

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 26 JANUARI 2016

Voormiddag

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

du

MARDI 26 JANVIER 2016

Matin

La réunion publique de commission est ouverte à 10.03 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.03 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur
"l'état d'avancement du projet MyCareNet" (n° 7115)

01 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over
"de stand van zaken van het project MyCareNet" (nr. 7115)

01.01 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, en mai 2015, je vous interrogeais au sujet des problèmes techniques auxquels étaient confrontés les pharmaciens dans l'utilisation des services liés aux plates-formes eHealth et MyCareNet. Je vous avais notamment demandé quelles mesures vous comptiez prendre pour améliorer leur qualité. Vous m'aviez notamment répondu qu'un système de monitoring ainsi qu'une fonction d'audit interne avaient été développés.

Ma question remonte au mois d'octobre. Tant mieux, car nous allons pouvoir vérifier si les choses ont avancé.

Le 15 octobre, l'Association pharmaceutique belge (APB) a partagé ses craintes face au développement du nouveau plan d'action e-Santé que vous aviez présenté la veille. Elle considère que "nombre des projets déployés dans le cadre de ce plan sont voués à l'échec si l'on ne développe pas d'urgence des solutions structurelles permettant de réduire au maximum les risques d'interruption des services liés aux plates-formes eHealth et MyCareNet". L'APB explique qu'au cours de ces derniers mois, les pharmaciens ont été maintes fois confrontés à l'indisponibilité, plus ou moins prolongée, de MyCareNet – au demeurant, j'en ai moi-même été témoin. Or c'est par le biais de cette plate-forme que sont consultées les données d'assurabilité des patients.

Dans bien des cas, les pharmaciens ont été contraints de faire payer les médicaments prescrits au prix plein et de remettre au patient un formulaire lui permettant de se faire rembourser par sa mutuelle. C'est évidemment désagréable pour tout le monde. Cette situation peut constituer un obstacle à l'accès aux soins pour les patients les plus exposés financièrement, d'autant plus que les informations relatives à l'application du maximum à facturer (MAF) en pharmacie sont également communiquées par le biais de MyCareNet. En cas d'interruption de service, le pharmacien ne peut donc pas délivrer gratuitement les médicaments prescrits à un patient ayant dépassé son plafond de dépenses.

L'APB propose deux pistes concrètes et réalistes, qui permettraient de pallier les déficiences de MyCareNet, tout en garantissant l'accès aux données d'assurabilité des patients.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance des problèmes d'accès et de disponibilité des plates-formes permettant les échanges de données entre prestataires de soins? Leur impact sur la qualité des services est particulièrement important. Comment expliquez-vous ces problèmes techniques qui ne sont pas neufs? Plusieurs appels ont été lancés à cet égard.

Enfin, que pensez-vous des pistes de solution avancées par l'APB? Les avez-vous examinées? Les faits remontant au mois d'octobre, quelles sont les actions mises en place depuis lors? Où en est-on aujourd'hui?

01.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chère collègue, j'ai effectivement pris connaissance des récents incidents d'indisponibilité qui ont affecté MyCareNet et suite auxquels les pharmaciens ont été mis en difficulté dans le cadre de leur activité.

La plate-forme eHealth met tout en œuvre afin de garantir au maximum la continuité des services en matière de e-Santé. Elle a présenté à cet effet à son comité de gestion un *business continuity plan* qui limite le nombre de *single points of failure*. Ce plan intègre un ensemble de plans visant à assurer, dans divers scénarios de crise, y compris en cas de chocs extrêmes, le maintien, le cas échéant de façon temporaire et selon un mode dégradé, des prestations de services essentiels et, ensuite, la reprise planifiée des activités. Ces possibles solutions ont notamment été soumises aux équipes techniques de l'APB qui a, entre-temps, formulé un avis positif.

À l'heure actuelle, ces équipes techniques mettent au point des procédures permettant d'éviter au maximum les *single points of failure* ainsi qu'une solution de déviation des partenaires vers un site web d'urgence, en cas de panne importante, ce qui permet de garantir une prestation de services minimum sécurisée pendant les interventions.

Il est évident que je soutiens pleinement ces pistes qui devraient permettre de limiter autant que possible l'impact sur le business d'une indisponibilité de services. Ces pistes seront mises en œuvre en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés, donc y compris avec l'APB.

Je tiens à souligner que ces incidents n'affectent pas les engagements de la plate-forme eHealth en termes de performance et de disponibilité. En effet, en la matière, le pourcentage de 99,50 % est strictement respecté depuis janvier 2015.

Celui-ci fait l'objet d'un monitoring permanent par la section "Service management" de la plate-forme eHealth et par MyCareNet. Ce service surveille en permanence la survenance d'incidents éventuels. Lors d'un incident, une procédure interne est lancée afin de le résoudre au plus vite et de garantir une prestation de service optimale.

En outre, pour ce qui concerne le point d'action 20 se rapportant à la gouvernance, il faut noter que l'implémentation et le monitoring de la *roadmap* e-Santé actualisée reprend une rubrique "Architecture". L'optimisation de l'architecture et du *hardware* est donc un point permanent d'attention de la nouvelle stratégie e-Santé.

01.03 Catherine Fonck (cdH): Merci de votre réponse, madame la ministre. Je me permets une réaction à propos des *single points of failure* que vous évoquez. À certains moments, la situation était tellement compliquée qu'elle s'assimilait davantage à des *multiple points of failure*. Ce qui est évidemment inacceptable que l'on adopte le point de vue du pharmacien ou celui du patient.

Je suis d'accord sur le fait qu'il faille garantir une performance maximale. J'entends le 99,50 % respecté; il faudra vérifier si cela correspond à la réalité du terrain. Le traitement prompt des incidents est également une exigence. La piste d'un site web d'urgence accessible en cas de problème est aussi une excellente piste.

Je reviendrai vers vous sur ces divers sujets. J'aurai une série de contacts avec les pharmaciens, mais je pense que vous avez bien compris que les mesures envisagées sont vitales pour eux comme pour les patients.

01.04 Maggie De Block, ministre: Les pharmaciens sont vraiment les premiers utilisateurs de ces plates-formes. Il est évident que c'est d'abord auprès d'eux que l'on identifie les *single points of failure*.

01.05 Catherine Fonck (cdH): C'est précisément parce qu'on les détecte chez eux qu'il faut réagir le plus vite possible.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

02 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les 'supermarchés' du médicament et des produits de soins" (n° 7204)

02 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de supermarkten voor geneesmiddelen en verzorgingsproducten" (nr. 7204)

02.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, une carte blanche publiée il y a quelque temps dans *La Libre Belgique* soulevait à nouveau la problématique des "supermarchés" du médicament et des produits de soins qui tendent à se développer dans notre pays.

Christian Elsen, pharmacien directeur de la Société scientifique des pharmaciens francophones, et Jean Nève, professeur en pharmacie à l'Université Libre de Bruxelles, y estiment que ces "supermarchés" constituent "un pas en arrière pour nos soins de santé".

Selon ces représentants du monde scientifique, l'arrivée de ces grandes enseignes telles les Medi-Market, qui prétendent offrir des services qu'on ne trouve pas dans les officines pharmaceutiques classiques et ce, à un prix défiant toute concurrence, semble mettre un rideau sur des années de concertation entre pharmaciens, assureurs et responsables politiques.

Dans une approche économique responsable et réaliste, cette concertation a en effet permis de mener des réformes importantes afin de mettre en place un nouveau modèle efficient de distribution des médicaments, et ce, dans le respect des besoins de la population.

Madame la ministre, quel est votre avis sur les inquiétudes exprimées par ces représentants du monde scientifique dans cette carte blanche? Depuis l'implémentation de ces supermarchés du médicament et des produits de soins, des contrôles y ont-ils déjà été effectués?

Une concertation avec les différents partenaires, comme l'Association pharmaceutique belge ou l'Office des pharmacies coopératives de Belgique a-t-elle déjà eu lieu? Si non, pourquoi? Quand pourrait-elle avoir lieu?

Serait-il possible d'évaluer à court terme l'impact de l'ouverture de tels supermarchés en termes de consommation voire de surconsommation de médicaments, mais également en termes d'automédication, et ce, afin de s'assurer de la protection des patients?

Enfin, des initiatives nouvelles sont-elles envisagées concernant la qualité du maillage territorial des officines pharmaceutiques?

02.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, l'expression "supermarché du médicament" dans l'article que vous citez est excessive et sans doute provocatrice. Il n'y a pas de "supermarché du médicament" en Belgique. L'enseigne Medi-Market recouvre deux activités distinctes et physiquement séparées sur les lieux d'exploitation: des pharmacies et des parapharmacies. Les petites et moyennes parapharmacies existent depuis de nombreuses années mais sous différentes enseignes, comme Kruidvat et iU.

Medi-Market n'a donc rien innové dans ce domaine, sinon par la taille des magasins. Ces parapharmacies doivent se faire enregistrer auprès de l'AFSCA, qui est chargée de leur contrôle de par les nombreuses denrées alimentaires à base de plantes et nutriments qui y sont vendus. Elles ne peuvent pas vendre de médicaments. Les deux pharmacies du groupe Medi-Market de Gosselies et de Rocourt ont été contrôlées peu après leur ouverture par des inspecteurs de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et aucun manquement n'a été constaté.

Plusieurs plates-formes de concertation réunissent régulièrement l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et les deux associations professionnelles représentatives que vous avez mentionnées: OPHACO et APB. Le fait que les parapharmacies de l'enseigne Medi-Market ne soient pas autorisées à vendre des médicaments limite l'impact sur la consommation de médicaments ou encore sur l'automédication.

Je suis d'avis qu'il est nécessaire que le pharmacien garde un rôle central dans la distribution des médicaments. Cependant, il est important que le métier de pharmacien, comme les autres métiers associés à la santé, puisse évoluer pour répondre aux besoins des patients. L'encadrement de la vente par internet

en est un exemple.

Nous travaillons activement et œuvrons dans ce sens avec mon administration et les associations des pharmaciens. Voici une semaine, j'ai assisté à une réunion de plusieurs heures avec elles et des membres de l'administration. Nous envisageons de développer un pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique. Nous attendons ses réflexions à cet égard.

02.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos précieuses explications qui sont rassurantes. Aussi, les contrôles effectués n'ont constaté aucun manquement. On peut dès lors se demander pourquoi le pharmacien directeur de la Société scientifique des pharmaciens francophone et le professeur en pharmacie ont écrit cette carte blanche et nous ont alertés, disant que c'était un pas en arrière pour nos soins de santé. À vous écouter, il semble qu'il n'en est rien. Nous verrons quelle sera l'évolution de ce dossier.

02.04 Maggie De Block, ministre: Il faut poursuivre les contrôles. Même s'ils étaient en ordre voici quelques mois, il faut rester vigilant. Il y a une différence stricte entre une pharmacie et une parapharmacie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'euthanasie" (n° 7484)

03 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "euthanasie" (nr. 7484)

03.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous ai déjà interrogée au sujet de plusieurs témoignages sur des cas d'euthanasie évoqués dans la presse. J'avais notamment fait référence à la situation d'une jeune femme de 24 ans qui allait être euthanasiée cet été. Vous m'aviez alors répondu que seule la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, créée par la loi du 28 août 2002 et chargée de vérifier que les euthanasies ont été effectuées dans le respect des normes en vigueur, ou un juge, dispose de la capacité de se prononcer sur la légalité de l'euthanasie.

J'avais déjà un malaise à ce moment-là par rapport au cas de cette jeune femme et surtout sur le fait qu'il y avait une médiatisation orchestrée par un médecin. Je voudrais maintenant vous interroger au sujet de l'euthanasie pratiquée sur une dame de 85 ans, parce qu'elle en avait marre de vivre après le décès de sa fille, trois mois plus tôt. Je ne vous demanderai pas si cette pratique est conforme à la loi relative à l'euthanasie. Ce sera à la justice de trancher, une première en Belgique.

Par contre, madame la ministre, je ressens le même malaise que par rapport au cas de cette jeune femme de 24 ans dont l'euthanasie avait été médiatisée par un médecin. De nouveau dans ce cas-ci - peut-être avez-vous vu ce long reportage présentant l'euthanasie en direct de cette dame -, la médiatisation est orchestrée. Cela me met mal à l'aise.

Quel est votre avis sur ce plan? N'y a-t-il pas des balises à imposer en tant que ministre de la Santé vis-à-vis des médecins sur des médiatisations orchestrées, comme je viens de les évoquer? Est-ce déontologiquement acceptable d'organiser cette mise en scène? On peut évidemment être favorable à l'euthanasie mais à l'inverse, orchestrer une mise en scène telle que celle-là, c'est autre chose. Je voudrais avoir votre avis sur la question.

03.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, comme vous l'avez dit, il revient à la Justice de se prononcer quant à la question de savoir si la manière dont le médecin a agi pour répondre à la demande d'euthanasie de cette dame de 85 ans respectait les dispositions de la loi sur l'euthanasie. En cas de doute, il est logique que la Commission d'évaluation examine le cas. En l'occurrence, c'est la première fois qu'elle a reconnu qu'un dossier n'était pas en ordre.

Ensuite, il relève de la compétence et des missions de l'Ordre des médecins de juger de l'attitude - que je considère comme non déontologique - adoptée par ce praticien dans le cadre de sa participation au reportage télévisé auquel vous vous référez. Tout comme vous, je me sens mal à l'aise quand je regarde des émissions où des patients en fin de vie sont exposés. Je trouve cela choquant car il s'agit d'un moment intime, particulièrement éprouvant pour la famille du patient. Les caméras n'ont pas leur place dans ce genre

de circonstances.

Het getuigt van een gebrek aan respect om daar een camera te plaatsen. Dat is mijn persoonlijke mening. Ik hoop dat ook de Orde van Geneesheren, die toch moet waken over de eer en de waardigheid van het beroep en over het respect ten aanzien van de patiënt, zich daarover zal buigen.

03.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vous l'aviez compris, je partage évidemment pleinement ce malaise. J'ai un profond malaise face à la manière à laquelle cela a été fait. Clairement, cette forme de scénarisation sur la mise à mort d'une dame, je trouve cela choquant voire inacceptable. C'est donc une bonne chose que l'Ordre des médecins se penche sur ce qu'il s'est passé.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre le cancer en Belgique" (n° 8029)

04 Vraag van de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kankerbestrijding in België" (nr. 8029)

04.01 Gautier Calomne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, en décembre 2015, la Fondation Registre du Cancer, dont l'une des missions est de recueillir auprès des hôpitaux et des médecins les données relatives aux cancers diagnostiqués et soignés dans notre pays, publiait ses chiffres pour l'année 2013.

Il en ressort que 65 487 nouveaux diagnostics de cancer ont été enregistrés en 2013, dont 53 % des cas chez les hommes et 47 % chez les femmes. Tout aussi interpellant, la Fondation prévoit qu'en 2025, un volume de 12 000 diagnostics supplémentaires de cancer pourraient être répertoriés annuellement, portant le chiffre actuel à 77 000 cas.

Ces données sont très élevées car elles représentent un diagnostic de cancer toutes les sept minutes dans notre pays! Bien que le dépistage des malades et les soins s'améliorent, les facteurs de risque s'aggravent. De plus en plus de personnes sont touchées et comme chacun le sait, nul n'est à l'abri. Jeunes et vieux, hommes et femmes, enfants et adultes: nous pouvons tous subir l'épreuve de cette maladie.

Madame la ministre, vous en conviendrez, l'ampleur de la maladie et les prévisions de la Fondation sont relativement inquiétantes. Le cancer concerne toute la collectivité et je suis convaincu que dans notre assemblée, chacun connaît au moins un parent, un ami ou une connaissance touché par cette maladie.

