

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 8 MAART 2016

Namiddag

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

du

MARDI 8 MARS 2016

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 16.46 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerken.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 16.46 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerken.

01 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "magistrale bereidingen" (nr. 8949)

- juffrouw **Yoleen Van Camp** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de centralisatie van de magistrale bereidingen" (nr. 9026)

01 Questions jointes de

- Mme **Nathalie Muylle** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les préparations magistrales" (n° 8949)

- Mlle **Yoleen Van Camp** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la centralisation des préparations magistrales" (n° 9026)

01.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, het grootste deel van de afgeleverde medicijnen in de officina betreft geregistreerde medicijnen. Een kleiner deel, geschat op 5 procent, wordt echter door de apotheek zelf magistraal bereid. Ik had gevraagd hoeveel procent van de geneesmiddelen in ons land magistraal wordt bereid, maar dat is blijkbaar niet bekend.

Mijn vraag betreft de centralisatie of uitbesteding hiervan. Een recent KB van 17 juli 2014 maakt de uitbesteding mogelijk voor een deel van de bereidingen. Tot op vandaag is de officina-apotheker echter nog grotendeels gebonden aan artikel 33 uit het KB van 2009, dat zes klassen van magistrale bereidingen definieert die mogen worden uitbesteed. Die klassen vertegenwoordigen nog geen 5 procent van alle magistrale bereidingen die vandaag via de officina-apotheek worden geleverd.

Mevrouw de minister, hoe evalueert u het KB van 2014?

Is er na het uitbreiden van de uitbestedingsmogelijkheid op het terrein daarvan al gebruikgemaakt door de officina-apotheken? Wat zijn de eerste bevindingen van de apothekers?

Wat is uw visie op de mogelijkheid om magistrale bereidingen uit te besteden, waardoor een betere kwaliteit kan worden geboden? Er is immers cijfermateriaal beschikbaar omtrent de fouten die met de bereidingen gebeuren. Zo blijkt dat de cijfers in de lijn liggen van het onderzoek dat Test-Aankoop heeft gevoerd. Ruim 30 procent van de bereidingen bleek niet conform te zijn.

Hoe evalueert u de huidige kwaliteit van de afgeleverde bereidingen? Zijn er concrete plannen om de kwaliteit te verhogen of strenger te controleren?

Welke plannen liggen er op tafel om het KB uit te breiden en de uitbesteding voor alle magistrale bereidingen mogelijk te maken? Wanneer zou dat concreet mogelijk worden?

Mijn laatste vraag peilt naar het besparingspotentieel, omdat de controles niet meer in individuele apotheken moeten gebeuren maar centraal zouden kunnen plaatsvinden.

01.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de herziening van het Therapeutisch Magistraal Formularium wordt uitgevoerd door een subcommissie van de Belgische Farmacopeecommissie en voor deze derde herziening heeft de commissie gewenst een dynamische tool aan te bieden aan de gezondheidszorgbeoefenaars. Die dynamische tool zal toelaten dat het Therapeutisch Magistraal Formularium sneller evolueert met de huidige kennis van de wetenschap. Er moeten een aantal technische hinderpalen worden overwonnen. In de analyse werden onder meer ook de redenen voor de onderdosering van laaggedoseerde magistrale bereidingen onderzocht. Deze revisie is inhoudelijk al afgerond en bevat inderdaad aanbevelingen voor de problematiek die u aanhaalt, zoals het grote foutenpercentage.

De publicatie zal gebeuren in de vorm van een webpagina. De lay-out werd afgewerkt in januari 2016, dus onlangs, in samenwerking met de APB. De publicatie van het nieuw Therapeutisch Magistraal Formularium is te verwachten in de komende maanden.

Elke bereiding moet voldoen aan de normen van de Europese Farmacopee. Bij de analyse en beoordeling van de kwaliteit van bereidingen worden de richtlijnen en normen van de Europese Farmacopee gevolgd. In 2014 heeft het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten een actieplan opgestart om de kwaliteit van de bereidingen die in de apotheek worden bemonsterd, op te volgen om de oorzaken van systematische niet-conformiteit te achterhalen en om aanbevelingen ter verbetering van de kwaliteit van de bereidingen te formuleren en aan artsen en apothekers mee te delen.

De wet, en in het bijzonder het koninklijk besluit van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers, voorziet reeds in indicatoren die toelaten de kwaliteit van de magistrale bereidingen te meten en te volgen. Zo zijn er het bereidingsrapport, de weegfiches en het protocol voor regelmatig uitgevoerde bereidingen. Deze indicatoren, gekoppeld aan het voorschriftenregister en het register voor grondstoffen, laten een volledige traceerbaarheid toe van de magistrale bereidingen.

Momenteel vindt overleg plaats tussen het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten en de beroepsorganisaties van de apothekers om deze indicatoren te vervolledigen. Daarnaast wordt er ook gedacht aan de mogelijkheid om een autocontrole te installeren om de kwaliteit te verhogen, bijvoorbeeld via regelmatige analyses door een erkend laboratorium op initiatief van de bereider. De transparantie van de controleresultaten zal in die context ook besproken worden.

De bijsluiters van farmaceutische specialiteiten baseren zich op jarenlange studies die uitgevoerd worden met het oog op het verkrijgen van een vergunning voor het in de handel brengen. Dat concept is moeilijk toepasbaar op magistrale bereidingen, die per definitie op maat van de individuele patiënt gemaakt worden. Dat neemt niet weg dat bereidingen die gemaakt worden op basis van het Therapeutisch Magistraal Formularium gebruik kunnen maken van de indicaties, de nevenwerkingen, de voorzorgen en andere gegevens die in het formularium worden vermeld.

De mogelijkheid om in groep magistrale bereidingen te maken, is een van de zaken die wij naar voren hebben geschoven in de conceptuele nota die wij aan de apothekers hebben gegeven en waarover zij zich op onze vraag buigen. Zou het een oplossing kunnen zijn om zich samen te organiseren, teneinde de kwaliteit van de magistrale bereidingen te kunnen verhogen en de productie ervan te kunnen optimaliseren? Elkeen zal immers alleen doen waar hij of zij goed in is.

01.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik ben heel blij dat die optie onderzocht wordt, want uit onderzoek van de APB blijkt dat de helft van de apothekers daarvoor vragende partij is. Er moet dus iets mogelijk zijn, zeker wanneer de uitbesteding niet opgelegd wordt, maar een optie is waarop apothekers kunnen intekenen. Ik zal het dossier zeker verder mee opvolgen.

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

02 **Question de M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le délai d'attente des centres de santé mentale" (n° 8960)**

02 Vraag van de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wachttijden bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg" (nr. 8960)

02.01 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, madame la ministre, de nombreuses avancées ont été enregistrées dans le domaine des soins de santé mentale en vue d'accorder une place centrale au patient et aux soins qu'il nécessite. Le financement mis à disposition par les différentes autorités est, dès lors, capital pour mener à bien les réformes. Toutefois, il reste du travail à accomplir.

Vous avez récemment souligné que le débat relatif aux soins de santé mentale allait se poursuivre au parlement. J'en profite donc pour citer le rapport du KCE, qui souligne la longueur des délais d'attente pour le premier contact avec un centre de santé mentale. Il faut en effet parfois attendre un mois ou plus pour obtenir un premier rendez-vous. Au demeurant, nous savons à quel point les délais pour avoir une entrevue avec un spécialiste peuvent constituer un obstacle à l'accès aux soins en temps opportun.

Pourtant, ces dernières années, on observe une augmentation de la pression sociale – qu'accompagne la nécessité constante d'un besoin de compétitivité et de productivité – ainsi qu'une aggravation de la solitude face aux difficultés ou encore l'absence de reconnaissance sociale. Le nombre de personnes mentalement fragilisées et la décompensation psychiatrique ne font donc que croître.

