il faut aussi réfléchir au développement de centres de jour, lorsqu'il y a des crises, car ils semblent plus efficaces que l'hospitalisation. Enfin, il manquerait un consensus sur l'identification du rhumatisme psoriasique.

Madame la ministre, plus globalement, un groupe de travail au sein de l'Observatoire des maladies chroniques de l'INAMI a-t-il été mis sur pied? Si tel n'est pas le cas, ne serait-ce pas une piste à suivre?

17.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, la description que vous faites du psoriasis et de ses conséquences est parfaitement correcte et nous souscrivons entièrement aux conclusions de l'OMS. Le rôle de l'assurance maladie n'est pas de reconnaître une maladie chronique particulière. Toutefois, l'allocation forfaitaire pour frais médicaux élevés et le statut "affection chronique" constituent une solution générique pour les personnes qui subissent les conséquences habituelles d'une affection chronique.

Comme vous, nous regrettons l'absence de consensus sur les critères diagnostiques du rhumatisme psoriasique mais nous ne doutons pas que nos confrères cliniciens s'accordent aussi vite que possible sur ce point. C'est très important pour les patients concernés.

La nomenclature offre aux patients atteints de psoriasis des consultations spéciales aussi bien chez les rhumatologues que chez les dermatologues pour permettre à des spécialistes de consacrer le temps nécessaire à tous les aspects de leur maladie. Les actes techniques de ces spécialistes sont remboursés.

Les alternatives aux soins hospitaliers pourront être étudiées grâce à des projets pilote "soins dermatologiques complexes" dans des centres dermatologiques de jour (traitement par ultraviolet à domicile). Des solutions sont aussi à l'étude pour diminuer les coûts de traitements médicamenteux contre le psoriasis. Ces solutions concernent bien des médicaments innovants (thérapies anti-immunes) ainsi que des produits communs et non remboursés comme des huiles de bain, des savons et des shampoings spéciaux. En ce qui concerne ces produits non remboursés, une première proposition a déjà été faite mais les experts ont demandé une révision des indications retenues et de la manière dont le budget allait être utilisé. Cette révision est en cours.

En ce qui concerne les médicaments innovants, comme le Cosentyx et Otezla, la Commission de remboursement des médicaments étudie actuellement ce dossier. Avant de procéder à un éventuel remboursement, il est nécessaire de se fonder sur le rapport de ladite commission.

Le fonctionnement actuel de l'Observatoire des maladies chroniques doit être modifié pour s'adapter aux exigences de la dernière réforme de l'État et du nouveau plan des maladies chroniques. Dans ces conditions, la création d'un groupe de travail spécifique au sein de l'Observatoire n'est pas prévue dans l'immédiat.

Toutefois, les associations Psoriasis-Contact ASBL et Psoriasis Liga Vlaanderen sont représentées à

l'Observatoire des maladies chroniques. L'Observatoire reste l'interlocuteur idéal pour y faire part de toutes les difficultés auxquelles les patients sont confrontés à cause de leur maladie, du traitement utilisé, des conséquences sociales - discrimination, etc.

17.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je constate que plusieurs aspects du dossier avancent. Nous assurerons le suivi de cette question sur cette maladie particulière lorsque nous ferons le point sur les maladies chroniques.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Je vous remercie pour ces deux heures intenses de questions-réponses. Les questions qui restent seront reprises à l'agenda des prochaines réunions de janvier.

La réunion publique de commission est levée à 12.03 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.03 uur.