Le gouvernement fédéral n'est évidemment pas resté inactif et il a pris ses responsabilités ces dernières années, notamment par la mise en œuvre du Plan Cancer.

À ce propos, madame la ministre, pourriez-vous nous donner, dans les grandes lignes, les priorités stratégiques qui seront déployées l'année prochaine dans le cadre dudit plan? Je pense en particulier à la détection et à la lutte contre les nouveaux types de cancer, mais aussi à l'accompagnement des familles touchées par la souffrance d'un proche. Quelles sont les enveloppes budgétaires afférentes à ce plan?

Outre la dimension curative du cancer, il y a également lieu de renforcer les efforts au niveau de l'information et de la sensibilisation des citoyens. À cet égard, quel bilan tirez-vous des synergies à nouer avec les entités fédérées en termes de prévention? Des programmes novateurs conjoints sont-ils prévus pour les mois à venir?

04.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Calomne, un premier objectif est d'assurer l'accès aux médicaments pour le traitement des cancers. Le pacte d'avenir pour le patient avec l'industrie pharmaceutique que nous avons présenté ici prévoit plusieurs mesures qui bénéficieront également aux personnes touchées par un cancer. Je pense entre autres à la stratégie en matière d'essais cliniques, à la concurrence sur le marché hors brevets, qui sera renforcée afin d'obtenir des prix plus bas à l'avantage du patient et à la collaboration avec les Pays-Bas et le Grand-Duché de Luxembourg pour améliorer l'accès aux médicaments orphelins.

Une deuxième piste consiste à préparer notre pays aux nouveaux défis concernant les diagnostics qui sont

de plus en plus posés à partir de données moléculaires et génétiques. Dans la pratique, le *roadbook next generation sequencing* dans la pratique clinique doit assurer un meilleur diagnostic.

L'ISP, l'INAMI et le SPF Santé publique collaborent afin d'établir un cadre de qualité pour que les laboratoires *next generation sequencing* puissent concentrer ces activités et développer des *joint panels* valables en collaboration avec les acteurs de terrain.

La Commission des mutations somatiques vient d'être installée. Un système de qualité *next generation sequencing* sera en outre développé. Pour ce faire, un investissement d'environ 7,1 millions d'euros est nécessaire. Ce budget est déjà prévu. Le *next generation sequencing* pourra donc être développé.

Au niveau de l'INAMI, les processus de remboursement du Conseil technique médical et de la Commission de remboursement des médicaments seront également synchronisés.

Comme vous l'avez évoqué, la prise en charge psychosociale des patients et de leurs proches est assurée par l'action 10, mesure 1 du Plan cancer, relative au financement des infirmières, des travailleurs sociaux et des psychologues au sein des programmes de soins oncologiques. Ainsi, on compte un onco-psychologue équivalent temps plein pour 250 consultations oncologiques multidisciplinaires. À l'heure actuelle, plus de 330 onco-psychologues sont déjà actifs dans le cadre des programmes oncologiques des hôpitaux.

Vous devez également savoir que suite à la réforme de l'État, la sensibilisation et la prévention relèvent de la compétence des entités fédérées. Néanmoins, des discussions seront encore organisées au niveau du groupe de travail interfédéral Prévention afin de moderniser les différents protocoles d'accord en matière de dépistage précoce des cancers. En effet, en cette matière, il est important de travailler en concertation avec les entités fédérées.

04.03 Gautier Calomne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Une concertation avec les entités fédérées est effectivement indispensable en cette matière, d'autant que le malade ne choisit pas forcément son lieu de résidence.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

05 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évolution du diabète, plus particulièrement de type 2" (n° 7542)

05 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evolutie van diabetes en in het bijzonder van diabetes type 2" (nr. 7542)

05.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, le diabète de type 2 est en constante augmentation et serait responsable de plus de 4 000 décès par an dans notre pays. De plus, de 30 à 50 % des diabétiques ignorent leur maladie, qui peut ainsi progresser sans aucune prise en charge médicale et entraîner de graves complications. Ces chiffres sont alarmants. Je n'ignore pas que l'information et la prévention sont les meilleurs moyens d'enrayer ce type de maladie. Cependant, le dépistage doit également être une priorité. En effet, si le diabète était décelé plus tôt chez les malades, il pourrait être plus facilement gérable et ne pas entraîner des conséquences telles que les complications cardiovasculaires. Une intervention précoce, chez les patients en pré-diabète, pourrait également éviter que ceux-ci passent au stade du "vrai" diabète. Un dépistage efficace et un traitement rigoureux sont pour moi deux facteurs importants, en plus de l'information et de la prévention, pour tendre vers une diminution de cette maladie.

Madame la ministre, il est évident que cette approche demande des moyens financiers et humains assez élevés, mais ceux-ci seraient sans doute moindres que ceux exigés par le traitement de demain et de ces dommages collatéraux. Que pensez-vous de la situation actuelle du diabète de type 2? Quelles mesures efficaces pourraient être mises en place, notamment dans le cadre du Plan "Maladies chroniques", afin d'atteindre un dépistage structuré et un traitement rigoureux pour chaque patient? Une concertation avec les ministres compétents des entités fédérées est-elle prévue dans ce cadre? Quels sont les obstacles rencontrés pour améliorer concrètement la situation?

05.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, selon les données Pharmanet de l'INAMI, 549 personnes ont pris un traitement pour le diabète en 2014. De 2011 à 2014, ce nombre a encore augmenté

de 8,5 %. Pour chaque prescripteur, Pharmanet collecte les données relatives aux médicaments remboursés qui sont délivrés par les officines publiques. Actuellement, il existe plusieurs programmes de prise en charge: les conventions Diabète, le trajet de soins Diabète de type 2 et le passeport Diabète.

Les conventions Diabète visent les patients avec un diabète de type 1 et les patients dans un stade avancé du diabète de type 2 traité par deux injections d'insuline ou plus.

Les patients sont suivis dans un centre de convention du diabète en deuxième ligne par une équipe multidisciplinaire. Ils reçoivent une éducation au diabète, des notions de diététique, du matériel d'autogestion et de la podologie.

Le trajet de soins du diabète 2 vise les patients souffrant d'un diabète de type 2 traités par une ou deux injections d'insuline et ceux pour qui un traitement à l'insuline est envisagé. La prise en charge s'effectue principalement en première ligne. Le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste y collaborent étroitement avec les autres professionnels de première ligne. Les patients qui ont accès à un programme d'éducation au diabète reçoivent aussi du matériel d'autogestion, des notions de diététique et de la podologie.

Les conventions Diabète font l'objet d'une évaluation continue et les trajets de soins ont été évalués en 2013. Tous ces programmes ont montré une amélioration de la qualité des soins. Le passeport Diabète donne accès au remboursement de la diététique et de la podologie.

Une autre initiative est à l'étude pour l'instant: un pré-trajet Diabète. Dans le cadre de l'accord médico-mutualiste, on va investir également dans ce pré-trajet Diabète et ce programme permettra une prise en charge plus précoce des patients avec un diabète de type 2, depuis le diagnostic jusqu'au trajet de soins ou la convention, et une diminution des complications liées au diabète.

Quant au plan conjoint en faveur des maladies chroniques et des soins intégrés pour une meilleure santé, il vise une approche générique et transversale des patients atteints d'affections chroniques. Les projets-pilotes mentionnés dans la première ligne d'action de ce plan seront aussi lancés dans quelques mois, au printemps 2016. Ils ont pour objectif de tester des modalités d'organisation de soins intégrés pour les patients chroniques dans une région déterminée sur base d'une approche de type triple A.

La volonté est de développer des soins intégrés, c'est-à-dire offrant un continuum depuis la promotion de la santé jusqu'aux soins palliatifs. C'est un long trajet, susceptible de concerner à terme l'ensemble des maladies chroniques et non les seules personnes atteintes d'une pathologie spécifique.

Il est clair cependant que la prise en charge précoce des personnes à risque de diabète 2 ou déjà dépistées peut trouver dans ce projet un cadre favorable au développement de modalités plus efficaces.

Pour réaliser des investissements en la matière, on a l'accord médico-mutualiste, ce qui est essentiel. Dès qu'un diagnostic peut être établi, il faut traiter la maladie aussi précocement que possible.

05.03 André Frédéric (PS): Je remercie la ministre pour sa réponse. Je pense que la réponse est rassurante car la ministre reconnaît comme moi qu'il y a une progression du nombre de cas malgré tous les dispositifs mis en place. C'est la preuve que ce n'est pas suffisant. Nous serons donc très attentifs à ce pré-trajet Diabète et aux investissements qui seront faits en la matière dans les mois à venir.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions jointes n° 7731 de M. Alain Mathot et n° 7851 de M. Philippe Blanchart sont transformées en questions écrites.

06 Question de M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité des médecins durant l'exercice de leurs activités professionnelles" (n° 8034)

06 Vraag van de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veiligheid van geneesheren tijdens de uitoefening van hun beroepsactiviteiten" (nr. 8034)

06.01 Gautier Calomne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'annonce par la presse du

meurtre d'un médecin par un patient lors d'une visite à domicile, le 1^{er} décembre 2015, a ému l'opinion publique. Ce tragique événement pose à nouveau la question de la sécurité de la profession médicale. Celle-ci est, en effet, soumise à des risques de violence aussi bien dans le cadre des cabinets de consultation qu'en visite des patients, en raison notamment des sommes d'argent que les médecins transportent avec eux, des demandes insistantes et parfois agressives de prescriptions pour certains produits réglementés, ou encore de patients qui souffrent de maladies psychiatriques.

Selon une récente enquête publiée par la revue *Mediplanet*, deux tiers des médecins affirment avoir déjà subi un acte de violence dans le cadre de leurs activités. Si cette violence est verbale dans 66 % des cas, elle se traduit de façon physique dans le reste des cas. Cela signifie donc qu'un médecin sur cinq a déjà été malmené et victime de coups.

Vous en conviendrez, ces chiffres interpellent! Cette problématique doit être prise à bras-le-corps et il convient d'y trouver des solutions afin d'assurer un maximum de sécurité. Il n'existe, nous en convenons, pas de remède miracle, mais une addition de mesures concrètes peut faire la différence.

Une piste a récemment été évoquée: l'utilisation d'un bouton d'appel spécifique, installé sur un smartphone, que le médecin peut enclencher discrètement afin de prévenir qu'il est en danger. Cet appel à l'aide auprès des services de police se double d'une géolocalisation, qui est censée faire gagner du temps. D'après nos informations, cette installation doit néanmoins encore être testée.

Madame la ministre, j'imagine que les phénomènes de violence envers les médecins vous interpellent. Quelles pistes de solutions envisagez-vous afin d'améliorer la sécurité des médecins? Le lancement d'un plan national de sécurité pour les médecins, défini et mis en œuvre avec votre collègue en charge de la Sécurité, M. Jan Jambon, constitue-t-il une priorité à vos yeux? Quelles autres mesures avez-vous déjà retenues pour mieux lutter contre cette problématique?

06.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Calomne, le meurtre d'un médecin, d'un confrère, par un patient, ce 1^{er} décembre 2015, a ému tous les médecins et moi particulièrement. Certes, tous les médecins et les généralistes en particulier sont confrontés dans une mesure de plus en plus grande à des situations qui peuvent mettre en danger leur intégrité physique, que ce soit au sein de leur cabinet ou dans le cadre de prestations de garde.

L'utilisation d'un bouton d'appel spécifique installé sur un smartphone peut constituer un progrès mais non la panacée. Pouvoir lancer un appel de détresse plus facilement est, certes, positif. Encore faut-il qu'une réponse rapide puisse être donnée à cet appel.

Par ailleurs, il n'est pas réaliste de faire accompagner un médecin de garde par une patrouille de police ou de mettre un policier en faction dans la salle d'attente de chaque cabinet de médecine générale.

Un certain nombre de mesures sont développées pour permettre de limiter le risque pour les médecins concernés. La mise en place d'un numéro unique permet de faire un premier tri dans les demandes de déplacement du médecin de garde et de ne faire déplacer celui-ci que pour les demandes qui sont justifiées. L'adresse et le nom du patient auprès duquel il se rend sont connus.

La mise en place de postes de garde permet de limiter au minimum les déplacements du médecin généraliste dans le cadre de la garde, puisque d'autres solutions sont proposées en fonction de la gravité de la situation. De même, la promotion des pratiques de groupe permet de limiter les risques au sein des cabinets par rapport à une pratique en solo.

Afin d'améliorer encore la sécurité de ces médecins, je poursuivrai ma réflexion pour dégager d'autres mesures concrètes. Je ne manquerai pas de revenir vers vous lorsque celles-ci auront pu être développées avec mon collègue, le ministre des Affaires intérieures, M. Jan Jambon, et les professionnels concernés.

J'ajoute que ce problème important ne concerne pas seulement les médecins. En effet, hier soir, six infirmiers, ainsi qu'un patient, ont été blessés gravement par un patient psychiatrique. Le problème dont question concerne donc tous les prestataires de soins qui se trouvent en première ligne.

06.03 Gautier Calomne (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Comme vous l'avez dit, la problématique dépasse le cadre des médecins, ce que rappelle le fait d'actualité que vous venez d'évoquer. L'opinion publique a été particulièrement touchée. Ce sont des professionnels qui soignent les gens pour permettre à ces derniers de mieux vivre qui sont attaqués dans l'exercice de leurs activités.

Je prends acte du fait que vous travaillez actuellement sur des mesures concrètes visant à renforcer la sécurité et que, dans ce cadre, vous avez l'intention de consulter les professionnels de la santé.

Madame la ministre, disposez-vous déjà d'un échéancier en la matière? Attendez-vous d'avoir pu consulter les professionnels de la santé avant de faire des propositions?

06.04 Maggie De Block, ministre: Ces faits ont été l'occasion pour eux de prendre conscience qu'il allait falloir penser à prendre d'autres mesures. J'attends donc leurs suggestions.

Par ailleurs, il faudra que je travaille en concertation avec mon homologue de l'Intérieur, dans la mesure où la police sera également concernée.

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

07 Vraag van mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het koninklijk besluit van 10 april 1991 met betrekking tot psychiatrische gezinsverpleging" (nr. 8037)

07 Question de Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêté royal du 10 avril 1991 relatif aux soins psychiatriques en milieu familial" (n° 8037)

07.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, het koninklijk besluit van 10 april 1991 creëert een kader voor psychiatrische gezinsverpleging. Op die manier kunnen patiënten opgevangen worden door pleeggezinnen en kunnen zij op een adequate manier verzorgd worden. OPZ Geel is daar een zeer goed voorbeeld van. Een multidisciplinair team van een zorgcentrum of ziekenhuis begeleidt de pleeggezinnen bij hun zorg voor de patiënten.

Het koninklijk besluit regelt niet alleen de gezinsverpleging, maar ook de financiering voor die projecten. Per ligdag krijgen de zorgcentra of ziekenhuizen momenteel een bedrag van 47 euro per dag, waarvan een basisbedrag van 18,95 euro tot 21,70 euro wordt doorgestort naar de pleeggezinnen voor hun zorg. Die financiering gebeurt via het RIZIV. Die bedragen zijn bepaald in 1991 en zijn onderhevig aan een index. Er rijzen wel wat vragen over het feit dat de hoogte van die vergoedingen niet meer aangepast is aan de noden in de psychiatrische hulpverlening.

Mevrouw de minister, in het kader daarvan had ik u graag het volgende gevraagd.

Wat was de vergoeding waarmee er in 1991 effectief gestart werd?

Op welke basis wordt die vergoeding bepaald en wat zijn de parameters?