Madame la ministre, quel regard portez-vous sur cette question? Quelles sont les dernières évolutions à cet égard? Existe-t-il des indicateurs précis concernant le temps d'attente? Quelles sont les causes du délai d'attente anormalement long pour un premier rendez-vous dans les structures de santé mentale?

L'objectif du rapport du KCE est évidemment de fournir une base de travail aux décideurs politiques et aux responsables de notre système de santé pour qu'ils puissent fixer leurs priorités le plus judicieusement possible. L'affluence aux portes des soins de santé mentale demeure-t-elle une préoccupation du gouvernement? Quelles sont les initiatives prises en ce domaine?

02.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Blanchart, comme vous le savez, la gestion directe de votre demande n'entre pas dans le cadre de mes compétences. Je ne peux pas me prononcer sur la longueur des délais d'attente précédant le premier contact du patient avec les centres de santé mentale, car la gestion de ceux-ci relève des compétences des Communautés et des Régions.

Néanmoins, je peux vous dire qu'en collaboration avec les Communautés et les Régions, ainsi qu'avec le secteur, de grands pas ont été faits vers une meilleure offre de soins sur mesure dans le secteur des soins de santé mentale. Par la réalisation des circuits et des réseaux de soins, les autorités souhaitent arriver à une offre de soins variée répondant aux besoins du patient et, évidemment, permettant une réponse plus rapide.

La Conférence interministérielle Santé publique a été le forum de concertation entre l'autorité fédérale et les États fédérés. Ce forum a donné lieu à la poursuite de la réforme des soins de santé mentale aux adultes et aux personnes internées, et aux premières étapes de la réforme des soins de santé mentale aux enfants et aux adolescents.

Ainsi, nous avons la volonté de garantir l'efficacité et le suivi des patients, une meilleure continuité des soins et l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Nous avons entamé ce travail dès ma prise de fonction. Nous avons fait des progrès, mais il reste beaucoup de travail au vu de la croissance des demandes.

02.03 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, je vous remercie. C'est important d'autant plus que, si l'on croise les problèmes de santé mentale avec les problèmes d'ordre social, la situation devient difficile pour les populations précarisées touchées également par ces problèmes.

Il faut signaler, en lien avec cela, ce fait qui ressort du rapport du KCE: le taux de suicide en Belgique est l'un des plus élevés d'Europe. On relève toujours une grande consommation d'antidépresseurs. Il convient d'avancer dans ce dossier pour sauver un certain nombre de personnes en détresse tant sociale que psychologique.

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

03 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de CT-scans en de biomarkers" (nr. 9028)
- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beperking van het aantal scans voor sommige hersenschuddingen" (nr. 9106)
- de heer **Philippe Blanchart** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "biomarkers voor het uitsluiten van hersenletsels in geval van lichte trauma's" (nr. 9948)

03 **Questions jointes de**

- Mme **Nathalie Muylle** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les CT-scans et les biomarqueurs" (n° 9028)
- Mme **Anne Dedry** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la limitation des scanners pour certaines commotions cérébrales" (n° 9106)
- M. **Philippe Blanchart** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'intérêt des biomarqueurs pour exclure les lésions cérébrales en cas de traumatisme léger" (n° 9948)

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

03.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, te vaak belanden patiënten onder een scanner. Men kan zelfs spreken van overconsumptie. Volgens uw beleidsnota zou een nieuwe cel in uw administratie nadenken over overconsumptie, maar ik heb daar nog niet veel concrete voorstellen van gezien.

Het KCE heeft nu als alternatief voorgesteld om bij lichte hersenschuddingen, in heel specifieke omstandigheden, een bloedtest uit te voeren om te vermijden dat de patiënt onder een scanner moet. Het gaat hier om een stapsgewijze aanpak, met de duidelijke afbakening dat patiënten met verscheidene trauma's uiteraard wel onder de scanner kunnen.

Mevrouw de minister, zult u de aanbevelingen van het KCE volgen? Welke aanbevelingen neemt u mee en welke niet? Zal de bloedtest in aanmerking komen voor terugbetaling indien de voorwaarden, die strikt opgesomd zijn, nageleefd worden?

03.02 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, madame la ministre, les patients victimes d'un traumatisme crânien léger présentent un risque faible mais significatif de lésions cérébrales qui doivent être rapidement identifiées et traitées.

Le CT-scan est actuellement considéré comme l'examen de référence pour ce diagnostic, en raison de sa grande précision dans la détection de lésions consécutives à un traumatisme crânien. Cette technique présente toutefois deux inconvénients: son prix élevé et l'exposition des patients à une irradiation. En outre, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous pour un scanner est généralement très long.

Par ailleurs, l'utilisation de biomarqueurs, comme le dosage de la protéine S-100B, pourrait apparemment permettre d'exclure l'existence de lésions cérébrales sans avoir recours au CT-scan, et ce faisant diminuerait l'exposition inutile aux radiations et les coûts qui y sont liés. Cependant, ce test semble ne pas devoir être généralisé à tous les patients, son utilisation devant être mesurée et réalisée, après une évaluation clinique appropriée.

Madame la ministre, des études ont-elles déjà été menées concernant l'efficacité de ce test? Quelles sont les utilisations appropriées de ce test, recommandées par les experts? Quelles seraient les modalités optimales de l'introduction de ce test et de son application? Vu les avantages que pourrait offrir ce test, un remboursement pourrait-il être envisagé?

03.03 Minister Maggie De Block: Het groot aantal CT-scans dat in België per jaar wordt verricht, waaronder ook een groot aantal CT-scans van de schedel, is een bekend gegeven. In 2014 en 2015 werden in België meer dan 2 miljoen CT-onderzoeken aangerekend. In 2014 ging het over 2 159 000 scans, waarvan zowat een half miljoen onderzoeken van de schedel. In de eerste helft van 2014 werden een kwart miljoen CT-onderzoeken van de schedel uitgevoerd. In de eerste helft van 2015 waren dat er 270 000, wat opnieuw een stijging betekent.

Op basis van de nomenclatuurgegevens van het RIZIV is het niet mogelijk na te gaan hoeveel van de onderzoeken wegens een trauma werden uitgevoerd, noch of er al dan niet een hersenletsel werd vastgesteld. Hiervoor is gericht onderzoek nodig, waarbij gegevens over de indicatie van het onderzoek en

de diagnose, op basis van het medisch dossier, beschikbaar zouden moeten zijn.

Verschillende maatregelen worden genomen met betrekking tot een vermindering van het aantal CT-onderzoeken in België in algemene zin.

Het plan Medische Beeldvorming omvat onder meer de uitvoering van het protocolakkoord Medische Beeldvorming, waarin verschillende acties zijn opgenomen. Ik som ze even voor u op.

Ten eerste wordt een nationaal register van zware medische apparatuur, waaronder alle CT- en NMR-toestellen ingevoerd. Het KB ter zake werd gepubliceerd op 3 februari 2016.

Bij facturatie moet verplicht het toestel worden vermeld waarop het onderzoek is uitgevoerd.

Ten tweede wordt de programmatie van NMR-toestellen uitgebreid door de publicatie van een KB in de zomer van 2014.

Aansluitend is ook een handhavingsbeleid uitgewerkt en zullen aantallen en uitgaven voor CT- en NMR-onderzoeken van dichtbij worden gevolgd. Bovendien zijn er richtlijnen voor het goed gebruik van medische beeldvorming gepubliceerd en heeft men reeds enkele jaren een sensibiliseringscampagne voor het brede publiek "Zuinig met straling" op regelmatige tijdstippen herhaald.

Ook de voorschrijvers worden via individuele feedback en via de publicatie van informatieve brochures over specifieke onderwerpen voor voorschrijvers bewust gemaakt van hun voorschrijfgedrag met betrekking tot medische beeldvorming.