Wat is uw visie over de hoogte van die vergoeding? Vindt u die aangepast aan de evoluties van de psychiatrische zorg en aan de huidige kosten?

Zult u maatregelen nemen om die vergoedingen aan te passen? Is dat mogelijk? Zo ja, welke maatregelen en welke timing ziet u daarvoor?

07.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Hufkens, de bedragen per dag voor de gastgezinnen bedroegen initieel 500 tot 550 Belgische frank per dag, dus omgerekend zowat 12,50 euro. Het valt niet meer te achterhalen op basis van welke criteria dat forfait in 1991 werd bepaald. De prijs werd inderdaad, behoudens indexering, sindsdien niet meer herzien.

Ik denk dat het inderdaad nodig is om niet alleen de prijs, maar het volledige concept van de gezinsplaatsing te herbekijken in het licht van het nieuwe zorgaanbod dat gecreëerd wordt binnen de zorgcircuits en de netwerken inzake de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, die volgens artikel 107 werden uitgerold. De meerwaarde van die manier van zorg betwijfel ik niet, maar de focus ligt nu eerst en vooral bij de versterking van de artikel 107-netwerking.

De manier waarop de psychiatrische gezinsverpleging conceptueel en financieel in dat plaatje zullen passen, zullen wij met de betrokken ziekenhuizen en ook zeer regionaal moeten bekijken. Immers, zoals u weet, bestaat de psychiatrische gezinsverpleging niet overal.

Wij hebben thans het probleem dat die 107 netwerken nog grote lacunes vertonen. Men noemt dat grijze zones, zones waarin niet in hulp wordt voorzien. Meer bepaald de psychiatrische gezinsverpleging is niet overal uitgerold. Wij moeten dat bekijken, maar dat zal zeer regionaal zijn.

Eerst willen we het probleem van de 107 netwerken aanpakken. Daarbij zullen wij trachten een dekking uit te rollen met het oog op een betere organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Daarna zullen we lokaal onderzoeken hoe en waar de psychiatrische gezinsverpleging daarin kan worden ingepast. Het is zeker een financiële kwestie, maar in het kader van het voortschrijdend inzicht inzake wat er allemaal nodig is bij geestelijke gezondheidszorg, moeten we daar ook rekening mee houden.

07.03 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, ik ben het er volledig mee eens: met het oog op artikel 107 moet een globaal pakket aan maatregelen worden uitgewerkt. Ik vind het fijn dat u dit wil meenemen. Het is misschien een klein deeltje in heel het web van de psychiatrische hulpverlening, maar te oordelen aan het voorbeeld dat ik ken uit Geel, werkt dit heel erg goed. Heel veel mensen nemen psychiatrische patiënten op uit altruïsme en dat is heel nobel. De financiële overweging speelt voor een deel wel mee en dat mag niet worden vergeten als er lokaal met de gezinnen wordt onderhandeld. Ik heb onthouden dat u dit zult doen, waarvoor dank.

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

08 Vraag van mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de plaats van kinderen in de forensische psychiatrische leefeenheden" (nr. 8039)

08 Question de Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la place des enfants dans les unités de vie de psychiatrie légale" (n° 8039)

08.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, jongeren met een psychische aandoening die zich schuldig hebben gemaakt aan delicten, kunnen door de jeugdrechter in een gesloten forensische psychiatrische leefgroep van een zorgcentrum of ziekenhuis worden geplaatst.

Momenteel is de minimumleeftijd in de praktijk om een kind te kunnen opvangen in zo'n leefgroep, 12 jaar. Voor kinderen jonger dan 12 jaar bestaat die mogelijkheid niet. Het staat vast dat ook die groep jongeren nood heeft aan zorg op maat. Men moet toevallig maar 11 jaar oud zijn en ook een delict hebben gepleegd.

Wat is de wettelijke basis voor de minimumleeftijd van 12 jaar?

Welke mogelijkheden zijn er voor delinquenten jonger dan 12 jaar met psychologische problemen? Waar kunnen zij terecht?

Ziet u een mogelijkheid om de faciliteiten met betrekking tot de forensische psychiatrische afdelingen voor kinderen uit te breiden? Zo ja, hoe zult u dat aanpakken?

08.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Hufkens, de voorwaarde tot plaatsing door de jeugdrechter van jongeren met een psychische aandoening die zich ook schuldig hebben gemaakt aan delicten, ressorteert onder de bijzondere jeugdhulp, een materie die werd overgeheveld naar de deelstaten.

In het reguliere geestelijke gezondheidscircuit voor kinderen en jongeren is het ook de bedoeling dat er hulp ter beschikking is van elk kind jonger dan 12 jaar dat daar op de een of andere manier nood aan heeft. Daarvoor is vorig jaar in maart een gids voorgesteld, die momenteel op het terrein wordt geïmplementeerd, met de netwerkcoördinatoren per provincie en één coördinator daarboven, zodat er geen verschillen inzake de kwaliteit van de zorg bestaan, en met de outreachteams, die ook ter beschikking staan van de adolescenten.

Ook op dat vlak werken wij dus aan een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg. Op alle kanalen wordt er ingezet.

08.03 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, de leeftijdsgrens ligt natuurlijk moeilijk, want wat doet men dan met 10- en 11-jarigen? Ik ben blij dat die problematiek is meegenomen in de gids.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le blocage des appels malveillants au centre d'appel unifié" (n° 8084)

09 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het blokkeren van kwaadwillige oproepen door het eenvormig oproepcentrum" (nr. 8084)

09.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, en réponse à une question parlementaire d'un collègue, vous indiquez, en octobre 2015, que votre administration "a collaboré avec le SPF Intérieur et l'Institut belge des services postaux et des télécommunications, afin de créer un cadre légal, qui permettra au centre d'appel unifié de bloquer les appels malveillants. Un accord est intervenu entre les différents partenaires représentant les services de secours. Il n'y a pas de sanction financière prévue mais bien" – et c'est là dessus que je tique – "un blocage de numéros après avoir respecté une procédure de plusieurs avertissements. Le projet d'arrêté royal est actuellement soumis au ministre compétent Alexander De Croo, en charge des Télécommunications."

J'ai recherché cet arrêté royal sans le trouver. Peut-être ai-je mal cherché.

Madame la ministre, qu'en est-il? Quel est le contenu de cet arrêté royal? À la lecture de votre réponse, j'ai été étonnée car si j'ai bien compris, vous étiez d'accord avec M. De Croo et le gouvernement pour bloquer le numéro de téléphone d'un citoyen parce qu'il a appelé indûment le 112. Cela ne va évidemment pas! À quelles conditions? Comment définissez-vous notamment la notion "d'appel malveillant"? Autant il est totalement inadmissible de saturer cette ligne avec des appels malveillants, autant une vraie situation d'urgence qui mérite une réaction rapide de la part de nos services de secours peut survenir. Si ce numéro a été bloqué, ces personnes seraient alors sans aucune possibilité d'appel de secours et donc sans réaction. Madame la ministre, je souhaiterais vous entendre sur ce point.

09.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, je peux vous dire que mes services se sont concertés avec la Direction générale de Sécurité civile, la police fédérale et l'Institut belge des services postaux et des télécommunications au sujet d'un projet d'arrêté ministériel en exécution de l'article 107, § 2, de la loi du 13 juin 2005 relative aux communications électroniques. Un appel malveillant est un appel qui n'aboutit pas nécessairement à une conversation et qui intentionnellement perturbe ou rend impossibles voire plus difficiles les activités habituelles des services d'urgence en occupant la ligne de communication électronique du service d'urgence ou en importunant celui-ci.

Le projet d'arrêté ministériel prévoit que les centres d'appel unifiés peuvent mettre en place et utiliser des mécanismes automatisés de traitement des appels malveillants ou des messages-textes malveillants. Il en décrit les modalités.

Le projet prévoit un enregistrement de numéros d'appel, un système de cascade, qui est caractérisé par plusieurs messages d'avertissement et finalement un blocage d'accès au numéro d'urgence 100 et 112 d'une durée maximale de 12 heures.

Pour le contenu exact du projet d'arrêté, il faut consulter le ministre De Croo, responsable pour l'agenda numérique et la Poste. Bloquer l'accès au numéro d'urgence ne survient que dans des cas exceptionnels. Il y a une cascade d'avertissements leur demandant de raccrocher si ce n'est pas nécessaire. Le danger lorsque le numéro est bloqué est d'empêcher d'autres appels; c'est dangereux pour les autres personnes qui ont besoin d'avoir un accès rapide aux lignes. Apparemment, il y a des gens qui éprouvent du plaisir à bloquer ces lignes. La demande émane vraiment du terrain. Mais il importe de rester vigilant pour donner le maximum d'accès à ces lignes de secours.

09.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Cela signifie que l'arrêté n'est pas encore pris?

09.04 Maggie De Block, ministre: Non! Il est en cours de finalisation.

09.05 Catherine Fonck (cdH): OK. Il est évidemment inacceptable d'avoir des appels malveillants. Il importe de déployer les moyens pour les cesser.

Tant mieux s'il y a une cascade. Mais dans cette cascade, avant de bloquer l'appel, il vaudrait la peine, d'autant plus que ce sont heureusement des cas exceptionnels, d'envoyer la police sur place. Il est facile d'identifier une résidence et une localisation grâce à un numéro. Bannir du 112, même pendant une durée déterminée, quelqu'un qui crie au loup ou fait des appels intempestifs, c'est prendre le risque de passer à côté d'une réelle urgence et d'être responsable, au niveau de l'État. Il y a une question de responsabilité au niveau de l'État si un numéro d'appel a été bloqué volontairement et que suite à cela, un patient dans une situation critique ne peut pas appeler.

Je propose que, dans cette cascade, on envoie la police sur place pour éviter de bloquer ces numéros. Je vous remercie.

09.06 Maggie De Block, ministre: (...) Comme cela, on peut identifier celui qui fait les appels malveillants. Cela va déjà diminuer le nombre de cas.

La **présidente**: Nous allons essayer de nous discipliner dans les temps de parole.

09.07 Catherine Fonck (cdH): Pas de problème, c'est logique. De toute façon, c'était déjà le cas que l'appel soit identifiable. Ok pour la cascade. Mais dans cette identification, il y a la localisation. Je crois qu'il faut envoyer la police sur place avant d'envisager tout blocage. Cela me semble vraiment dangereux. Je vous remercie.

La **présidente**: Nous allons essayer de dire une seule fois les choses, et pas deux ou trois fois la même chose. Dans les répliques, essayons d'être concis.

09.08 Catherine Fonck (cdH): Alors, dans les réponses aussi.

La **présidente**: La remarque vaut effectivement pour tout le monde.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

10 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation par le SPF Santé Publique de la Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool" (n° 8115)**

- **Mme Vanessa Matz à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une campagne publicitaire menée par un groupe brassicole à Louvain-la-Neuve" (n° 8386)**

10 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie door de FOD Volksgezondheid van het Convenant inzake reclame voor en marketing van alcoholhoudende dranken" (nr. 8115)**

- **mevrouw Vanessa Matz aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een reclamecampagne van een brouwersgroep op de campus van Louvain-la-Neuve" (nr. 8386)**

10.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai déjà interrogée à de nombreuses reprises sur l'alcool et, notamment, sur l'évaluation de la Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool.

Un système d'autorégulation du secteur de la publicité des boissons contenant de l'alcool a été mis en place par les représentants du secteur (producteurs, horeca, publicitaires) et par des représentants des consommateurs. Une première convention a été signée en 2005 et une nouvelle en 2013.

À l'époque, vous m'aviez répondu: "Le SPF Santé publique est actuellement en train de finaliser le rapport d'évaluation de la Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool. Celui-ci est en phase de validation et d'approbation. Il me sera transmis pour fin octobre." Il est vrai que j'ai déposé la question depuis un certain temps. Vous terminiez en disant: "Je me positionnerai donc sur

ces questions après avoir pris connaissance des conclusions de mon administration".

Madame la ministre, nous sommes en janvier 2016. Le rapport a-t-il été rédigé par le SPF Santé publique? J'imagine que oui. Avez-vous pris connaissance de ce rapport? Quelles sont les conclusions émises par le SPF Santé publique? Comptez-vous prendre des mesures concrètes pour lutter contre l'usage nocif d'alcool, et singulièrement sur le volet de la publicité? Lorsque l'on voit la récente affaire de la campagne Jupiler, le moins que l'on puisse dire est que les balises de la Convention semblent insuffisantes. J'ai d'ailleurs déposé un texte en la matière afin de légiférer. Il conviendrait de mettre ce contenu dans la loi plutôt que de le garder dans une simple convention. En effet, on voit bien que, tant sur l'interprétation que sur le respect des balises, cette Convention pose largement question.

10.02 Vanessa Matz (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai interrogée lors d'une précédente campagne publicitaire menée par le groupe brassicole. C'était à l'occasion des 24 heures vélo organisées à Louvain-la-Neuve. Ce groupe brassicole a organisé une nouvelle campagne à destination des jeunes en fin d'année. Elle leur offrait une carte de vœux et un *pack* de six bières gratuites en cadeau, accompagnées du slogan "Notre première bonne résolution pour l'année nouvelle: offrir plus de tournées".

Cette pratique me paraît tout à fait scandaleuse! En matière de publicité sur l'alcool, l'autorégulation a largement montré ses limites. Cette nouvelle dérive en offre encore un exemple frappant.

Lors de ma précédente question en avril 2014, vous aviez répondu que votre administration avait introduit une plainte auprès du Jury d'éthique publicitaire et que ce dernier avait estimé que la campagne d'AB InBev ne constituait pas une infraction. Vous aviez également précisé: "La Convention comporte plusieurs dispositions relatives à la publicité pour les mineurs. Je vais examiner avec mon administration si ces mesures sont suffisamment strictes ou s'il serait préférable de les développer. Néanmoins, je suis convaincue qu'une autorégulation efficace peut avoir lieu dans ce secteur. S'il apparaît qu'elle ne l'est pas suffisamment, de nouvelles initiatives réglementaires pourront être envisagées. La consommation nocive d'alcool a un impact substantiellement négatif sur notre santé, notre économie, la sécurité routière, etc. Ce problème a trop souvent été sous-estimé, mais il mérite en effet qu'on lui accorde une juste attention – a fortiori lorsque des mineurs sont concernés."

Madame la ministre, comptez-vous réagir à la publicité que j'ai mentionnée? Ne viole-t-elle pas directement la Convention qui interdit explicitement de cibler les jeunes? Estimez-vous que l'autorégulation soit suffisamment efficace? Si non, quelles initiatives réglementaires comptez-vous prendre, comme vous l'aviez indiqué précédemment? Envisagez-vous d'évaluer et, éventuellement, de revoir cette Convention? Une telle évaluation dans un très bref délai me paraît indispensable. D'une part, l'absence de représentants chargés des questions de santé publique parmi les signataires de la Convention est inquiétante tant les enjeux de santé liés à l'alcool sont nombreux. D'autre part, la publicité dont il est fait mention ici illustre bien le fait que cette Convention ainsi que l'autorégulation ne sont pas suffisantes. Il est donc plus que temps d'agir. Comptez-vous prendre des mesures législatives portant sur la publicité relative à l'alcool?

Enfin, plus généralement, nous pensons que la lutte contre la consommation excessive d'alcool doit se baser sur un plan national global qui impliquerait les différents niveaux de pouvoir et comprendrait des mesures variées, telles que la sensibilisation, la lutte contre l'alcool au volant, des actions relatives à la disponibilité de l'alcool, la publicité, l'étiquetage des boissons alcoolisées et l'amélioration de la qualité des soins pour les personnes souffrant de problèmes liés à l'alcool. Il semblerait qu'un tel plan soit discuté en Conférence interministérielle. Est-ce exact? Pourriez-vous nous donner des informations complémentaires sur ces discussions?