Met betrekking tot CT-scans van de schedel is bovendien in de nomenclatuur opgenomen dat het onderzoek alleen kan worden aangerekend bij trauma in geval van bepaalde symptomen of signalen, waaronder algemene of focale neurologische symptomen, zoals een vermoeden van een schedelfractuur of bij bloedverlies uit het oor.

Als wij naar de meer gedetailleerde cijfers kijken, zien wij dat bij kinderen jonger dan vijf jaar 5 657 CT-scans van schedel en aangezicht zijn uitgevoerd in 2010, 5 400 in 2011, 5 300 in 2012, 4 600 in 2013 en nog 4 029 in 2014. Het gaat dus over een zeer geleidelijke daling sinds 2010. Daarop hebben wij ons ook toegespitst, omdat wij weten dat jonge kinderen gevoeliger voor straling zijn. Dat is dus een belangrijke groep.

Bij kinderen en jongeren in de bredere leeftijdscategorie van 0 tot 20 jaar zien wij ook nog een dalende trend sinds 2010, die er niet is bij de andere leeftijdsgroepen.

Pour les questions de M. Blanchart, en ook de vraag van mevrouw Dedry, in verband met de aanbevelingen van het KCE et la nouvelle information relative au test de la protéine S-100B dans le sang, cette nouvelle information sera étudiée par le Conseil technique médical dans le cadre d'une question que nous avons posée concernant les modalités de remboursement pour ce test.

Besprekingen met betrekking tot de test zijn namelijk al een jaar aan de gang in de Technisch Geneeskundige Raad. Hij moet zich erover uitspreken of het raadzaam is om de test terug te betalen, rekening houdend met de meerwaarde ervan en eventueel het belang inzake de volksgezondheid en de budgettaire impact, als men daardoor minder onderzoeken zou uitvoeren. De test zou dan wel in de plaats van zo'n onderzoek moeten komen en niet erbovenop. Dat is wel belangrijk. We hebben de raad gevraagd om zich daarover uit te spreken.

03.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor het uitvoerig antwoord. U zegt dat de raad het bespreekt. Zal hij binnenkort trancheren, want de kwestie is al lang hangende?

03.05 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, la réponse de la ministre est très complète et les chiffres qu'elle évoque démontrent l'importance de l'enjeu budgétaire dans ce dossier. Nous attendons les résultats.

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

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de rodegistrijst" (nr. 9039)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de HGR in verband met rodegistrijst" (nr. 9711)
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "rodegistrijst in sommige voedingssupplementen" (nr. 9949)

04 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la levure de riz rouge" (n° 9039)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du CSS relatif à la levure de riz rouge" (n° 9711)
- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de levure de riz rouge dans certains compléments alimentaires" (n° 9949)

04.01 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) pointe, aujourd'hui, l'utilisation des compléments alimentaires à base de levure de riz rouge pour contrôler le niveau de cholestérol, remèdes très en vogue actuellement en raison des allégations présentées quant à leur efficacité et de leur prix peu coûteux. Toutefois, cette composante présente des effets nocifs sur la santé tels que les troubles musculaires avec risque d'insuffisance rénale et des troubles hépatiques, dermatologiques et digestifs.

Vous avez demandé que des mises en garde soient rédigées par des experts pour éviter la consommation de ces produits. Cependant, ils continuent d'être largement promus auprès du grand public et du corps médical.

Quant au CSS, il recommande purement et simplement l'interdiction de la commercialisation des préparations à base de levure de riz rouge, en tant que compléments alimentaires. Le problème est que, faute de statut légal, ces compléments circulent librement sur le marché alors qu'ils ne renferment aucun composant à effet nutritif reconnu.

Madame la ministre, pouvez-vous nous donner davantage d'informations sur les effets nocifs de cette levure de riz rouge sur la santé? De telles préparations à base de riz rouge ainsi que d'autres produits ou compléments alimentaires ne devraient-ils pas être soumis à l'examen de la Commission pour les médicaments comme le recommande le CSS afin de leur donner un statut spécifique et ainsi de permettre une protection plus efficace des patients?

04.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Blanchart, en août 2015, j'ai demandé un avis au CSS sur la toxicité possible de ce produit. Cet avis a été publié le 23 février 2016. J'ai à présent demandé à la DG4 du SPF Santé publique mais aussi à l'AFMPS de me donner des recommandations sur les prochaines étapes à prendre.

De gemengde commissie bij het FAG spreekt zich uit over individuele producten, maar kan ook richtsnoeren voorstellen. Ik wil niet vooruitlopen op de evaluatie die zij van het advies van de Hoge Gezondheidsraad zal maken. Het is echter mogelijk dat ik aan de gemengde commissie zal vragen een richtsnoer op te stellen.

Zoals reeds vermeld, geeft de gemengde commissie advies over individuele dossiers. Er zijn al dossiers behandeld, waarbij de producten gefermenteerde rode rijst bevatten. Daar ging het in eerste instantie echter louter om problemen met de therapeutische indicaties.

Si certains produits comportent cette sorte de riz, ils seront examinés. J'attends les résultats des travaux de la DG4 et de l'AFMPS.

04.03 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Nous attendrons les réponses aux questions que vous avez posées. Plusieurs groupes de population ont été identifiés comme pouvant développer des manifestations accrues de la toxicité, notamment les femmes enceintes qui allaitent, les jeunes de moins de 18 ans et les personnes de plus de 70 ans, les personnes souffrant de troubles rénaux, musculaires et hépatiques ainsi que les personnes hypersensibles ou intolérantes aux statines.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la délivrance des substances euthanasiantes" (n° 9049)

05 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het afleveren van euthanatica" (nr. 9049)

05.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous avais déjà interrogée sur les substances euthanasiantes en juin 2015. Pour rappel, la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie a été complétée en 2005 par des dispositions concernant le rôle du pharmacien dans le cadre de l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes.

Depuis cet ajout, la loi prévoit désormais, en son article 3*bis*, que "le pharmacien qui délivre une substance euthasiante ne commet aucune infraction lorsqu'il le fait sur base d'une prescription dans laquelle le médecin mentionne explicitement qu'il agit conformément à la présente loi. Le pharmacien fournit la substance euthasiante prescrite, en personne, au médecin". S'ensuit le renvoi à deux arrêtés royaux.

Or, il semblerait qu'une partie de cette loi modificative n'a pas été reprise dans la législation malgré son adoption par le Sénat et la Chambre des représentants. En effet, la proposition de loi complétant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie par des dispositions concernant le rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes a été adoptée en commission du Sénat le 18 mai 2005, en séance plénière du Sénat le 2 juin 2005, en commission de la Chambre le 14 juillet 2005 et en séance plénière de la Chambre le 20 octobre 2005.

Cette loi contenait un autre article, l'alinéa 2 de l'article 7 prévoyant un sixièmement: "les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et adresse du pharmacien qui a délivré la substance euthasiante, le nom des produits délivrés et leur quantité ainsi que, le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien". Ces informations devaient donc se trouver dans le document d'enregistrement devant être complété par le médecin qui pratique une euthanasie. Cet alinéa n'est purement et simplement pas dans la loi publiée au *Moniteur belge* le 13 décembre 2005, ni dans un *erratum* qui a pourtant été publié le 25 septembre 2006.

Je trouve cela complètement surréaliste, à moins que je ne sois mal informée, que j'aie mal cherché ou que je fasse une grosse erreur sur le plan juridique.

Madame la ministre, confirmez-vous ces informations? Pourriez-vous m'éclairer sur les raisons de cette situation surréaliste, à savoir qu'une loi adoptée dans les deux assemblées, en commission et en plénière de la Chambre et du Sénat, n'a - à deux reprises - pas été intégrée au *Moniteur belge*?

Si vous confirmez cela, madame le ministre, pourriez-vous me dire, à partir du moment où cette loi a été démocratiquement votée, si un *erratum* sera intégré à la loi du 28 mai 2002? Au-delà de publier correctement et intégralement cette loi, il faudra aussi examiner la manière avec laquelle on va l'appliquer et communiquer aux médecins l'information du changement de cette loi qui, je le rappelle, a été démocratiquement votée et qui se doit donc d'être appliquée complètement.

05.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, comme vous, je constate effectivement que la loi du 10 novembre 2005 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie est publiée dans le *Moniteur belge* du 13 décembre 2005 mais qu'elle a été amputée d'une des deux modifications adoptées par la Chambre des représentants le 20 octobre 2005.

Bien que la loi adoptée ait été transmise au *Moniteur belge* en 2005 par le cabinet du ministre de la Santé publique en vue des procédures de promulgation et de publication au *Moniteur belge*, le troisième article n'apparaît pas. Dix ans plus tard, personne ne peut expliquer ce qu'il s'est passé. J'en prends acte avec vous. Néanmoins, j'ai donné instruction à mon administration de pallier l'erreur de publication de 2005, en publiant en 2016, dans les meilleurs délais, un *erratum* au *Moniteur belge*. Ce sera ainsi plus correct et surtout conforme à la loi qui a été votée. Il faudra aussi en faire un peu la publicité et transmettre des informations à ce sujet. Aujourd'hui, personne ne peut m'expliquer ce qu'il s'est passé.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Soit c'est une erreur, soit ce n'est pas une erreur! L'histoire ne peut pas le dire mais cette hypothèse reste ouverte,

hypothèse selon laquelle un choix a été fait de ne transmettre qu'une partie de la modification législative votée ici. Je vous remercie de faire le nécessaire.

Je vous avoue que, suite à la question que je vous avais adressée en juin 2015, j'avais relu la loi.

Ce petit alinéa qui ne fait que deux lignes a néanmoins un impact sur la manière dont sera dorénavant appliquée la loi. Je me permets dès lors de vous demander de faciliter la tâche des pharmaciens, qui devront transmettre l'ensemble des informations au médecin, et celle des médecins, pour qu'ils puissent incorporer ces informations dans le document d'enregistrement car c'est à eux qu'il revient de compléter ce document. Cela permettra de corriger le dispositif et nous pourrons aussi disposer de nouvelles données.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nouvelle enzyme découverte contre le diabète et l'obésité" (n° 9101)

06 Vraag van de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onlangs ontdekte enzym dat een rol kan spelen in de strijd tegen diabetes en obesitas" (nr. 9101)

06.01 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, madame la ministre, une nouvelle enzyme a été découverte récemment au Canada et pourrait ouvrir la voie à de nouveaux traitements contre le diabète et l'obésité. En effet, cette enzyme, appelée glycérol-3-phosphatase (G3PP), dont on ignorait jusqu'alors l'existence dans les cellules des mammifères, neutraliserait les effets toxiques des excès de sucre dans l'organisme en régulant l'utilisation du glucose et des lipides par différents organes.

Les chercheurs canadiens s'efforcent, à la suite de cette découverte, de trouver des petites molécules qui seraient capables d'activer l'enzyme G3PP. En cas de succès et après des tests concluants sur des animaux, cela constituerait une classe entièrement nouvelle de traitement contre le diabète et l'obésité.

Madame la ministre, pouvez-vous nous donner davantage d'information sur cette nouvelle enzyme découverte et sur les possibilités de traitement qu'elle offrirait? Qu'en est-il de la recherche de traitements contre le diabète et l'obésité en Belgique? La Belgique prévoit-elle de développer des initiatives en vue de financer des recherches sur cette nouvelle enzyme?

06.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Blanchart, il s'agit d'un article publié dans le journal *Proceedings of the National Academy of Sciences* en janvier 2016. Une équipe de recherche canadienne de l'University of Montreal Hospital Research Centre a découvert une enzyme qui serait capable de supprimer les effets toxiques du sucre sur les organes.

L'équipe de recherche a démontré que le glycérol-3-phosphatase peut enlever l'excès de sucre des cellules. Cette découverte pourrait mener au développement de moyens thérapeutiques contre l'obésité et le diabète de type 2.

Les chercheurs poursuivent leurs travaux et sont actuellement à la recherche de molécules activateurs de G3PP pour le traitement des maladies cardiométaboliques. Les résultats décrits par cette équipe canadienne sont encore préliminaires et encore trop précoces pour pouvoir affirmer qu'il s'agit d'une nouvelle voie thérapeutique prometteuse.

Les molécules agissant sur la G3PP devront d'abord être identifiées. Leur efficacité devra être démontrée in vitro avant de passer à des essais chez l'animal qui permettront de vérifier la sécurité de la molécule sélectionnée et son efficacité dans la pathologie visée. Si les résultats sont positifs, on pourra tester le produit chez l'homme ou la femme dans le cadre de différents essais permettant de bien caractériser le futur médicament.

Afin de garantir la sécurité des patients, il est important de préciser que la procédure menant à l'enregistrement d'un médicament et à sa mise à disposition des patients est d'application. L'obtention d'une autorisation de mise sur le marché pour un nouveau médicament nécessite, en effet, la constitution d'un dossier scientifique bien étayé.

Après l'évaluation de ce dossier par les autorités compétentes, un bilan bénéfices-risques du médicament

positif doit être établi afin qu'une autorisation de mise sur le marché soit accordée et que le médicament puisse être commercialisé et remboursé.

Le dossier scientifique doit inclure tous les résultats des études précliniques réalisées chez l'animal et cliniques (phases 1, 2 et 3) réalisées chez l'être humain démontrant la sécurité et l'efficacité du médicament concerné.

La durée totale de ces études est estimée entre sept et dix ans.

La **présidente**: M. Frédéric espérait que cela prendrait moins de temps!

06.03 Maggie De Block, ministre: Moi aussi!

Cela dit, une fois le médicament commercialisé, les études cliniques concernant la sécurité et l'efficacité du médicament continuent (phase 4).

Il s'agit d'une découverte intéressante mais, comme je l'ai expliqué, il faudra attendre les résultats complémentaires avant de pouvoir confirmer qu'un médicament contenant de la G3PP puisse être considéré comme une nouvelle voie thérapeutique potentielle dans le cadre de la médecine quotidienne.

Nous avons donc un peu d'espoir, mais nous restons prudents. En outre, les recherches et les études nécessaires doivent continuer.

06.04 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses complètes. Nous gardons un peu d'espoir, mais les délais sont visiblement assez longs avant que ce ne soit mis en place.

Il est dommage que nous ne puissions pas partager le poids, parce qu'il me manque encore quelques kilos.

06.05 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Je vous en donnerais volontiers!

06.06 Maggie De Block, ministre: Nous sommes plusieurs candidats.

06.07 Philippe Blanchart (PS): D'autant plus que l'OMS annonce pour 2030 une épidémie de diabète-obésité aux portes de l'Europe.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Question de Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments anti-allergie défectueux" (n° 9109)

07 Vraag van mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "verkeerd gedoseerde antiallergica" (nr. 9109)

07.01 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, de nombreux allergènes produits par la firme Stallergenes ont dû être retirés de la vente en décembre dernier. La raison invoquée est l'administration de traitements inadaptés, due à un nouveau système informatique qui aurait occasionné des erreurs d'étiquetage portant sur la composition de ces traitements. Toutes les personnes ayant reçu ces médicaments depuis le 13 août dernier ont donc été sommées d'arrêter de les prendre. Étant donné que 30 % des Belges souffrent d'allergies, une telle nouvelle ne peut qu'inquiéter.

Madame la ministre, combien de Belges sont-ils concernés par cette erreur? Ont-ils été contactés par Stallergenes ou par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFPMPS)? Ont-ils subi ou vont-ils endurer des problèmes de santé à la suite de cette erreur? Comment avez-vous réagi, ainsi que l'AFPMPS, à cette information? Avez-vous entrepris des actions particulières?