La présidente: Chers collègues, d'autres questions sont inscrites à l'ordre du jour sur le plan Alcool. Mais le fait de joindre ou non les questions sur certains sujets appartient à la ministre dans la rédaction de ses réponses. Le cabinet a joint ces deux questions-là et pas les autres, qui seront donc posées plus tard. Certes, ce serait opportun de grouper les questions par thématique. Le problème, c'est qu'elles ne se suivent pas dans l'ordre chronologique.

10.03 Maggie De Block, ministre: Chères collègues, le SPF Santé publique m'a fait parvenir son rapport d'évaluation de la Convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool.

En Belgique, c'est la Convention d'autorégulation, qui réglemente la publicité pour la publicité des boissons

alcoolisées. Le contrôle en est assuré par le Jury d'éthique publicitaire, qui est une structure privée. Je ne peux m'expliquer sur des cas individuels. Le Jury d'éthique publicitaire a été saisi par mon administration et la procédure est en cours.

En ce qui concerne l'analyse faite par le SPF, les éléments suivants ont été détectés à la suite de cette analyse. Tout d'abord, les plaintes déposées par le SPF Santé publique sont, la plupart du temps, non suivies par le Jury d'éthique publicitaire. Les plaintes des consommateurs sont très peu nombreuses, malgré un système rapide.

Hormis ce système d'autorégulation, d'autres règles restreignant la publicité découlent de la législation régionale. En effet, les entités fédérées détiennent aussi une compétence importante en la matière au travers des médias audiovisuels. Les Communautés wallonne et flamande disposent chacune d'un décret qui impose des mesures de restrictions en matière de publicité.

Un groupe de travail spécifique de la Cellule générale de politique Drogues travaille actuellement à la mise en place d'une politique globale et cohérente sur les questions liées à l'alcool. La question de la publicité y sera également abordée.

10.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, eu égard à ce rapport du SPF Santé publique, il serait intéressant qu'il soit disponible. Est-il possible d'en prendre connaissance? Pouvez-vous demander à votre administration de le mettre sur le site internet du SPF Santé publique ou de l'envoyer aux membres de la commission?

Vous évoquez que selon le rapport d'évaluation, les plaintes des consommateurs sont très peu nombreuses. Cela ne m'étonne pas. Mais c'est un enjeu de santé publique. C'est presque au niveau des ministres de la Santé publique qu'il faut pouvoir repérer les failles, qui clairement existent. Les règles en matière de publicité contenues dans cette Convention ne sont pas entièrement respectées.

Deux choses. Un, je plaide pour que nous allions un pas plus loin et que nous légiférions de façon très claire sur la publicité. Deux, vous avez raison, c'est évidemment en intersection avec les entités fédérées. Mais je crois qu'il faut franchir une nouvelle étape. Dans la Conférence interministérielle, je m'en souviens parce que j'y étais, nous avons mis en place le premier plan Alcool, tous niveaux de pouvoir confondus. Il serait bon maintenant de franchir une nouvelle étape pour faire de nouvelles avancées en matière de lutte contre l'alcoolisme. Je vous remercie.

10.05 Vanessa Matz (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Neuf mois se sont écoulés depuis que je vous ai posé une question sur une campagne précise. Je ne peux que regretter que vous m'apportiez grosso modo le même type de réponse maintenant qu'il y a neuf mois, à savoir: on ne sait rien faire, c'est comme cela, le Jury d'éthique publicitaire existe, etc.

Par ailleurs, vous avez dit que le groupe de travail pour le plan Alcool était mis en place. J'espère qu'il sera efficace et qu'il n'avortera pas au niveau de ses recommandations comme le dernier, puisque je crois me souvenir que des mesures proposées n'ont pas reçu l'aval de tous les partenaires. C'était il y a quelques mois, voire quelques années.

Je trouve vraiment regrettable qu'il ne semble pas y avoir de volonté plus forte de légiférer sur ces matières et d'avancer un peu plus au pas de charge. Neuf mois se sont écoulés et vous m'avez formulé exactement le même type de réponse, presque une réponse défaitiste, en disant qu'on ne peut rien faire contre ce type de campagne publicitaire. Je trouve cela infiniment regrettable. Je vous remercie.

10.06 Minister Maggie De Block: Mevrouw Matz, ik heb wel vertrouwen in de capaciteiten van de mensen die zich willen engageren in de werkgroepen om verder te strijden tegen het alcoholisme. Ik vind het zeer spijtig dat u daar wat mee lacht. U twijfelt aan hun competentie en zegt dat het te lang duurt. Het is waar dat het altijd sneller mag gaan, maar zij werken wel ernstig. Het was nodig dat zij over dit verslag van de administratie konden beschikken, om daarmee verder te kunnen werken. Ik zal met uw groeten aan hen haast en spoed vragen.

10.07 Vanessa Matz (cdH): Je parlais précisément de la publicité. On n'a pas avancé d'un pas. Je sais que le groupe de travail est mis en place pour arriver au plan Alcool, mais en matière de publicité les choses n'ont pas évolué. En attendant, les campagnes continuent de se succéder et chaque fois c'est l'impuissance

par rapport à celles-ci et le fait de constater qu'elles sont dévastatrices.

La **présidente**: Nous reviendrons sur les autres dimensions du sujet à travers les autres questions.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artikel 107 van de wet op ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen" (nr. 8036)
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artikel 107 met betrekking tot de groep 65+" (nr. 8038)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het opstellen van een planning voor artikel 107-projecten" (nr. 8355)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op A-bedden in algemene ziekenhuizen" (nr. 8356)

11 Questions jointes de

- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'article 107 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins" (n° 8036)
- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'article 107 pour les personnes âgées de plus de 65 ans" (n° 8038)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'établissement d'un planning pour les projets article 107" (n° 8355)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les lits A dans les hôpitaux généraux" (n° 8356)

11.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, deze vragen komen altijd van de twee *usual suspects*. Dit betreft ziekenhuizen in het kader van artikel 107. U kent het verhaal, ik doe het niet nog eens helemaal uit de doeken.

U begrijpt dat voor vele kleine regio's en netwerken de huidige herallocatie een probleem kan vormen, daar er zich een tekort manifesteert aan psychiatrische ligplaatsen, die immers kunnen worden bevroren. Men kan op dit moment spreken over een ongelijke verdeling en bijbehorende ongelijke financiering van kleinere regio's zoals in Antwerpen en Oost-Vlaanderen. Vele netwerken maken zich dan ook zorgen over de opstartfinanciering die zou wegvallen, wat de financiering bemoeilijkt en de start van projecten om de blinde vlekken op te vullen, ook bemoeilijkt. In uw antwoord op mijn vorige vraag hierover sprak u over een overgangsfase voor de bestaande projecten en een planning in overleg met de deelstaten en diverse federaties uit de geestelijke gezondheidszorg.

Mevrouw de minister, hoe zult u de problematiek aanpakken van de ongelijke verdeling in de regio's waar er te weinig psychiatrische ligplaatsen beschikbaar zijn om nog extra bedden te kunnen bevroren? Is er al een planning daarvoor? Welke hulpmiddelen en instrumenten kunt u de netwerken aanreiken om de herallocatie te bevorderen?

De volgende vraag gaat over de uitbreiding van artikel 107 naar 65+. Vandaag hebben we gewoon artikel 107 voor personen tussen 16 en 65 jaar. Nadien werd de focus uitgebreid en kwamen ook –16-jarigen aan bod. Het is een open deur intrappen: de bevolking vergrijst meer en meer en psychiatrische aandoeningen komen meer en meer voor bij oudere mensen. Momenteel is er nog geen focus op 65-plussers om ook die mensen de kans te bieden op verzorging in een niet-residentiële omgeving.

Is er een reden waarom er nog geen projecten in het kader van artikel 107 zijn uitgerold voor 65-plussers? Welke initiatieven kunt en zult u nemen om de ontplooiing van die netwerken te bevorderen? Wat is het tijdspad daarvoor?

11.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik zal het kort houden, want collega Hufkens heeft al een en ander gezegd.

In het kader van de planning van artikel 107 hebben we al een paar keer van gedachten kunnen wisselen. In het regeerakkoord hebben wij samen geschreven dat wij, vooral in het kader van artikel 107, verder willen werken aan een structurele verankering en ook aan een gebiedsdekkende werking. U spreekt zelf altijd over

verdiepen en verbreden, wat ook logisch is, want we zien vandaag dat er van de vijf functies in verschillende regio's nog heel wat niet zijn ingevuld.

U hebt ook gesproken over een evaluatie, waar wij ook naar gevraagd hebben. In oktober hebben we daarover ook al van gedachten kunnen wisselen.

Er liggen ook nieuwe plannen op tafel over de inzet van mobiele equipes. Collega Hufkens heeft daaromtrent al verwezen naar de acht voltijdse equivalenten per 100 000 inwoners. Daarbij hoort ook het wegvallen van een deel van de opstartkosten.

Mevrouw de minister, omtrent de begroting hebt u gezegd dat u die ideeën verder wil uitwerken en dat u daarover ook met de sector wil overleggen. Daarom had ik graag van u geweten waar we vandaag staan. Betekent dat overleg dat er nog enkele projecten starten? Wij waren toen namelijk van plan om dat in twee helften op te splitsen. Betekent dit dat de eerste lichting dit jaar al aan bod zal komen? Hebt u al overleg gepleegd met de sector en met de regio's? Graag had ik van u daaromtrent een stand van zaken gekregen.

In de agenda is daaraan ook mijn vraag nr. 8356 gekoppeld, al weet ik niet goed waarom, want vorige week was die daar niet mee samengevoegd en nu plotseling wel. Dit is eerder een technische vraag over het moratorium op A-bedden in het koninklijk besluit van 23 november 2015.

Het koninklijk besluit van 23 november 2015 bepaalt dat het aantal A-bedden in algemene ziekenhuizen niet mag worden verhoogd per dienst per ziekenhuis. Voor verschillende ziekenhuizen is die beslissing onverwacht gekomen. Sommige ziekenhuizen hadden al een planningsvergunning op zak voor bijkomende A-bedden, maar waren nog niet in de fase van operationalisering.

Het moratorium zou niet alleen gelden voor de grote A-bedden maar ook voor de kleine A-bedden.

Mevrouw de minister, wat is de reden van het opleggen van een moratorium voor de grote en de kleine A-bedden in algemene ziekenhuizen? Is dat een tijdelijk of een definitief moratorium?

Hebt u daarover met de Gemeenschappen overlegd?

In welke maatregelen voorziet u voor de ziekenhuizen die al een planningsvergunning op zak hadden? Komen er al dan niet overgangsmaatregelen?

11.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Muylle, deze vragen werden gegroepeerd omdat ze toch met elkaar te maken hebben.

Het is inderdaad zo dat er een historisch gegroeide ongelijke spreiding is van de geestelijke gezondheidvoorzieningen in ons land.

In mijn vorig antwoord sprak ik al over de blinde vlekken en de grijze zones daarin. Daardoor hebben sommige netwerken inderdaad meer moeilijkheden om reconversies van de aanwezige psychiatrische residentiële capaciteiten te doen dan andere.

Ik ben het niet eens met uw stelling omtrent het uitdovend karakter van de opstartmiddelen. De opstartmiddelen waren bedoeld om gedurende de eerste vijf jaar de netwerken te laten opstarten. Als men nieuwe netwerken wil opstarten om die blinde vlekken dicht te rijden, moet men terug opstartmiddelen kunnen geven.

Het is niet de bedoeling dat opstartmiddelen ad vitam aeternam blijven duren. Een geboortepremie krijgt men ook maar een keer. Wij kunnen dat geld niet herinvesteren in nieuwe projecten als anderen van die opstartmiddelen blijven gebruikmaken om hun werking te subsidiëren. Dat is het probleem.

De interkabinettenwerkgroep Taskforce GGZ buigt zich momenteel over de globale visie en de toekomst van de geestelijke gezondheidshervorming voor volwassenen en werkt ook een nieuwe kadertiming uit voor de uitbreiding en de verdieping van de artikel 107-netwerken.

Omdat de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg een gemeenschappelijk project is met de Gewesten en Gemeenschappen, werd afgesproken om hierover op 25 januari met de sector en de

koepelorganisaties te communiceren.

Het is dus de bedoeling om de koepelorganisaties en de sector blijvend te betrekken in het verder uitstippelen van de beleidslijnen voor de verdieping en verbreding van de artikel 107-netwerken.

In dit kader werd de IKW GGZ door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid belast om reeds na te denken over de creatie en de rol van de nieuwe overlegorganen.

Aan de koepelorganisaties werd ook gevraagd een voorstel te formuleren over de samenstelling van dergelijk overlegorgaan. Eveneens zal dat worden besproken tijdens de ontmoeting van 25 januari 2016.

In antwoord op de vragen over het moratorium kan ik melden dat een dergelijke maatregel doorgaans wordt ingevoerd om zo snel mogelijk de veelvuldige oprichting van een bepaald soort ziekenhuisbedden een halt toe te roepen. Nu is dat niet anders.

Er werd vastgesteld dat heel wat algemene ziekenhuizen momenteel aanvragen indienen, om C- en D-bedden naar A-bedden te reconverteren, zodat zij niet langer aan een ligduurbepanking gebonden zijn en een verantwoord karakter moeten hebben.

Op zich is niks mis met dergelijke reconversies. Alleen moeten hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg niet door elk ziekenhuis afzonderlijk worden genomen. Ze moeten in een sfeer van overleg op netwerkniveau plaatsvinden. Het zijn immers precies die netwerken per provincie en soms ook provincieoverschrijdend die er de meerwaarde van zullen bieden ter versterking van de ontwikkelingen binnen de artikel 107-netwerken.

Het is dan ook niet wenselijk dat nog bijkomende reconversiemaatregelen worden getroffen, waarbij nieuwe psychiatrische ziekenhuisbedden worden opgericht en waarbij die beslissing autonoom en zonder voorafgaand regionaal overleg door ziekenhuizen wordt genomen.

De invoering van een moratorium wil daaraan dan ook paal en perk stellen. Het is voor onbepaalde tijd van kracht en kan op elk moment worden opgeheven, indien de nood aan beperking niet langer bestaat.

Het is dus de situatie even on hold zetten en bekijken op welke manier wij ons zullen organiseren. Wij kunnen echter niets organiseren, wanneer tegelijkertijd door reconversie nog overal kriskras bedden worden bijgemaakt.

De gemeenschapsoverheden werden over de invoering van het moratorium geïnformeerd, wat niets te maken heeft met een erkenningnorm maar wel met een programmatietechniek met als doel het gezondheidszorgaanbod te regulariseren.

Ik wil er ook op wijzen dat het koninklijk besluit voor advies aan de Raad van State werd voorgelegd. De Raad van State heeft bij de bevoegdheid van de federale minister geen opmerkingen geformuleerd.

De invoering van een moratorium is een maatregel die op een bestaande, ongewenste realiteit inspeelt en een snel en kordaat optreden vereist.

Er werd niet in overgangsbepalingen voorzien, omdat die de ratio legis van de maatregel zouden ondermijnen.

Destijds werd ervoor gekozen om in een eerste fase in projecten voor jongvolwassenen van zestien jaar en/of volwassenen te voorzien. De filosofie van de hervorming en het werken met netwerken en zorgcircuits zal zeker geen enkele leeftijdsgroep uitsluiten. Elke beleidskeuze en investering dienen ertoe om een divers zorgaanbod dat aansluit op de noden van alle patiënten, te verstrekken.

Uit de interministeriële conferentie voor volksgezondheid werd eerst en vooral duidelijk dat er voor kinderen en jongeren dringend een visie nodig was. Dat heeft geleid tot de uitwerking en ondertekening van de gids "Naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren". Jaarlijks investeer ik dan ook een extra budget van 21,4 miljoen euro aan de implementatie van deze gids en om deze hervorming te doen slagen. 2016 zal zeker in het teken staan van de verdere uitbouw van de verschillende zorgprogramma's voor kinderen en jongeren, maar ook van de verdieping en uitbreiding van de netwerken volgens artikel 107.

Zoals wij hadden afgesproken, krijgen die een structureel karakter en worden ze niet van jaar tot jaar verlengd.

Om een antwoord te kunnen geven op de specifieke noden die eigen zijn aan de verouderende groep binnen onze samenleving, ook binnen de groep van psychiatrische patiënten, heb ik het Kenniscentrum gevraagd om hierover ook een uitgebreide behoeftenstudie uit te voeren. Op basis van de resultaten van deze studie kan er in samenspraak met de Gewesten en Gemeenschappen aan beleidsvoorstellen worden gewerkt. Deze moeten leiden tot een hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, specifiek gericht op de doelgroep van oudere mensen. Een deel van deze groep personen bevindt zich nog in zijn woning, maar een ander deel in serviceflats, residentiële opvang en rusthuizen. Ook daar is er veel overleg nodig met alle Gemeenschappen.

11.04 Renate Hufkens (N-VA): Eerst en vooral een vraag tot verduidelijking, want we hebben het allebei niet goed verstaan. Gebeurde die communicatie op 25 januari, dus gisteren? Kan dat?

11.05 Maggie De Block, ministre: Je n'ai pas encore rencontré les conseillers présents. La réunion a effectivement été organisée mais je leur donne quand même un délai de quelques heures pour rédiger leur note.

La **présidente:** Par ailleurs, madame la ministre, nous avons prévu de refaire le point sur la réforme de l'article 107 dans les semaines ou les mois qui viennent.

11.06 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, inzake de uitbreiding naar 65-plussers begrijp ik de noodzaak van een globaal plan. Er werd al heel wat werk verzet met betrekking tot jongeren. Ik ben blij dat u ook onderkent dat de groep van 65-plussers niet zal afnemen maar enkel zal groeien, ook wat psychiatrische patiënten betreft. Er moet dus effectief werk worden van gemaakt.

Ik kijk zeker uit naar het onderzoek van het kenniscentrum. Weet u wanneer dat onderzoek afgerond zal zijn?

11.07 Minister Maggie De Block: Het is in de planning opgenomen, maar ik kan u nu geen datum geven.

11.08 Renate Hufkens (N-VA): Dan kom ik daar later nog op terug.

11.09 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik kom zeker nog terug op de informatie die aan de sector is meegedeeld. Op mijn vraag over het moratorium van de A-bedden was uw antwoord zeer duidelijk, waarvoor dank.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Samengevoegde vragen van

- de heer Brecht Vermeulen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hulpverlening door anderstalige MUG-teams in grensgemeenten" (nr. 8041)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het taalgebruik in de dringende geneeskundige hulpverlening" (nr. 8085)

12 Questions jointes de

- M. Brecht Vermeulen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide apportée par des équipes du SMUR allophones dans les communes frontalières" (n° 8041)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'emploi des langues dans le cadre de l'aide médicale urgente" (n° 8085)

12.01 Brecht Vermeulen (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de problemen met Nederlandsonkundige MUG-teams uit Wallonië en Brussel, die de weg niet vinden in het Vlaamse landsgedeelte of die een patiënt niet begrijpen, zijn bekend en blijven sinds lang aanslepen.

In december 2015 kwam er bij de noodcentrale 112 in Brugge een oproep binnen voor iemand met hartproblemen in een deelgemeente van Kortrijk. Er zou onmiddellijk een ambulance komen uit Kortrijk en een spoedarts uit Moeskroen. Terwijl de ambulance zeer snel aanwezig was, moest het slachtoffer wel lang

wachten op de spoedarts uit Moeskroen, in die mate zelfs dat de ambulance de toestemming kreeg om alleen te vertrekken met de patiënt naar het ziekenhuis in Kortrijk, zonder dat de spoedarts de patiënt had onderzocht. Onderweg kwam de ambulance de spoedarts tegen, maar toen bleek dat de dokter noch de verpleger enige kennis hadden van de Nederlandse taal.

De lokale media berichtten uitvoerig over dat voorval. Volgens sommige bronnen zou er een voorstel klaarliggen bij de federale overheid dat bepaalt dat bij anderstalige MUG-diensten minstens één persoon de andere landstaal moet kennen. Volgens de federale gezondheidsinspecteur voor West-Vlaanderen is het een raadsel waarom het soms zo lang duurt voor de MUG-teams uit Moeskroen ter plaatse zijn. Hij hoopte dat er snel beterschap zou komen in de communicatie.

Mevrouw de minister, in juni 2015 heb ik u al een vraag gesteld over een soortgelijke problematiek. Toen antwoordde u dat de dringende medische hulpverlening wel meer omvat dan alleen de taalkwestie en dat u een en ander zou evalueren. U had aan de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening een duidelijk advies gevraagd. Er werden werkgroepen samengesteld en u verwachtte in het najaar van 2015 een geconsolideerd advies, waarop u uw beleid verder zou uitstippelen.

Ik heb de volgende vragen.

Ten eerste, klopt het dat de federale overheid een regeling uitwerkt waarbij in anderstalige MUG-diensten minstens één persoon de andere landstaal moet kennen? Is er daarover overleg geweest met MUG-diensten uit de grensgemeenten? Kunt u een timing geven voor het invoeren van die maatregel?

Ten tweede, kunt u het advies van de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening toelichten, met specifieke aandacht voor de problemen van anderstalige MUG-teams? Welke beleidsmaatregelen zijn reeds uitgewerkt of komen er nog aan? Hoe zult u het probleem aanpakken?

12.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag is vrijwel identiek aan die van collega Vermeulen en om tijd te besparen zal ik ze niet herhalen.

Le président: C'est bien!

12.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Muylle, u werd wellicht door dezelfde personen gecontacteerd als de heer Vermeulen. Het siert u beiden dat u die kwestie aankaart.

De problematiek die u aanhaalt, werd inderdaad reeds bij de regeringsvorming geïdentificeerd als een werkpunt en opgenomen in het regeerakkoord. In mijn beleid staan de keuzevrijheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit voor de burger altijd centraal. De dringende geneeskundige hulpverlening is echter een setting waarbij er op basis van een risico-inschatting voorrang wordt gegeven aan een adequate en snelle hulpverlening met een gegarandeerd niveau van kwaliteit. Daardoor wordt de keuzevrijheid soms ook van ondergeschikt belang.

Mijn administratie beschikt niet over cijfers aangaande het aantal klachten. Het is echter niet mogelijk gebleken om de voorliggende problematiek te isoleren als een losstaand element binnen de dringende medische hulpverlening, omdat deze al start bij de noodoproep en eindigt bij de opvang binnen een wachtpost of op een spoedgevallendienst. Mochten wij dat probleem gefractioneerd aanpakken, dan zou het eigenlijk niet in zijn geheel worden opgelost. In de algehele aanpak van de niet-planbare zorg en de actualisering van de regelgeving, de financiering en de programmatie van de dringende geneeskundige hulpverlening, waar wij momenteel aan werken, wordt het wel in zijn geheel opgenomen.

Zoals u weet, heb ik ook middelen vrijgemaakt ter ondersteuning van de dringende geneeskundige hulpverlening, waarbij er op het terrein inderdaad nogal wat zaken niet door de beugel kunnen.

Gesterkt door de adviezen van de Nationale Raad voor de dringende geneeskundige hulpverlening werk ik dan ook samen met de administratie en met de minister van Binnenlandse Zaken — u toch welbekend, mijnheer Vermeulen — aan een onderbouwd plan van aanpak voor de gehele keten van de niet-planbare zorg.

Het is dus echt de bedoeling om niet alleen naar één probleem te kijken. Er is immers nogal wat mis met de niet-planbare zorg in ons land. U haalt terecht de problemen van West-Vlaanderen aan, maar die problemen

bestaan jammer genoeg in alle provincies.

12.04 Brecht Vermeulen (N-VA): Mevrouw de minister, ik begrijp heel goed dat u de problematiek niet gefractioneerd wilt aanpakken. Niemand vraagt dat ook, maar het staat natuurlijk in het regeerakkoord om een reden. Het is niet de eerste keer dat het dossier in het Parlement wordt behandeld. Wij kunnen van het thema bijna een regelmatigheidscriterium maken.

In Vlaams-Brabant – uw provincie – is het thema ook bekend. De burgemeesters van Tervuren en Overijse hebben zeer recent nog over hetzelfde probleem geklaagd. In Vlaams-Brabant werkt men samen met Brussel, in Zuid-West-Vlaanderen met Moeskroen. Brussel is officieel tweetalig, Moeskroen is een faciliteitengemeente. De taalproblematiek zou dus eigenlijk in beide gevallen geen beletsel mogen zijn voor een goede hulpverlening. Het is spijtig genoeg nog altijd het geval.

Ik wil er enkel nog op wijzen dat een collega van de partij van mevrouw Muylle er in de commissie voor de Binnenlandse Zaken op aandrong om in een gemeenschappelijke vergadering van de commissies voor de Binnenlandse Zaken en de Volksgezondheid rond de problematiek samen te zitten.

12.05 Minister Maggie De Block: Doe maar. Ik wil toch zeggen dat mijn medewerkers continu samenwerken met de medewerkers van minister Jambon, wat in het verleden niet het geval was. Zij zijn met hetzelfde bezig. Er zal dus geen plan van Volksgezondheid en een plan van Binnenlandse Zaken komen. Zo zullen wij ons een hoop miserie besparen.

12.06 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik volg uw visie. Misschien is de inslag van de heer Vermeulen iets meer communautair. Mijn inslag is vooral het aanbieden van goede zorg aan de patiënt. Dat is bij u ook het geval, denk ik. Daarom is het belangrijk dat patiënten in hun eigen taal kunnen zeggen wat er niet goed gaat en dat hulpverleners dat begrijpen en dan kunnen ingrijpen. Ik begrijp dat u daaraan werkt.

U zegt heel terecht dat er heel wat problemen zijn in het kader van de dringende medische hulpverlening. Dat is volgens mij een dossier dat wij niet los kunnen zien van de hervorming van de spoeddiensten. Daar loopt immers ook heel wat verkeerd. In die zin kunnen wij alleen maar uitkijken naar wat de toekomst brengt. Wij hopen snel plannen op tafel te zien die de situatie kunnen veranderen.

La **présidente**: Cela fait longtemps qu'on parle de cette collaboration entre l'Intérieur et la Santé.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Interpellation de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le non-renouvellement de projets menés dans le cadre Plan national Cancer" (n° 96)

13 Interpellatie van de heer André Frédéric tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het feit dat de projecten in het raam van het Nationaal Kankerplan niet worden hernieuwd" (nr. 96)

13.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, selon les chiffres de la Fondation Registre du Cancer, 65 487 nouveaux diagnostics de cancer ont été enregistrés en 2013. S'il était encore nécessaire de le démontrer, ces chiffres prouvent que la lutte contre le cancer doit rester une priorité de santé publique. J'ai eu l'occasion de vous interroger à plusieurs reprises concernant la poursuite de la mise en œuvre du Plan national Cancer lancé en 2008 et cela a également été le cas lors de nos échanges relatifs à votre note de politique générale.

Ce plan constitue véritablement un pilier de notre politique de lutte contre le cancer. Il est important de le rappeler. Il ne contient pas moins de 32 mesures concrètes qui concernent la prévention et le dépistage, les soins, les traitements, le soutien aux patients et la recherche. Ce sont des axes essentiels pour faire reculer cette maladie, pour continuer à améliorer la vie des personnes touchées et pour permettre une médecine toujours plus innovante en la matière.

Dans le cadre de cet important Plan national Cancer, différents appels à projets avaient été lancés et différents projets-pilotes avaient ainsi obtenu un soutien financier important par le biais des conventions INAMI conclues avec le SPF Santé publique. Aujourd'hui, il me revient que différents projets et conventions mis en place dans le cadre de ce plan ne seraient pas poursuivis, en raison de décisions budgétaires prises par votre gouvernement. C'est apparemment le cas du soutien financier jusqu'ici accordé aux banques et

aux unités de thérapie cellulaire pour les cellules souches hématopoïétiques et de sang de cordon. Si cela s'avère exact, cela constituerait un réel désinvestissement de votre part dans la lutte contre le cancer, ce que mon groupe ne pourrait ni comprendre ni accepter.

Avant de tirer des conclusions hâtives, je m'autorise donc quelques questions précises.

Madame la ministre, confirmez-vous avoir mis fin à certaines conventions établies jusqu'ici dans le cadre du Plan national Cancer en raison de coupes budgétaires que vous imposez aux soins de santé? Si oui, cette non-reconduction de conventions concerne-t-elle uniquement les banques de cellules souches et de sang de cordon ou concerne-t-elle d'autres types de conventions? Combien de conventions établies dans le cadre de ce plan ne seraient-elles pas renouvelées? Quels types de projets spécifiques ces conventions non renouvelées recouvrent-elles? Quelles économies comptez-vous dégager suite au non-renouvellement de ces conventions? Qu'en sera-t-il des mesures qui ne seront plus financées lorsque les structures hospitalières qui les ont mises en place ne pourront plus les poursuivre sur fonds propres? Ne craignez-vous pas que ce désinvestissement aille clairement à l'encontre d'une politique de lutte contre le cancer efficace et volontariste?

13.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, tout d'abord, votre information n'est pas correcte. Quant à savoir ce que rapportent les journaux, nous avons également été contactés pour fournir une réponse, mais je respecte trop le parlement pour jeter des informations en pâture aux médias. Quand un membre de la Chambre m'adresse une question, je donne la réponse en commission de la Santé publique et pas un jour plus tôt dans les journaux. Je respecte les parlementaires en toutes circonstances.

La réponse à votre première question est négative. Les autres sont dès lors sans objet. Mais je vais tout de même vous dire ce que nous faisons parce que vous avez l'air d'être très intéressé.

Il est évident que la lutte contre le cancer reste une priorité de la politique de la santé publique. Le Plan national Cancer, initialement prévu pour la période 2008-2010, a été poursuivi et élargi avec des mesures supplémentaires, déjà depuis 2011.

La majorité des actions du Plan national Cancer ont été réalisées. Ce sont à présent des mesures structurelles. Ces actions se sont poursuivies et les actions de type "projet-pilote" pour la période 2012-2015 se sont terminées en juin 2015. Les moyens encore disponibles seront réinvestis dans d'autres mesures, comme le projet *Next generation sequencing* dont la clinique pratique de l'oncologie est un des exemples.

Suite à une erreur administrative, il a effectivement été mis fin aux contrats avec les banques de sang de cordon et les banques de cellules souches, à partir du 1^{er} janvier 2016. Dès que nous en avons été avertis, les centres ont été mis au courant et ont reçu une lettre précisant que les contrats prendront fin ultérieurement, lorsque la modification de la nomenclature sera entrée en vigueur, et donc pas au 1^{er} janvier 2016.

La continuité était votre souci, mais elle est présente.