07.02 Maggie De Block, ministre: Madame Cassart-Mailleux, je vous remercie pour votre question.

Les autorités françaises nous ont avertis de ce problème par le système européen de notification des défauts de qualité. Nous avons imité les actions menées sur le marché français, en retirant du nôtre les lots

potentiellement touchés.

L'information relative aux personnes concernées par l'erreur de Stallergenes n'est pas répertoriée par l'AFMPS. De plus, l'INAMI ne dispose pas de données individualisées des patients et n'est donc pas en mesure de donner un aperçu de ceux qui sont ou ont été traités avec les médicaments de Stallergenes.

Les personnes concernées ont été contactées par leur pharmacien à la suite d'une communication de l'AFMPS.

Il s'agit d'un traitement préventif des allergies aux pollens et aux acariens. Par conséquent, son interruption ne pose aucun risque immédiat.

L'arrêt du traitement conduit à une interruption du processus de désensibilisation. Il faudra en général recommencer le traitement depuis le début en cas d'interruption de plus de trois mois pour les formes sous-cutanées, ou de plus de quinze jours pour les traitements par administration sublinguale.

La majorité des traitements actuels, en tout cas pour les allergies respiratoires, se font par administration par voie sublinguale. Par cette voie, la réinitialisation de la cure est nettement plus rapide qu'avec la voie sous-cutanée. Donc l'interruption du traitement aura plus d'impact si les allergènes sont administrés par voie sublinguale.

En cas d'erreur de dosage entraînant l'administration d'une dose trop élevée d'allergènes, des réactions allergiques locales ou générales sont possibles.

L'AFMPS n'a reçu jusqu'ici aucun cas de réaction allergique pouvant être lié à ce problème de qualité. Tous les pharmaciens ont néanmoins été informés et ont les moyens de retrouver les patients. Dans le cas auquel je pense, quand la personne présente des symptômes, ce fait sera rapporté.

07.03 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour le caractère complet de votre réponse. Il n'est pas simple de retrouver tous les patients et de faire le schéma à l'envers. Je compte évidemment sur le dialogue avec les pharmaciens qui pourront, eux, à un moment donné, faire passer le communiqué aux patients.

07.04 Maggie De Block, ministre: C'est ce qu'ils ont fait.

07.05 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Je comprends bien que le fait d'avoir arrêté le traitement a des conséquences, mais bénignes. Il faudra simplement recommencer un nouveau traitement pour bénéficier d'une désensibilisation aux allergènes.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le taux élevé de césariennes" (n° 9120)

08 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het hoge aantal keizersnedes" (nr. 9120)

08.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai eu l'occasion de vous sensibiliser en octobre dernier au pourcentage élevé de césariennes, élément qui revient d'ailleurs dans le nouveau rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et de l'INAMI.

Vous m'indiquiez alors que des contacts épistolaires avaient déjà été pris par votre cellule stratégique avec des associations scientifiques ainsi qu'avec un syndicat de médecins. Plusieurs initiatives avaient par ailleurs vu le jour, telles la Plateforme pour une naissance respectée en Wallonie et la campagne Normale Geboorte en Flandre. Enfin, vous précisiez que vous alliez examiner, conjointement avec les groupes professionnels, quelles actions pouvaient être entreprises pour faire baisser ce pourcentage.

Madame la ministre, pourriez-vous me dire si ces rencontres avec les professionnels de la santé concernés ont eu lieu? Si oui, pourriez-vous me dire ce qu'il en ressort et si des pistes de solutions ont pu être avancées?

08.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, je vous confirme que ces rencontres ont bien eu lieu dans le cadre des discussions qui ont mené à la conclusion du récent accord médico-mutualiste. Les conclusions de ces rencontres sont reprises au point 4.2.4 de l'accord. Ce point prévoit qu'en collaboration avec le groupe professionnel concerné, il sera étudié comment les variations de pratiques en matière de nombre de césariennes dans la totalité des accouchements calculés par l'hôpital peuvent être mises en conformité avec les recommandations scientifiques existantes.

Dans le courant de 2017, la Commission nationale médico-mutualiste examinera comment le respect de ces recommandations pourrait constituer une modalité de remboursement dans le futur.

08.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beroepsgeheim bij zorgverleners" (nr. 9124)

09 Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le secret professionnel des prestataires de soins" (n° 9124)

09.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, het is moeilijk om deze vraag op een juiste manier te stellen, want het gaat over een moeilijke problematiek, waarover in het verleden al wel gesproken is, met name het beroepsgeheim. Met recht en reden is het beroepsgeheim bij zorgverleners in ons land wettelijk verankerd. Het is immers een uiterst belangrijk gegeven om een vertrouwensband met de patiënt te kunnen creëren. Het maakt ook dat mensen vrij en vrank over hun problemen durven te spreken. Het is dus een niet te onderschatten instrument.

Toch is, eveneens met recht en reden, het beroepsgeheim niet oneindig. Zo mogen zorgverleners bij misdrijven of daadwerkelijk gevaar informatie doorgeven, maar de lijn is niet altijd even duidelijk. Er is in het verleden al zeer vaak over gediscussieerd.

Onlangs verscheen in de pers een verhaal dat veel mensen heeft geraakt, namelijk het verhaal van Dominique Paeleman, over de zelfdoding van haar dochter en de eenzame strijd die zij voert om de medische gegevens, die in het bezit zijn van de universiteit waaraan haar dochter studeerde, te mogen inzien. Toen ze stierf, was de dochter, amper twintig, in behandeling bij een studentenpsycholoog. Meer weten de ouders niet. Omdat de dochter meerderjarig was, kregen ze geen info toen de dochter nog leefde, en mogen ze nu ook, na haar dood, haar dossier niet inkijken.

Het zijn zulke verhalen die het debat over een te strikte toepassing van het beroepsgeheim steeds opnieuw doen oplaaien. Het is geen eenvoudig debat, maar de vraag is of een psychiater of andere zorgverlener die aanvoelt dat een situatie zo uit de hand dreigt te lopen dat een leven in gevaar komt, een derde daarbij mag betrekken om erger te vermijden. Kunnen naasten in geval van zelfmoord informatie verkrijgen die hen kan helpen bij het verwerkingsproces? Met andere woorden, waar eindigt het recht op privacy of het beroepsgeheim? Kan het risico van zelfdoding beschouwd worden als een reële bedreiging voor het welzijn van de patiënt en zijn omgeving en roept het impliciet een noodtoestand op, waarvoor het beroepsgeheim vandaag al wettelijk mag worden doorbroken?

De wet betreffende de rechten van de patiënt maakte in 2002 een opening in geval van overlijden. Artikel 9, § 4 bepaalt dat naasten mits een goed gemotiveerd en gespecificeerd verzoek van een door hen gekozen beroepsbeoefenaar inzage kunnen krijgen in het dossier van de overledene, indien de overledene daar geen uitdrukkelijk verzet tegen heeft aangetekend.

Ook daar blijven echter heel wat interpretaties mogelijk. Dat bewijst het voorgaande verhaal.

Te veel morrelen aan het beroepsgeheim kan het hele idee ervan onderuithalen. Anderzijds kan in sommige gevallen en onder bepaalde voorwaarden het delen van informatie net positief zijn. In de praktijk blijft er dus nog vaak onduidelijkheid. Er rust ook een heel grote verantwoordelijkheid op de zorgverlener in kwestie.

Mevrouw de minister, mijn vragen aan u zijn de volgende.

Is het niet in het belang van alle betrokkenen – de patiënt, de naaste familie, de zorgverlener – om ter zake via richtlijnen enigszins meer klaarheid te scheppen?

Hoe kijkt u zelf aan tegen een te strikte toepassing van het beroepsgeheim? Wanneer kan volgens u van dat beroepsgeheim worden afgeweken?

Is een gedeeld beroepsgeheim een optie – ik weet dat op dat vlak Justitie deels mee bevoegd is –, waarbij een andere huisarts of een ander aanspreekpunt in een precaire situatie op de hoogte kan worden gebracht?