L'objectif, tel qu'expliqué dans ma note politique programmée 2015-2016, était de parvenir à un financement de ces banques qui corresponde mieux à l'activité réelle de ces centres. Aujourd'hui, il s'agit d'un financement forfaitaire qui ne tient ni compte du niveau d'activité, ni de la performance de chaque centre. Ce financement est assuré par le biais de conventions, dans le cadre du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Afin de mieux répondre aux besoins du terrain, il conviendra de modifier les conditions de la nomenclature des prestations de santé, de manière à ce que l'activité réelle et la performance des centres soient prises en compte.

Ces modifications seront développées en concertation avec les acteurs de terrain et les discussions à ce sujet débiteront au cours du premier trimestre 2016.

Déjà en 2007, lors des auditions au Sénat, la remarque avait été formulée: la classe politique devait faire attention à la prolifération des banques de cellules et de tissus humains. Les banques en Belgique sont parmi les plus petites d'Europe. Le Centre du Cancer de l'ISP a calculé qu'il y a une unité "cellules souches" pour 745 habitants en Belgique, contre une banque pour 919 habitants en France, et une sur 1,5 million d'habitants en Allemagne.

Afin d'assurer l'accès aux thérapies sur la base de cellules souches, le Plan national Cancer français de 2014 à 2019 plaide pour améliorer l'efficacité des banques.

En bref, une modification de la politique concernant les mécanismes de financement est donc souhaitable en Belgique et sera nécessaire pour aboutir à des banques performantes, plus durables et viables à long terme, au profit des soins administrés aux patients.

13.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Je ne peux pas m'empêcher de réagir aux remarques qui ont été formulées au préalable. La première concerne le fait que les journalistes s'y intéressent. Il est encore fort heureux que, dans ce pays, les journalistes regardent l'ordre du jour d'une commission, s'intéressent à un sujet et posent des questions préalables. Je suis sûre que, dans votre longue carrière de parlementaire, cela vous est également arrivé.

Il ne me semble pas anormal que nous travaillions en toute transparence. Mme la ministre ne devrait pas être gênée, puisqu'elle me dit que mon information est incorrecte.

L'objectivité à laquelle vous devez vous tenir, madame la ministre, et que vous avez exprimée très partiellement, doit vous conduire à admettre que, même si le courrier date du 27 novembre et que mon interpellation a été déposée en décembre, ce message était d'une précision terrible et d'une froideur effarante. Il y était indiqué à l'intention d'une institution hospitalière: "Nous vous informons que le gouvernement, dans le cadre des décisions budgétaires, a décidé de mettre fin, à partir du 1^{er} janvier 2016, à la convention concernant la mise en œuvre du Plan national Cancer".

Vous savez combien nous sommes constructifs dans cette commission chaque fois que nous le pouvons. Vous ne pouvez donc pas nous reprocher de jouer notre rôle de contrôle parlementaire! Il n'est pas illogique qu'un député s'inquiète en découvrant la froideur d'un tel document. J'ignore, au demeurant, si mes collègues l'ont également reçu.

Pour être sûr de bien vous comprendre et pour éviter que vous me disiez, par la suite, que je déforme vos propos, vous comptez modifier le mode de financement pour le rendre structurel à terme. L'ouvrage est sur le métier pour l'instant. Si je vous ai bien entendue, ce que j'appelle une lettre, et vous "une erreur administrative", ne mettra pas en péril la période allant du financement actuel au futur mode de financement.

Je vous remercie de votre réponse et reste attentif aux suites qui seront données à ce dossier. Nous sommes unanimes à reconnaître la pérennisation du Plan national Cancer comme une préoccupation essentielle. C'est pourquoi je dépose une motion de recommandation qui enjoint le gouvernement à continuer de diriger, dans la lignée des précédentes législatures, une politique efficace et volontariste de lutte contre le cancer, de dégager le plus rapidement possible le budget nécessaire pour aider à la poursuite des projets-pilotes menés dans le cadre du Plan national Cancer élaboré en 2008 et d'en continuer la mise en œuvre afin de permettre son évaluation et son actualisation si nécessaire.

Moties

Motions

La **présidente**: En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.
Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Une motion de recommandation a été déposée par M. André Frédéric et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de M. André Frédéric

et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

demande au gouvernement

- de continuer, dans la lignée des législatures précédentes, à mener une politique de lutte contre le cancer efficace et volontariste;

- de dégager le plus rapidement possible le budget nécessaire pour permettre la poursuite des projets-pilotes menés dans le cadre du Plan cancer;

- de continuer à mettre en œuvre le Plan cancer élaboré en 2008, de permettre son évaluation et son actualisation si cela s'avère nécessaire."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heer André Frédéric en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van de heer André Frédéric

en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

verzoekt de regering

- een efficiënt en krachtadig beleid ter bestrijding van kanker te blijven voeren, geheel in de lijn van het beleid tijdens de vorige legislaturen;
- zo snel mogelijk de nodige middelen uit te trekken voor de voortzetting van de pilootprojecten in het kader van het Kankerplan;
- het in 2008 uitgewerkte Kankerplan verder te implementeren, en de evaluatie en indien nodig ook de actualisering ervan mogelijk te maken."

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Renate Hufkens, Nathalie Muylle et Yoleen Van Camp et par M. Dirk Janssens.

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Renate Hufkens, Nathalie Muylle en Yoleen Van Camp en de heer Dirk Janssens.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

Je donne la parole à Mme Fonck pour sa question n° 8116 sur l'accès aux moyens contraceptifs.

13.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, il s'agit d'une question de suivi et d'information; je propose donc de la transformer en question écrite.

La **présidente**: Je poserai ma question n° 8134 sur les psychomotriciens à la place de ma question n° 8689, que je poserai après les questions 'alcool'; ainsi toutes les questions ayant trait à l'alcool seront regroupées.

14 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gesjoemel met niet-uitgevoerde prestaties" (nr. 8167)

- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de fraude in de gezondheidszorg" (nr. 8204)

- de heer David Clarinval aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de door het RIZIV aan het licht gebrachte fraude" (nr. 8726)

14 Questions jointes de

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les pratiques frauduleuses relatives à des prestations non exécutées" (n° 8167)

- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fraude dans le secteur des soins de santé" (n° 8204)

- M. David Clarinval à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les fraudes détectées par l'INAMI" (n° 8726)

14.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb vernomen van mensen uit het werkveld dat u ondertussen al wel overleg gehad hebt met hen. Ik ben dus benieuwd naar uw antwoord. Mijn vraag gaat over het teveel aanrekenen van prestaties door thuisverpleegkundigen, over frauderen dus. Dat legt natuurlijk een onderliggend probleem bloot. De financiering van de gezondheidszorg werkt vaak overbodige prestaties in de hand. Uiteindelijk zijn het dan de patiënt en de samenleving die deze overprestaties betalen.

Volgens de berichtgeving van midden december moesten de ziekenhuizen het verschuldigde bedrag gewoon terugstorten terwijl er bij de thuiszorg een boete bovenop kwam. Dat was toch een eigenaardig verschil. We zijn het allebei eens met het principe dat ziekenhuizen meer moeten samenwerken op het vlak van gespecialiseerde diensten en beter naar elkaar moeten doorverwijzen. Ik denk dat er op dat vlak geen probleem is. Maar ook voor de thuisverpleging denk ik dat we een stap in de andere richting moeten zetten en dat we werk moeten maken van praktijkregistratie en praktijkfinanciering om op die manier de sociale controle te verhogen, wat de transparantie ten goede zal komen.

Mijn vragen aan u zijn de volgende.

Hoe hebt u het probleem aangepakt van deze niet-uitgevoerde maar wel aangerekende prestaties of hoe

zult u het aanpakken?

Hoeveel controles gebeuren er? Ik heb sterk de indruk dat de thuisverpleging een streng gecontroleerde sector is, zelfs nog meer dan andere sectoren. Dit probleem had dus misschien toch sneller naar boven moeten komen?

Waarom wordt aan de thuisverpleging boetes opgelegd terwijl dat niet het geval was voor de ziekenhuizen?

Wat denkt u over een intensievere samenwerking tussen de ziekenhuizen en over een beter op de sporen zetten van praktijkfinanciering en registratie voor thuisverpleegkundigen om dit tegen te gaan?

14.02 Kattrin Jadin (MR): Madame la présidente, d'entrée de jeu, je voudrais dire que je transforme mes questions jointes n^{os} 8565 et 8566 ainsi que mes questions n^{os} 8716 et 8717 en questions écrites pour aider le travail de la commission.

Madame la ministre, ma question va dans le même sens que celle de Mme Dedry, dans la mesure où le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI aurait récemment détecté plusieurs cas de fraude dans les secteurs des soins infirmiers à domicile et de l'imagerie médicale. En effet, plus d'un service d'imagerie sur dix aurait facturé ses prestations à des tarifs trop élevés ou opérerait systématiquement pour les techniques d'imagerie les plus coûteuses à l'assurance maladie. Si la plupart des services concernés ont déjà procédé au remboursement volontaire pour un montant évalué à 2 848 546 euros, le SECM souhaite responsabiliser davantage les professionnels de l'imagerie médicale en réclamant, pour l'avenir, des amendes complémentaires au remboursement de ces sommes indûment perçues.

Par ailleurs, le SECM a également relevé que 187 infirmiers à domicile ont déclaré en 2014 un chiffre d'affaires annuel supérieur à 200 000 euros, un montant "matériellement impossible", selon l'INAMI. Des contrôles approfondis ont effectivement mis en évidence des surfacturations ou des facturations de services non prestés chez 62 d'entre eux, pour un total avoisinant les 3 millions d'euros. Face à ce constat, l'INAMI réclame, en concertation avec le secteur, l'instauration d'un plafond maximal de prestations remboursables par trimestre.

Madame la ministre, estimez-vous, outre le remboursement obligatoire des sommes indûment perçues, que de nouvelles mesures s'avèrent nécessaires pour lutter efficacement contre la fraude dans les services d'imagerie médicale? Jugez-vous opportun l'instauration d'un plafond limitant le nombre maximal de prestations remboursables dans le secteur des soins à domicile? D'autres mesures sont-elles actuellement à l'étude au sein de vos services?

14.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, madame Jadin, de controle op de realiteit en conformiteit van aangerekende verstrekkingen in de ziekteverzekering wordt uitgevoerd door de verzekeringsinstellingen in het algemeen en meer specifiek door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV.

Controle op niet-uitgevoerde verstrekkingen is en blijft een prioriteit voor deze dienst en er zijn op regelmatige basis controles. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle evolueert ook naar een meer thematische aanpak waarbij een onderdeel van de reglementering wordt nagezien op nationaal vlak. Op basis van expertise, studies en screening wordt een op het terrein te controleren doelgroep afgelijnd.

U kunt de resultaten van deze controles terugvinden in de respectievelijke jaarverslagen van de dienst, op de website van het RIZIV, onder publicaties en dan activiteitenverslag van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. U kunt daar inderdaad terugvinden dat de sector van de verpleegkundigen sterk is gecontroleerd. Dat is deels een gevolg van de inbreuken die reeds werden vastgesteld in de sector, weliswaar bij een beperkt aantal zorgverleners uit de grote groep van meer dan 25 000 verpleegkundigen. Het gaat dan om de groep met een groot aandeel niet-verrichte prestaties.

Er is een belangrijk verschil in de vastgestelde feiten bij enerzijds de verpleegkundigen en anderzijds de ziekenhuizen. Bij de verpleegkundigen gaat het vaak om niet-verrichte prestaties voor een bedrag van meer dan 15 000 euro per jaar, soms zijn het zeer grote bedragen. In de ziekenhuizen daarentegen zijn de prestaties wel uitgevoerd maar niet conform de voorwaarden waaraan men volgens de aangerekende nomenclatuur moet voldoen.

Het RIZIV voert een aanklappend beleid, met eerst het informeren van de zorgverleners, dan controle en pas in de fase daarna sanctionering bij inbreuken.

In de ziekenhuizen is iedereen verwittigd en geïnformeerd en zij hebben ook de onterecht aangerekende sommen moeten terugstorten. En ze hebben dat ook gedaan.

Bij recidive zal een sanctie worden opgelegd. Sowieso zijn er ook daar al verdere controles ingepland.

Er werden recent ook maatregelen ingevoerd die een effect kunnen sorteren. Zo werd vanaf 1 oktober 2015 in de thuisverpleegkunde de algemene verplichting voorzien dat de verzekerde moet worden ingelicht over de op zijn naam in derdebetalen aangerekende verstrekkingen. Het is nog te vroeg om dat effect te kunnen beoordelen. In de uitwerking van een sanctie en een controlebeleid is een belangrijke rol weggelegd voor de vertegenwoordigers van de sector en de verzekeringsinstellingen binnen de Overeenkomstencommissie.

Het gaat om een kleine groep overtreders die heel de groep een slecht imago bezorgen. Er zijn contacten geweest met de sector van de thuisverpleegkundigen. Praktijkregistratie wordt door de sector van de thuisverpleegkundigen als een mechanisme binnen het handhavingsbeleid naar voren geschoven, met een duidelijker profielenoverzicht, responsabilisering, enzovoort.

Dat moet nog verder worden uitgewerkt, startend met de definiëring van wat een praktijk is.

L'instauration, pour le secteur, d'un maximum de prestations remboursables par mois, par trimestre ou année semble être une mesure complémentaire pertinente qui s'adresse spécifiquement à un groupe cible limité où les infractions sont fort probables. Ce système a déjà montré sa valeur chez les kinésithérapeutes. À l'époque, Frank Vandenbroucke avait plafonné le nombre de prestations disant "qu'un kinésithérapeute n'a que vingt-quatre heures par jour pour effectuer son travail".

Inderdaad, als wij vaststellen dat mensen voor meer dan 200 000 euro per jaar aan thuisverplegingprestaties hebben, dan kan men alleen zeggen dat zij meer dan 24 uur in een dag hebben.

Pour ce qui concerne l'imagerie médicale, le protocole d'accord du 24 février 2015 prévoit la réduction des examens CTscan au profit des examens RMN qui garantissent de meilleurs résultats pour les indications de plus en plus nombreuses et ce, sans rayonnement ionisant.

La programmation des appareils RMN a déjà été étendue avec une première tranche de douze appareils qui ne sont pas encore tous opérationnels. Ce sera bientôt le cas; des difficultés sont encore rencontrées pour deux ou trois appareils seulement.

Enfin, sachez que le plan d'approche concernant la réforme du financement des hôpitaux met notamment l'accent sur la collaboration des hôpitaux et la constitution de réseaux. L'appareillage médical lourd, vu le coût d'achat, l'exploitation et les prestations qui y sont liées, constitue en lui-même un domaine par excellence pour l'instauration de ces réseaux.

14.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb een tweeledige repliek. Ik begrijp dat het bij die thuisverpleegkundigen die nu beboet zijn om recidive ging. Er is inderdaad een aantal cowboys dat eruit moet. Het is ook mijn bekommernis dat het imago van de sector daar niet onder mag lijden.

Ten tweede, u zegt dat het nog afgelijnd moet worden. U bent onder andere voor praktijkregistratie. Nu moet echter nog afgelijnd worden wat een praktijk is. Ik meen dat er bij de huisartsen al stof genoeg is. In het verleden – dat weet ik via mij medewerking op de kabinetten van de ministers Aelvoet en Vandenbroucke – lag er al heel veel materiaal klaar. De sector zal heel blij zijn als dit snel gerealiseerd zou kunnen worden. Ik meen dus niet dat daar veel werk aan is.

14.05 Katrin Jadin (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour vos éclaircissements et vos réponses par rapport à une pratique que vous avez étayée au travers de différents exemples et qui n'est pas généralisée. Toutefois, il me semble nécessaire de pouvoir mieux clarifier les différents procédés afin d'essayer de résorber au mieux et au plus vite ce type de phénomène plutôt détestable.

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

15 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het alcoholplan" (nr. 8260)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het problematische alcoholverbruik" (nr. 8270)
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de controles op alcoholverkoop aan minderjarigen" (nr. 8282)
- de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het problematische alcoholverbruik" (nr. 8303)

15 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan alcool" (n° 8260)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation problématique d'alcool" (n° 8270)
- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contrôle de la vente d'alcool aux mineurs" (n° 8282)
- M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation problématique d'alcool" (n° 8303)

15.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het kwam daarnet al even aan bod dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg een door hen noodzakelijk geacht alcoholplan naar voren heeft geschoven.

Zowat tien procent van de volwassenen in België heeft een alcoholprobleem. Daarvan zoekt slechts een kleine fractie hulp, te weten één persoon op twaalf. Dat gebeurt gemiddeld pas na achttien jaar, wat verschrikkelijk laat is.

Het kenniscentrum formuleert verschillende redenen waarom mensen met een problematisch alcoholverbruik geen hulp vragen, vinden of krijgen. De factoren zijn in de samenleving, bij de zorgverleners, bij de organisatie van de zorg en ook bij betrokkene zelf te vinden. Daarom pleit het kenniscentrum voor een alcoholplan met onder meer informatiecampagnes en een strengere controle op de verkoop van en reclame voor alcohol.

Ook de FOD Volksgezondheid onderschrijft de noodzaak aan dat plan.

Onze fractie heeft in 2015 al een voorstel van resolutie ingediend betreffende maatregelen voor het tegengaan van gezondheidsschade bij overmatig, problematisch alcoholgebruik en alcoholisme. Een voorstel van de MR in dat verband werd trouwens al besproken in deze commissie voor de Volksgezondheid. Nu stelt Brussels staatssecretaris, mevrouw Cécile Jodogne, dat er eind oktober 2016 een akkoord over een dergelijk plan moet zijn.

Mevrouw de minister, werkt u, zoals mevrouw Jodogne stelt, samen met de verschillende Gewesten aan het alcoholplan? Wat is de timing? Worden de verschillende aspecten waarnaar het kenniscentrum verwijst daarin opgenomen?

Ten tweede, neemt u de verschillende aspecten die zijn opgenomen in de verschillende resoluties die in het Parlement worden behandeld, over in het plan?

15.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik sluit mij grotendeels aan bij de vragen van mevrouw Jiroflée. Ik zal de inleiding dan ook achterwege laten.

Ik verwijs in mijn vraag ook naar het KCE en zijn duidelijke aanbeveling voor een strengere controle op de verkoop van en reclame voor alcohol.

Zelf hebt u in 2013 al eens tegen een alcoholplan gestemd. Nu hoor ik echter precies een aantal wijzigingen.

Mijn vragen zijn dan ook de volgende.

Welke aanbevelingen van het KCE neemt u over en welke niet?

Overweegt u ook maatregelen om de verkoop van alcoholische dranken in nachtwinkels te ontmoedigen?

U hebt vroeger ook voor alcoholpreventie op school gepleit. Bent u ook met dat aspect bezig met uw collega's van de deelstaten?

U vroeg destijds ook een betere ondersteuning voor zorgverleners die met de alcoholproblematiek te maken hebben. Met andere woorden, ooit stelde u zelf al een aantal zaken voor. Zoals mevrouw Jiroflée heeft opgemerkt, liggen in de Kamer ook al een groot aantal voorstellen klaar. Wat zult u precies doen? Welke timing zult u daarbij hanteren?

15.03 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ook ik zal het heel kort houden. Ik ben uiteraard ook zeer benieuwd naar uw antwoorden op de vragen over het alcoholplan. Ik heb nog enkele specifieke vragen over de controles op de verkoop van alcohol.

U antwoordde vorig jaar in de commissie op een aantal vragen hierover dat controles moeilijk blijven omdat controleurs vaak opvallen tijdens controles. Niettemin zei u toen dat u het aantal controles in 2015 wilde opdrijven naar 5 000, onder andere tijdens piekmomenten zoals na de examens en tijdens de zomermaanden. Uit de cijfers van het onderzoek blijkt dat meer controles echt nodig zijn, zodat wij wetgeving kunnen afdwingen en minderjarigen kunnen beschermen tegen alcoholmisbruik.

In het kader daarvan had ik graag het volgende geweten.

Hoeveel controles werden er in 2015 uitgevoerd inzake de naleving van de wetgeving met betrekking tot drankverkoop aan minderjarigen? Hoeveel inbreuken werden er vastgesteld?

Zult u in 2016 nog acties ondernemen om de controles verder op te drijven? Zo ja, welke en zullen deze acties kaderen in het nieuwe alcoholplan dat op tafel zal liggen omstreeks oktober?

15.04 Gautier Calomne (MR): Madame la présidente, un petit mot en préambule concernant l'organisation des travaux. Comme vous l'avez observé, une partie des questions que je voulais poser ont déjà fait l'objet de réponses de la part de la ministre alors qu'elle répondait aux questions jointes de Mmes Matz et Fonck. On aurait sans doute gagné un peu de temps en rassemblant tout.

Puisque mes collègues ont déjà évoqué certains éléments que je voulais développer, je vais m'en tenir à mes questions.

Madame la ministre, comme annoncé dans votre note de politique générale, le développement d'une stratégie en matière d'alcool, en collaboration avec les entités fédérées et les autres ministres compétents, est actuellement en cours. Pourriez-vous nous informer sur l'état d'avancement de cette stratégie, et déjà nous en tracer, si possible, les contours? À ce titre, quel regard portez-vous sur le rapport du KCE et dans quelle mesure votre stratégie s'inspirera-t-elle de ses recommandations? Pouvez-vous confirmer que cette stratégie sera lancée en octobre 2016 comme annoncé? Enfin, pourriez-vous nous informer sur l'état de la collaboration avec les entités fédérées?

15.05 Minister Maggie De Block: Mevrouw Jiroflée, mevrouw Dedry, mevrouw Hufkens en mijnheer Calomne, het klopt dat de thematische vergadering Drugs van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid aan de Algemene Cel Drugsbeleid de opdracht heeft gegeven om een globaal en geïntegreerd alcoholbeleid uit te werken tegen oktober 2016. Die timing is dezelfde als deze welke mevrouw Jodogne had aangekondigd. Het gaat immers over dezelfde opdracht. De interministeriële conferentie zal het voorstel van de Cel bespreken en hopelijk nog dit jaar goedkeuren.

Er is een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van alle ministers die bevoegd zijn voor Volksgezondheid, dus ook die van de regio's. Ook vertegenwoordigd zijn de minister van Binnenlandse Zaken, de minister van Werk, de minister van Economie en niet te vergeten, gelet op de link tussen ongevallen op de weg en alcoholgebruik, de minister van Mobiliteit. Het is immers essentieel dat er een evenwichtig beleid wordt uitgewerkt, met maatregelen op deze verschillende domeinen.

Ik wil niet vooruitlopen op de discussies in de werkgroep, maar deze maatregelen moeten gedragen worden, zij moeten praktisch uitvoerbaar zijn en zij moeten controleerbaar zijn.

Het beleid moet zich ook hier baseren op wetenschappelijke aanbevelingen, zoals de gegevens van de Wereldgezondheidsorganisatie, de recente Belgische studies en de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Ik wijs u erop dat het eigenlijk de FOD Volksgezondheid is die deze studie aan het kenniscentrum heeft gevraagd, precies om deze te kunnen gebruiken als wetenschappelijke ondersteuning bij de discussie over een efficiënt alcoholbeleid. Dat was immers niet altijd goed uit te maken.

Toutes les recommandations du KCE ne relèvent pas de ma compétence, mais je soutiens évidemment une meilleure prévention de la consommation nocive d'alcool. Selon moi, il y a aussi des opportunités dans les hôpitaux et les services d'urgence, qui sont souvent confrontés à des gens qui ont bu trop d'alcool. Par conséquent, cette année, je poursuivrai et j'étendrai un projet pilote avec une fonction de liaison alcool dans quatre hôpitaux où des méthodes de détection et d'intervention courte seront testées aux urgences. Mais le soutien de la société pour ces mesures a également son importance. Les discussions menées au sein de cette commission sont donc aussi pertinentes pour l'élaboration de cette politique.

Mevrouw Hufkens, in 2015 werden 4 895 alcoholcontroles uitgevoerd. In bijna negen procent van de controles werd vastgesteld dat alcohol wordt verkocht aan jongeren. Er werden dan ook 300 PV's opgesteld. Voor dit jaar heeft de controledienst een 4 000-tal alcoholcontroles gepland, dus iets minder omwille van het feit dat vier controleurs de controledienst hebben verlaten. Zoals ik al antwoordde op een vraag van mevrouw Dedry, wij zoeken werkelijk naar andere methoden om de controles uit te voeren. De controleurs zijn namelijk zeer herkenbaar en ondervinden ook niet altijd prettige ervaringen op de werkvloer, wat op termijn demotiverend kan zijn. Vier onder hen hebben de controledienst verlaten. Er worden pogingen tot vervanging ondernomen, maar dat is niet evident.

De FOD Volksgezondheid zal de komende weken een omzendbrief met een nieuwe brochure naar de lokale besturen versturen, waarin zal worden gevraagd om nog intenser samen te werken met de controlediensten. Een lokaal bestuur weet namelijk meestal wel waar er inbreuken plaatsvinden. Deze nieuwe brochure kan via de gemeenten worden verspreid om zo ook organisaties te sensibiliseren over de toepassing van de wetgeving.

15.06 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik juich toe dat er een nog betere samenwerking wordt gezocht met de lokale besturen. Daar ligt inderdaad een deel van de knoop.

Wij moeten er blijven op aandringen dat de controleurs worden vervangen. Ik ben ervan overtuigd dat u dat doet.

Ik noteer dat er in oktober inderdaad iets op tafel zal liggen. Ik ben daar zeer benieuwd naar. Onze fractie zal dat in ieder geval met argusogen volgen.

Mevrouw de voorzitter, ik stel voor dat wij de resoluties over het alcoholplan die al zijn ingediend, heel snel kunnen bespreken in de commissie. Misschien kan dat tot bijkomende inspiratie leiden voor de interministeriële conferentie en voor de Algemene Cel Drugsbeleid.

15.07 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik sluit mij aan bij wat collega Jiroflée zei. U zei dat u maar vijftientig controleurs hebt. Als er daar vier van weg zijn, is dat een vijfde. Bovendien zijn zij zeer herkenbaar, waardoor de effectiviteit niet hoog ligt.

Op één vraag hebt u niet geantwoord. Het is ook zeer belangrijk dat zorgverleners beter worden opgeleid en ondersteund, zoals er ook rookstopbegeleiding bestaat, met professionele begeleiding door onder anderen huisartsen. Dat is absoluut nodig, maar het is momenteel minder goed uitgebouwd dan wat al werd bereikt inzake rookstopbegeleiding.

15.08 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, laat mij u proficiat wensen! Uw doel was 5 000 controles en 4 895 zit daar zeer dichtbij. Dat is zeer mooi. Ik ben ook heel blij dat u zegt de samenwerking met de lokale besturen te willen aanscherpen. Dat is cruciaal. Ik spreek nu even heel lokaal, maar in Leuven stel die problematiek zich scherp.. Wekelijks worden er heel wat jongeren opgenomen in Gasthuisberg wegens *binge drinking*. De studenten en de politie zetten daar heel hard op in, maar elke steun van het federale niveau is welkom.

15.09 Gautier Calomne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour vos

réponses. J'acte qu'en octobre 2016, nous disposerons d'éléments plus concrets. Nous y serons attentifs et nous y reviendrons alors.

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

La **présidente**: Je vais donc poser ma question n° 8689.

Madame la ministre, pour les prochaines commissions, on pourrait imaginer une meilleure interaction entre le secrétariat de la commission et votre cabinet sur les possibilités ou non de joindre des questions.

Parfois, il y a des répétitions. En même temps, il faut respecter la chronologie des questions.

15.10 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas que le cabinet, c'est aussi l'administration qui reçoit des questions et les dispatche. C'est difficile pour mon cabinet aussi. La situation actuelle avec autant de questions est inédite. Cela relève du droit parlementaire mais mes collaborateurs me disent qu'ils n'ont jamais vécu cela!

15.11 Catherine Fonck (cdH): Il y a toujours eu beaucoup de questions en commission de la Santé. Évidemment, je comprends bien l'administration qui traite en fonction du timing d'arrivée des questions. Par contre, je trouve que rien n'empêcherait, madame la ministre, quand on a toute une série de questions relatives à l'alcool, que l'on décide ensemble, même en commission, de regrouper les questions. Je ne doute pas que vous serez en mesure de gérer cela en *live* si je puis dire.

La **présidente**: Tout à fait. Je proposerai cela quand on décidera du prochain ordre des travaux. Cela implique évidemment que si quelqu'un dépose une question sur un sujet abordé précédemment, cela peut perturber beaucoup les travaux. Il faut donc un accord collectif à ce sujet.

16 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le marketing de Skikot concernant l'alcool et les cigarettes" (n° 8689)

16 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de marketing van Skikot met alcohol en sigaretten als promotioneel lokkertje" (nr. 8689)

16.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, si ma question vous concerne, elle concerne également le ministre de l'Économie.

En fait, les étudiants des universités francophones (ULB, UCL) – mais je suppose qu'il en va de même ailleurs – qui terminent leurs examens reçoivent de la publicité d'un tour-opérateur luxembourgeois, à savoir Skikot, qui propose une semaine de ski à des prix défiant toute concurrence.

Fort bien me direz-vous, sauf que cet organisateur de voyages s'arrête de l'autre côté de la frontière luxembourgeoise pour permettre aux voyageurs d'acheter en masse de l'alcool et du tabac à prix fortement réduits dans un hangar prêté par la commune.

Pendant le voyage, l'alcool est régulièrement vanté. Sur le lieu de vacances, on vante les effets du chewing-gum à la caféine permettant aux étudiants alcoolisés d'aller skier malgré leur cuite. De plus, de l'alcool est offert gratuitement dans les chambres des vacanciers.

Il n'est pas ici seulement question d'étudiants en goguette durant leurs vacances, mais aussi d'une véritable stratégie mise en place puisque cinquante cars sur une seule soirée effectuent le trajet.

Madame la ministre, vous comprendrez que cette façon de faire puisse interpeller. C'est ainsi que le réseau "jeunes et alcool" interpelle les politiques que nous sommes pour attirer notre attention sur le fait que le problème concerne non seulement un certain nombre de jeunes mais aussi des adultes. Il souligne également que chaque euro investi en prévention rapporte à l'État 4 euros.

Cet organisme formule plusieurs demandes qui vous concernent, tout comme d'ailleurs le ministre de l'Économie, à savoir l'interdiction de ces publicités, de ces ventes d'alcool à perte ou l'offre gratuite de boissons alcoolisées, l'organisation de "happy hours" durant lesquelles l'alcool est proposé à des prix particulièrement attractifs.

Il faut savoir que la situation est d'autant plus inquiétante que les universités sont impuissantes ou ne peuvent agir de manière efficace puisque des organismes privés et des cercles d'étudiants sont concernés ici.

En lien avec le Plan Alcool et les dispositions relatives à la publicité et à la vente d'alcool aux jeunes, de quelle manière des mesures peuvent-elles être prises dans le cadre de vos compétences, en collaboration avec les entités fédérées et la Protection des consommateurs et les pratiques commerciales?

16.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, je ne savais pas que cela existait mais je n'ai plus l'âge de passer des examens à l'université.