Hoe bekijkt u het artikel inzake het beroepsgeheim na het overlijden van de betrokken patiënt, dat in de wet op de patiëntenrechten is opgenomen?

In 2006 was er ook een advies van de Orde van artsen over het beroepsgeheim en suïcide. Daarbij werd verwezen naar artikel 61 van de Code van geneeskundige plichtenleer. In 2013 werden aan dat artikel belangrijke wijzigingen aangebracht. Het is misschien aangewezen een nieuw advies over het meldingsrecht of zelfs de meldingsplicht uit te vaardigen.

Kan bij gevaar voor de patiënt in overleg met het beroepsveld een duidelijkere algemene richtlijn worden uitgewerkt voor alle zorgverleners die met een dergelijke problematiek te maken krijgen?

Verontschuldig mij voor mijn lange vraag, maar het gaat om een ingewikkelde materie.

09.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Peel, het is zeker een ingewikkelde probleemstelling. Ik herinner mij dat dit punt in 2002 bij de bespreking van de wet op de patiëntenrechten ook voor veel animo en discussie heeft gezorgd. Het is natuurlijk deels juridisch. Artikel 458 van het Strafwetboek bestraft elke schending van het beroepsgeheim. Daarnaast stelt ook de Code van geneeskundige plichtenleer van de Orde van artsen op medisch vlak de regel in van het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim is echter inderdaad niet absoluut. Wanneer de arts van mening is dat het zijn plicht is om hulp te verlenen aan een persoon die in groot gevaar verkeert, artikel 422bis van het Strafwetboek, kan de arts uitzonderlijk van zijn beroepsgeheim afwijken. Dat wordt dus louter aan de beoordeling van de arts overgelaten. Als dat echter lichtzinnig gebeurt, kan die arts ook weer vervolgd worden via artikel 458, dat elke schending van het beroepsgeheim bestraft.

Elke situatie is anders en moet geval per geval beoordeeld worden door de arts. Daar knelt het schoentje voor een deel. Als een arts mordicus weigert om het beroepsgeheim te schenden, dan kan hij zich altijd op de rechtspraak beroepen.

De voorwaarden bepaald in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt aangaande de indirecte inzage van het dossier van een overleden patiënt zijn gebaseerd op de bescherming van de privacy van de patiënt en de naleving van het beroepsgeheim, die niet eindigen bij het overlijden van de patiënt. Ook daar weer is elke situatie anders en kan ze complex lijken voor de arts die aan het beroepsgeheim gebonden is. Dat blijkt overigens ook uit artikel 61 van de Code van geneeskundige plichtenleer van de Orde van artsen.

Wij gaan een evaluatie van de patiëntenrechtenwet doen. Dat staat ook in het regeerakkoord.

Volgens mij zal zich op dat vlak een beetje dezelfde discussie voordoen. Voor de wetgever past de beslissing om het beroepsgeheim op te heffen in een zeer goed omschreven situatie, waarin er een gevaar zou zijn voor de patiënt of voor mensen in de omgeving van de patiënt, maar het moet altijd de arts zijn die de afweging maakt om al dan niet over te gaan tot de opheffing van het beroepsgeheim. Dat is ook in een rechtbank zo. Soms worden artsen gevraagd om te getuigen, maar zij kunnen zich op elk moment op hun beroepsgeheim beroepen.

Ik begrijp de emotie van een moeder die wil weten wat er met haar dochter scheelt. Deze vraag gaat over een individuele spijtige zaak. Wij kunnen de juridische en medische discussie overdoen, maar ik vrees dat de individuele beoordeling van de arts altijd een rol zal spelen, hoe jammer dat ook kan zijn voor de familie of de partner van de overledene als het beroepsgeheim mee in het graf gaat.

09.03 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik verwachtte geen pasklaar antwoord, want ik begrijp ook dat dit er niet is.

Gelet op de huidige wetgeving en het gebrek aan een afsprakenkader — of het nu van de Orde der artsen moet komen dan wel van hier — begrijp ik dat de meeste zorgverleners zich daar sneller achter zullen verschuilen dan dat zij erover zullen nadenken om het beroepsgeheim in sommige gevallen toch te verbreken. Door de bestaande regelgeving blijft het gevaar vandaag immers bestaan dan men er juridisch op wordt aangesproken als men het verbreekt. De algemene regel is dat het beroepsgeheim slechts zeer uitzonderlijk wordt verbroken.

Ik vraag mij af of het niet aangewezen is om dat debat nog een keer open te trekken, al is het via een nieuw advies van de Orde der artsen, die daarin misschien een rol moet spelen.

Mijn mondelinge vraag is inderdaad geënt op een individueel geval, maar de discussie gaat breder, ze komt heel vaak terug en ze leeft ook heel erg in het patiëntenrechtenplatform, zoals u zei. In 2002 is dat heel terecht opgenomen. Zeker na overlijden kan men zich afvragen of de afweging nog wel juist en correct is om iemand nog te beschermen die overleden is, waardoor er info wordt ontzegd aan mensen die een en ander een plaats proberen te geven.

Ik begrijp dat u nu geen pasklaar antwoord hebt, maar mij lijkt het aangewezen om het debat ter zake te heropenen, zodat in ruime zin kan worden nagekeken of een algemeen kader gecreëerd kan worden of dat er aan de sector richtlijnen kunnen worden verstrekt, waardoor deze genoodzaakt is om er nog eens over na te denken, in plaats van zich, misschien iets te snel, te verschuilen achter de huidige wetgeving en het gebrek aan een afsprakenkader.

09.04 Minister **Maggie De Block**: Er kan altijd een advies aan de Orde der artsen worden gevraagd, maar de wet blijft de wet. Het bewuste artikel in het Strafwetboek zegt dat het beroepsgeheim op geen enkel moment mag worden geschonden, behalve in uitzonderlijke situaties waarin er een gevaar is voor de patiënt of zijn omgeving. Spijtig genoeg kan dat artikel niet meer worden ingeroepen als de patiënt overleden is.

Ik snap uw redenering vanuit een menselijk standpunt, maar het gaat hier niet over het geven van richtlijnen maar wel over het eerbiedigen van het artikel in het Strafwetboek. Ik begrijp dat patiënten zeggen dat het gemakkelijk is om zich op het beroepsgeheim te beroepen, maar het beroepsgeheim is net ter bescherming van de patiënt in het leven geroepen.

09.05 **Valerie Van Peel** (N-VA): Het vermoeden dat iemand zelfmoord zal plegen, is een noodtoestand.

09.06 Minister **Maggie De Block**: Post factum is het echter geen noodtoestand meer, aangezien de patiënt overleden is.

09.07 **Valerie Van Peel** (N-VA): Neen, maar op dat moment...

09.08 Minister **Maggie De Block**: In het geval waaraan u refereert, is de patiënte spijtig genoeg al overleden. Als het gevaar van een zelfmoord dreigt, dan kan men zich inderdaad op artikel 458 beroepen.

09.09 **Valerie Van Peel** (N-VA): Dat gebeurt in de praktijk niet.

09.10 Minister **Maggie De Block**: Toch wel. Als kinderen in gevaar zijn, gebeurt het ook, bijvoorbeeld bij mishandeling.

09.11 **Valerie Van Peel** (N-VA): (...)

09.12 Minister **Maggie De Block**: Inderdaad. Dan gebeurt het wel.

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

10 **Question de M. Luc Gustin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le transfert du poste médical de garde de Hesbaye" (n° 9211)**

10 Vraag van de heer Luc Gustin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verhuizing van de huisartsenwachtpost van Haspengouw" (nr. 9211)

10.01 Luc Gustin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je me permets de vous interroger sur le projet de déplacement du poste médical de garde de Hesbaye, de la commune de Wanze vers la commune de Braives. Afin d'optimiser et d'élargir la gestion des gardes sur les communes de Braives, Burdinne, Hannut, Héron, Lincent, Villers-le-Bouillet, Verlaine et Wanze, ce transfert s'avère urgent et indispensable.

La Conférence des élus de Meuse-Condroz-Hesbaye qui travaille en supracommunalité s'est penchée sur la question, soutient ce transfert et a démontré combien l'attente de la population, des médecins et des communes concernées est grande. Une proposition temporaire est à l'étude et en passe d'être concrétisée sous forme d'un partenariat avec le Centre hospitalier hutois.

Cette initiative de la Conférence des élus me semble toutefois prématurée, alors qu'un dossier a été introduit auprès de votre administration et à propos duquel je souhaiterais vous poser les questions suivantes. Madame la ministre, ce transfert a-t-il reçu votre accord? Avez-vous émis des remarques ou suggestions quant à la finalisation de ce déplacement? Le cas échéant, dans quels délais peut-on espérer le mettre en œuvre?

10.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Gustin, je dois tout d'abord faire remarquer que c'est le Comité de l'assurance instauré auprès du Service des soins de santé de l'INAMI qui prend les décisions sur le financement des postes de garde et ce, sur la base des propositions formulées par la Commission nationale médico-mutualiste.

Dans le cas que vous citez dans votre question, c'est le point 4.1.4.4. de l'accord national médico-mutualiste du 22 décembre 2015 qui sera d'application. Ce point stipule que les nouveaux projets ne pourront être approuvés que pour autant qu'ils remplissent au moins les quatre critères suivants.

Premièrement, un plan d'accord entre les postes de garde de médecine générale, les services de garde et les services d'urgence est soumis concernant l'organisation des soins, le renvoi, la communication et les prestations de services. Les conditions de ce plan d'accord seront fixées au plus tard le 31 mars 2016 par la task force susmentionnée, en tenant compte des chiffres dans le contexte géographique. Pour le 31 décembre 2017, tous les postes de garde de médecine répondront à cette condition.

Deuxièmement, concernant les heures d'ouverture, il est prévu, en principe, au moins 61 heures (week-end complet, à savoir du vendredi soir au lundi matin).

Troisièmement, il faut une couverture territoriale et démographique suffisante avec un seuil minimum.

Quatrièmement, les coûts doivent être en conformité avec les nouvelles règles en matière de standardisation qui seront approuvées pour le 31 mars 2016.

La task force s'est réunie une première fois le 29 janvier 2016. Nous avons formé deux groupes de travail qui se réunissent entre-temps. C'est donc dans le cadre de la concrétisation de ce point de l'accord national médico-mutualiste du 22 décembre 2015 que le dossier cité sera traité.

10.03 Luc Gustin (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse. Je voudrais néanmoins vous rendre attentive au fait que cette maison fonctionne déjà. Dans le cas présent, il s'agit d'un transfert, qui a déjà été bien organisé par les médecins de la zone avec un soutien déjà acquis des différentes communes concernées, notamment un soutien financier.

Je voudrais saisir cette occasion pour attirer votre attention sur le malaise qui règne aujourd'hui parmi les médecins généralistes en ce qui concerne la réforme des postes de garde. En effet, autant moi que mon parti sommes vraiment très inquiets concernant le fait de se baser sur un modèle unique. En effet, il importe de tenir compte de toute une série de spécificités: la population concernée, l'âge des médecins généralistes. Hommes ou femmes, ce ne sont pas les mêmes problèmes qui se posent en matière de garde.

Aussi devons-nous miser sur une écoute des cercles des médecins généralistes en fonction de leur bonne connaissance du terrain pour déterminer le modèle le plus adapté à la garde, qu'il s'agisse des postes

médicaux de garde, le renvoi vers des services d'urgence (le 1733).

Je sais que vous êtes attentive à ces problèmes et, le cas échéant, je reviendrai vers vous dans quelque temps.

10.04 Maggie De Block, ministre: Ce ne sont pas des modèles, mais des critères. Parmi ces derniers figurent ceux relatifs à la continuité des soins, à tout ce qui importe pour le patient, à la couverture territoriale, car notre souhait est de couvrir l'entièreté du pays.

Il est nécessaire de travailler en concertation avec les postes de garde de médecine générale, les services de garde et les services d'urgence. En effet, certaines situations requièrent l'urgence et les soins ne pouvant être dispensés dans un poste de garde, il faut intervenir très rapidement, en cas de danger et pouvoir se mettre en contact.

En ce qui concerne les coûts, une trop grande différence a été constatée entre les projets. Par ailleurs, il n'était pas nécessaire de donner des estimations quant au coût. Les projets pilotes n'en étaient qu'à leur début et ils ont été implémentés sans qu'on se soit interrogé sur leur financement. Il faudra à présent obtenir des explications quant à l'utilisation des moyens publics. En effet, il est question de plus de 18 millions par an.

10.05 Luc Gustin (MR): Madame la ministre, je comprends votre point de vue mais, dans ma région, on a le sentiment qu'on a donné un coup d'arrêt à quelque chose qui fonctionnait bien. Je souhaite attirer votre attention sur le fait que, tant la population que les médecins de ma région, ont pu constater que ce système fonctionne bien. Or il est mis à l'arrêt pour faire d'autres choses ailleurs.

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

La **présidente**: C'était fin mars.

10.07 Luc Gustin (MR): Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Interpellation de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les besoins en hospitalisation spécifique pour les personnes présentant un double diagnostic" (n° 120)

11 Interpellatie van mevrouw Muriel Gerkens tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behoeften inzake specifieke ziekenhuisverpleging voor mensen met dubbeldiagnose" (nr. 120)

11.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, plusieurs personnes présentant un handicap mental souffrent aussi de maladies mentales. Lorsqu'elles bénéficient d'un accompagnement régulier, leur vie se déroule presque normalement.

Néanmoins, elles connaissent parfois des moments de décompensation. Ces crises lourdes peuvent déboucher sur des comportements violents. Ces personnes ont alors besoin d'une hospitalisation dans une structure adaptée, avec du personnel en suffisance et où l'on accepte de telles réactions. Ces établissements doivent répondre aux normes K pendant deux ou trois mois.

La question du double diagnostic n'est pas neuve. En 2014, une résolution fut adoptée au Sénat. En outre, le premier ministre s'est adressé au groupe de travail "double diagnostic" le 16 mars 2015 pour annoncer que ce thème était une préoccupation du gouvernement, mais qu'il attendait les résultats de l'étude du Conseil Supérieur de la Santé (CSS), lesquels devaient être connus à la fin de l'année dernière. Vous-même avez prévu pour cette année un budget dit "d'urgence" de 4,680 millions pour le double diagnostic, les deux tiers étant réservés aux adultes.

Finalement, le Conseil Supérieur de la Santé a rendu son avis, d'où il ressort la nécessité de créer des unités hospitalières "double diagnostic", qui seraient bilingues à Bruxelles. Il établit également que la norme K est indispensable.

Déjà maintenant, il existe cinq unités qui se sont spécialisées spontanément en la matière: à Bierbeek et à Mortsel pour la Flandre, Henri-Chapelle et à Manage pour la Wallonie. Il faudra qu'il y en ait une à Bruxelles.

On a plus ou moins estimé que, si on voulait avoir ces unités – deux en Flandre, deux en Wallonie et une à Bruxelles – cela reviendrait environ à 7,8 millions d'euros pour leur attribuer la norme K. Les acteurs du terrain demandent que l'on concrétise ces éléments.

Madame la ministre, est-il envisageable de satisfaire ces demandes tout de même? Si on ne peut pas prévoir, en 2016 ou en 2017, un budget qui comprenne ces unités-là, ne devrait-on pas permettre que dans chacune des Régions (Bruxelles, Wallonie et Flandre), il y ait une unité capable d'accueillir ce petit nombre de personnes de cette manière qui garantit qu'elles sont accueillies à court terme, et selon la norme K? On pourrait considérer que ces projets seraient des projets pilotes pour pouvoir bien évaluer la meilleure organisation. De cette façon, nous avancerions en la matière.