La consommation d'alcool et le fait de conduire me semble néfaste. Mais le fait de faire du ski en étant sous influence d'alcool me semble également être un risque assez élevé. J'en parlerai avec le ministre de l'Emploi car ceci concerne aussi la publicité. Ceci concerne énormément de jeunes, ce qui est inquiétant. Nous verrons si nous pouvons dégager une stratégie commune. Mais comme les gens sont inventifs, je pense qu'il sera nécessaire de vérifier s'il est possible d'élaborer des mesures efficaces.

Au point de vue de la santé publique, il sera nécessaire de prendre des mesures aussi. J'en discuterai avec le ministre Peeters.

16.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Cette problématique est lourde de conséquences. Cette pratique existait il y a quelques années puis elle a disparu en lien avec la promotion de mesures de prévention et avec la législation relative à la publicité et à la commercialisation d'alcool vis-à-vis des jeunes.

Il serait aussi intéressant de prendre contact avec votre homologue au Grand-Duché de Luxembourg afin d'intervenir conjointement.

En effet, un tour-opérateur luxembourgeois vient ici pour séduire des étudiants belges et profiter des différences de prix.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Questions jointes de

- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut des infirmières" (n° 8261)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir des formations HBO5" (n° 8328)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir des HBO5 et la différenciation des fonctions au sein de la profession infirmière" (n° 8404)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins infirmiers" (n° 8411)

- Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le respect de la législation à la suite de la transposition de la directive européenne 2013/55/UE et le maintien des deux filières (A1 et A2)" (n° 8673)

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la transposition de la Directive européenne 2013/55/UE et la réforme des soins infirmiers" (n° 8851)

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het statuut van de verpleegkundigen" (nr. 8261)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de opleiding HBO5" (nr. 8328)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de HBO5 en de functiedifferentiatie binnen het verpleegkundig beroep" (nr. 8404)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "verpleegkundige zorg" (nr. 8411)

- mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de naleving van de wetgeving na de omzetting van de Europese richtlijn 2013/55/EU en het behoud van de

twee opleidingsrichtingen (A1 en A2)" (nr. 8673)

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de omzetting van Richtlijn 2013/55/EU en de hervorming van de verpleegkundige zorg" (nr. 8851)

17.01 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la ministre, je vous ai interrogée à ce sujet le 14 juillet 2015. La directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE du Parlement et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et déterminant les exigences minimales de la formation de l'infirmier responsable des soins généraux, imposait une date limite de transposition en droit belge fixée au 18 janvier 2016.

Cette transposition, à propos de laquelle le Conseil fédéral de l'art infirmier a recommandé une intégration maximale, doit se retrouver dans l'arrêté royal n° 78, qui a fait l'objet d'une coordination par arrêté royal du 10 mai 2015, publié au *Moniteur Belge* du 18 juin 2015. Il y avait donc urgence et, prioritairement, à réserver l'accès à la profession aux nouveaux diplômés bacheliers infirmiers et infirmières, ce qui implique une modification de l'article 45 de l'AR n° 78 qui détermine les conditions d'obtention et de maintien du titre d'infirmier responsable de soins généraux.

Vous n'ignorez pas, madame la ministre, combien l'investissement dans la formation de nos infirmiers et infirmières est essentiel pour réduire la mortalité, réduire les infections nosocomiales, ainsi qu'améliorer la qualité des soins, tant en milieu hospitalier qu'extra-hospitalier. L'évolution des besoins en santé et du contexte de soins demande des compétences de haut niveau pour un exercice professionnel infirmier autonome et responsable, compétences décrites dans la directive 2013/55/UE.

Vous disposez d'un profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable en soins généraux déterminé par l'avis du CFAI du 1^{er} avril 2015.

Par ailleurs, les Communautés, tant française que flamande, ont pris des initiatives en vue de conformer leurs programmes au sein des établissements de formation respectifs aux prescrits européens, en vue de préparer au mieux l'année scolaire et académique 2016-2017.

Pour avoir rencontré le secteur, je me rends compte à quel point l'attente est grande non seulement en termes de formation mais aussi en termes de statut et de titre. La problématique est complexe car il faut répondre aux futurs besoins en santé avec des infirmiers formés au niveau bachelier mais également tenir compte de la situation actuelle des infirmiers brevetés et des aides soignants qui accomplissent un travail conséquent et dont l'avenir doit être pérennisé. Il doit s'agir d'une vision prospective.

Sans rentrer dans de vaines querelles, je voudrais enfin dire que ce dossier implique une solution de votre part qui prend en considération les intérêts et enjeux en santé publique des deux grandes communautés linguistiques de notre pays, dont je sais qu'ils peuvent diverger quelque peu en besoins hospitalier mais également en maison de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS).

En conséquence, madame la ministre, pouvez-vous me faire savoir l'état actuel du dossier et, dès lors, qu'en est-il de l'arrêté royal qui doit transposer, dans l'arrêté royal n° 78, les éléments de la directive? Pouvez-vous également argumenter votre position consistant à vouloir garder deux niveaux de formation pour l'obtention du même titre professionnel d'infirmier responsable de soins généraux?

17.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, comme cela vient d'être rappelé, cette transposition de la directive européenne est tout sauf banale car il y a un maître mot qui doit se dégager en termes d'objectifs, c'est la qualité des soins infirmiers. C'est d'autant plus important qu'une étude de la revue *The Lancet* est sortie voici un peu plus d'un an et concernait une étude rétrospective sur neuf pays européens où il était clairement démontré que la qualité des soins infirmiers était un enjeu majeur. Il y était prouvé le lien entre la formation et le taux de mortalité. Plus la formation était élevée avec une série de critères, plus le taux de mortalité des patients diminuait. C'est donc un enjeu majeur pour les patients.

Vous avez, avec l'ensemble des ministres concernés, bien défini, voici quelques mois, article par article, quelle était l'autorité compétente qui devait transposer la directive européenne. Reconnaissons-le: plusieurs ministres sont compétents et concernés.

Je souhaite rappeler la position sur les propositions qui a été émise par l'Union générale des infirmiers de

Belgique et par les associations professionnelles. Ces acteurs ont planché sur la transposition de la mise en conformité avec cette directive européenne. Ils ont prévu l'introduction d'un seul titre pour la formation d'infirmier bachelier. C'est cela qui permet de répondre aux exigences européennes. Il a été tenu compte du nombre d'heures et des compétences requises, afin que l'infirmier puisse être homologué pour les soins généraux et que l'on puisse, aspect non négligeable, garantir la libre circulation de l'infirmier au sein de l'Europe.

Ils avaient également proposé d'instituer un titre unique en tant qu'intermédiaire qualifié répondant aux critères européens d'un brevet supérieur de formation professionnelle. Un travail a été réalisé en la matière et une proposition a été mise sur la table afin que, désormais, il y ait des infirmiers possédant le titre d'infirmier responsable de soins généraux correspondant au titre de bachelier.

Par ailleurs, et le MR a proposé la même chose, il a été suggéré que l'on mette fin, avec un phasage pour tenir compte de la réalité des écoles, à la formation d'infirmiers brevetés. Cela se ferait en permettant aux écoles, même si c'est une compétence des Communautés, de former les aides soignants de demain. Tout cela doit encore être mis en corrélation avec l'évolution des tâches, et notamment avec le fameux arrêté royal 78.

Où en est-on, madame la ministre? Il me revient que vous avez décidé de garder, de façon extrêmement étonnante, deux filières de formation pour les infirmiers.

Par ailleurs, je voudrais aborder le financement des qualifications et les expertises d'infirmiers.

Il semblerait en effet que les financements liés aux qualifications et aux spécialisations des infirmiers soient supprimés pour 2016, ce qui suscite de nombreux remous au niveau de la profession. Ce faisant, on s'achemine dans le sens inverse de l'évolution logique de l'importance de la qualité des soins auprès des patients.

17.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, la transposition de la directive européenne 2013/55/UE, fixée au 18 janvier, est un travail complexe qui relève de différents niveaux de pouvoir. Il est temps que les infirmiers, les employeurs et les écoles puissent avoir des réponses aux questions qu'ils se posent.

Où en êtes-vous de la transposition de la directive dans le cadre de l'AR n° 78?

Il a été fait référence à l'Union générale des infirmiers de Belgique (UGIB). Sa position est largement éloignée de celle que vous défendez. Une concertation a-t-elle été mise en place avec l'UGIB dans ce cadre? Comptez-vous prendre en considération ses remarques?

Qu'en est-il des mesures transitoires? Qu'en est-il pour les étudiants en cours de formation?

17.04 Maggie De Block, ministre: Chers collègues, le sujet que vous évoquez est en effet l'objet de nombreuses inquiétudes au sein de la profession. J'en suis consciente. C'est la raison pour laquelle, avec mon cabinet, les parties concernées ont été reçues, par exemple les représentants des cabinets des entités fédérées responsables pour l'enseignement.

En ce qui concerne les travaux et l'élaboration de textes législatifs de transposition de la directive en vue de la reconnaissance des qualifications professionnelles, ceux-ci n'ont cessé de faire l'objet d'une attention particulière tant de la part de mon cabinet que de mon administration.

À ce jour, le projet d'arrêté royal transposant la directive a été approuvé en Conseil des ministres. Nous devons, comme d'habitude, encore obtenir l'avis du Conseil d'État au sujet des textes de transposition.

Mon intention est de passer à la transposition dès que la procédure d'adoption sera terminée. J'espère que ce sera le cas très prochainement.

J'observerai strictement les obligations contenues dans cette directive, à savoir réserver l'exercice de la profession d'infirmier aux nouveaux diplômés qui répondront au minimum d'heures de formation théorique et clinique ainsi qu'aux exigences de compétences fixées par la directive.

Celle-ci prévoit que les pays ont le choix de former leurs infirmiers au niveau professionnel supérieur ou universitaire. Les nouvelles exigences en termes d'heures et de compétences représentent déjà un grand défi pour le monde de l'enseignement. C'est pourquoi la durée de la formation est passée de trois à quatre

ans.

Je demanderai aux Communautés de respecter les critères de la directive et de garantir que les nouveaux diplômés répondront bien aux critères retenus par l'Union européenne.

Ook mevrouw Van Camp heeft de vraag naar de uitoefening van bestaande wettelijk toegestane handelingen gesteld. Ik heb niet de intentie een onderscheid te maken tussen verpleegkundigen met een bacheloropleiding of verpleegkundigen na een HBO5-opleiding. Beide opleidingen leiden naar de titel van verpleegkundige, mits zij beide aan de Europese richtlijn voldoen.

Naar ik heb begrepen, streven de bacheloropleidingen ernaar om het niveau 6 van de European Qualifications Framework te behalen en leveren ook de HBO5-opleidingen de nodige inspanningen om aan dezelfde Europese opgelegde criteria te voldoen.

Des efforts doivent être fournis dans les deux formations.

De hervormingsdossiers en de mogelijke doorstroomtrajecten vallen volledig onder de bevoegdheid van de deelstaten aangezien het om onderwijs gaat. Ik bevestig wel dat de doorstroommogelijkheden volgens het zogenaamd zalmmodel zullen blijven bestaan en dat ik dat zal blijven aanmoedigen.

Ensuite, après la transposition de cette directive européenne en droit belge, j'entamerai des concertations avec toutes les parties concernées au sujet de la vision que je compte développer pour cette profession dans le contexte de la réforme de la loi sur les professions de la santé, dit arrêté royal n° 78, maintenant la loi de 2014. C'est à ce moment que seront abordés d'autres sujets comme les compétences et les titres professionnels, la qualité des stages cliniques, l'attractivité de la profession, la déontologie et la qualité des soins pour nos citoyens.

17.05 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la ministre, pour moi ce n'est pas tout à fait clair. Allez-vous vraiment dans la direction souhaitée par les différentes associations d'infirmiers? Vous dites que le projet est approuvé en Conseil des ministres, qu'il faut attendre la publication des textes, etc. Concrètement, quelles échéances prévoyez-vous? Je ne trouve pas votre réponse très claire.

17.06 Maggie De Block, ministre: Comme je l'ai dit, nous attendons encore l'avis du Conseil d'État. Il est possible qu'il faille modifier l'arrêté royal. Comme toujours, je dois respecter l'avis du Conseil d'État.

17.07 Véronique Caprasse (DéFI): Vous êtes pour l'évolution souhaitée par les associations?

17.08 Maggie De Block, ministre: Oui, bien sûr.

17.09 Véronique Caprasse (DéFI): D'accord, merci.

17.10 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, si je vois clair, vous voulez garder deux filières de soins infirmiers et, par rapport à ce qui se dessine, je crains qu'on ne sera pas conforme au contenu des compétences décrites dans la directive européenne et clairement voulu par l'Europe. C'est un réel souci.

Vous dites poursuivre les concertations. C'est un élément sur lequel je voudrais insister. Vous devez absolument consulter à nouveau l'ensemble du secteur pour avoir une approche cohérente. Il faut intriquer aussi la vision de l'évolution des tâches y compris avec l'arrêté royal n° 78. On a tout intérêt à avoir demain des aides-soignants mieux formés auxquels on pourrait octroyer certaines compétences complémentaires. Il faut également un titre d'infirmier responsable de soins généraux de niveau 6, comme l'indique clairement l'Union européenne. Je plaide donc vraiment pour que vous revoyiez les associations professionnelles et l'UGIB.

Madame la ministre, je vous interrogeais également sur votre intention de supprimer le système de primes pour les spécialisations et les expertises infirmières.

17.11 Maggie De Block, ministre: Il ne s'agit pas de supprimer les primes. Ce n'est vraiment pas le cas. Mais, comme il y a trop de sous-catégories et de compétences particulières, etc., lors de la révision de l'arrêté royal n° 78, il sera proposé une autre classification des compétences sans avoir toutes ces sous-compétences, ce qui crée des problèmes dans les hôpitaux. Les compétences de chacun ne sont

actuellement pas claires. Pour les patients alités en milieu hospitalier, neuf membres du personnel passent dans leur chambre avant d'en avoir un compétent pour répondre à leur demande.

Si on veut améliorer les choses en termes d'efficacité et de qualité pour le patient et assurer une meilleure coopération, il ne peut être question de supprimer les primes, ce qui n'est d'ailleurs pas le cas.

17.12 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, permettez-moi, dans un souci de cohérence, d'attirer votre attention sur le fait que beaucoup de choses doivent être dites en la matière. Et, selon moi, votre réponse n'est pas complète.

Peut-être souhaitez-vous opter pour la classification IF-IC qui modifierait complètement la manière de procéder au niveau des spécialisations et des expertises infirmières? Cette classification comporte certains écueils comme le fait de favoriser le système du shopping d'infirmiers, ce qui risque de créer de grandes instabilités au niveau des équipes du personnel infirmier des différents hôpitaux. Je reviendrai sur ce point car je souhaite vraiment que l'on puisse avancer en la matière. Il faut surtout bien mesurer les écueils liés au choix du système de classification précitée.

17.13 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Les travaux avancent pour ce qui concerne l'arrêté. Nous attendons maintenant l'avis du Conseil d'État et la prochaine publication de ce dernier.

Lors de la prochaine étape que je considère comme tout aussi, voire plus importante, il faudra poursuivre la concertation avec le secteur pour trouver une dynamique permettant une amélioration significative de nos soins de santé via la profession d'infirmier.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Chers collègues, nous allons examiner avec la ministre si nous pouvons inscrire rapidement une nouvelle séance de questions/réponses, car elles sont très nombreuses. Les congés de Carnaval étant proches, il serait opportun d'en éliminer. Si certaines d'entre elles devaient être transformées en questions écrites, c'est le moment!

17.14 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je propose de transformer mes questions n^{os} 8287, 8272 et 8793 en questions écrites.

La réunion publique de commission est levée à 13.00 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.00 uur.