Des institutions plus larges sont d'accord, dans les faits, d'y consacrer un certain nombre de lits et de membres du personnel, mais ont besoin du financement adéquat pour satisfaire les besoins de ces populations. On sait que si on ne satisfait pas ces besoins de cette manière, les personnes risquent d'être hospitalisées pour de très longues durées alors que, quand tout est bien organisé, elles peuvent vivre de manière autonome.

11.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, je répondrai assez longuement car il s'agit d'une problématique très importante.

Comme vous le savez, en accord avec la Conférence interministérielle Santé publique, l'État fédéral a pris l'initiative de lancer cinq cellules mobiles d'intervention "double diagnostic adulte" concernant les handicaps mentaux plus maladie mentale avec troubles du comportement à raison de 125 000 euros par an par projet. Les cinq cellules sont actuellement actives dans les cinq provinces (Hainaut, Luxembourg, Région de Bruxelles-Capitale, Brabant flamand et Flandre orientale).

Les expériences des projets pilotes fédéraux et l'avis du Conseil Supérieur de la Santé montrent en effet que l'offre de soins en santé mentale n'est pas toujours adaptée et ne répond pas toujours aux besoins des adultes présentant un double diagnostic de déficience intellectuelle accompagnée de troubles psychiques et/ou troubles du comportement. Pour ces adultes et leur entourage, il n'est pas toujours évident d'obtenir une aide adaptée à leurs besoins dans le cadre de soins en santé mentale.

Le Conseil Supérieur de la Santé formule trois recommandations pour rencontrer les besoins du groupe cible. Tout d'abord, améliorer l'accès aux services pour ces personnes par le développement d'un réseau offrant la garantie d'un circuit de soins complet sur le terrain. Ce réseau doit englober tous les secteurs (santé mentale, santé, handicap, enseignement, travail, aide à la jeunesse et justice).

Il doit être inclusif et axé sur la personne.

Deuxièmement, améliorer la formation du personnel de tous les services et veiller à ce qu'ils mènent une réflexion sur les pratiques déployées.

Troisièmement, prévoir des places ou des espaces spécialisés pour les cas les plus complexes.

Le Conseil précise également comment il faudrait organiser les services spécialisés des services hospitaliers, des services de réadaptation et d'hébergement. Ces espaces spécialisés ne doivent toutefois pas, lorsque c'est possible, se substituer au travail accompli par les structures générales. Cette troisième recommandation ne doit pas être dissociée des deux autres. Un meilleur accès à l'ensemble des services et une plus grande adéquation de ceux-ci sont en effet des conditions indispensables pour éviter que ces espaces spécialisés ne deviennent l'unique possibilité pour ces personnes et ne s'avèrent dès lors très vite insuffisants.

Suite à ces recommandations, j'ai décidé de poursuivre le développement de l'offre de soins en santé mentale pour adultes présentant un double diagnostic. Par l'augmentation des moyens investis, l'offre de soins en santé mentale répondra mieux aux besoins du groupe cible et permettra d'aider davantage d'usagers.

L'offre de soins en santé mentale pour adultes présentant un double diagnostic sera complémentaire au réseau des projets 107 pour en faire partie intégrante, tel qu'il est présenté dans le guide *Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. Les coordinateurs des réseaux 107 seront, par conséquent, coresponsables du suivi et de la réalisation de cette intégration, en concertation permanente avec les partenaires des soins en santé mentale ainsi qu'avec le secteur des personnes handicapées.

Les zones d'action des réseaux pour adultes présentant un double diagnostic coïncideront toutefois avec les limites territoriales des provinces et de la Région de Bruxelles-Capitale. L'ensemble de ces zones d'action couvrira le territoire belge dans sa totalité. Les liens de collaboration existant au sein des limites territoriales des provinces et de la Région de Bruxelles-Capitale seront renforcés.

L'accent est mis sur la réalisation d'une offre de crise, comme on appelle le time-out, et sur le développement d'une aide davantage axée sur l'*outreaching* depuis les hôpitaux psychiatriques. Cet aide d'*outreaching* comprend également, outre l'échange d'expertise en la matière avec, par exemple, des équipes mobiles des projets 107 ou les partenaires des soins aux personnes handicapées, l'accompagnement et le traitement à domicile ou en milieu substitutif du domicile.

En plus d'assurer une offre de crise et une aide d'*outreaching*, le réseau assume la responsabilité d'offrir les opportunités nécessaires de mise en observation et de permettre des traitements de courte et de longue durée, de veiller à une concertation appropriée des trajets de soins et de poursuivre l'intensification de l'aide en faveur du groupe cible concerné.

Je suis bien consciente du fait que ce budget ne résoudra pas tous les problèmes du groupe cible dans l'immédiat, mais il s'agit d'un renfort supplémentaire non seulement pour les soins de santé mentale, mais aussi pour un groupe cible bien précis.

Si les réseaux sont d'avis que l'accompagnement n'est pas suffisamment intensifié, les hôpitaux font partie des possibilités reprises dans la réforme (article 107).

Cela implique la possibilité d'une intensification ou d'une meilleure gestion du grand nombre de lits psychiatriques.

Nous offrons, en plus d'un investissement supplémentaire, une opportunité de renforcement aux hôpitaux et aux réseaux.

Dans le cadre de la poursuite du développement d'une offre de soins en santé mentale pour adultes présentant un double diagnostic, je mets chaque année à disposition un financement complémentaire de 3 120 000 euros et les moyens financiers des projets pilotes "double diagnostic", à savoir que 625 000 euros à raison de 125 000 euros par cellule mobile d'intervention y sont intégrés.

Au lieu de diviser les moyens disponibles par onze (dix provinces et la Région de Bruxelles-Capitale) et de répartir le budget entre les différents réseaux, il a été décidé de tenir compte de plusieurs variables conduisant à une répartition qui reflète mieux la réalité, à savoir le nombre d'habitants d'âge adulte, la prévalence des déficiences intellectuelles, la comorbidité avec des troubles psychiques et les différences provinciales en termes de statut socioéconomique.

À partir de ces variables, une répartition a été calculée. Cette dernière permet d'allouer les ressources de façon équitable en tenant compte des variables précitées; ainsi, une pondération statistique spécifique est attribuée à chaque zone d'action. Le budget est réparti entre les réseaux en fonction de ce coefficient de pondération.

En présence des représentants des Communautés et des Régions, la nouvelle injection financière "double diagnostic" et les évolutions futures ont été présentées le 14 janvier 2016 aux directions des hôpitaux où sont développées les cinq cellules mobiles d'intervention "double diagnostic" pour adultes, aux hôpitaux psychiatriques avec une offre spécifique pour ce groupe cible, aux coordinateurs des réseaux relevant de l'article 107 et aux organisations faïtières du secteur.

À la suite de cette rencontre, mon administration a rédigé un modèle pour la description du renforcement de l'offre de soins en santé mentale, dont un à l'attention des adultes présentant un double diagnostic, qui sera

soumis pour approbation au groupe de travail intercabinets, c'est-à-dire la task force Soins en santé mentale.

Après approbation, les réseaux auront la possibilité de transmettre ce modèle au groupe de travail intercabinets. Sur la base du modèle présenté, le groupe de travail évaluera si le réseau répond à la vision, au principe de base et au modèle décrit dans les guides et dans le document. La décision sera communiquée par écrit.

Les réseaux qui sont prêts à entamer la réalisation du renforcement de l'offre de soins en santé mentale pour adultes présentant un double diagnostic pourront utiliser le financement supplémentaire précité à partir du 1^{er} juillet 2016.

Les réseaux qui ne sont pas encore prêts à mettre cette phase de la nouvelle politique en œuvre, sont informés des points spécifiques à améliorer. Ils sont accompagnés pour se préparer aussi vite que possible. Ils introduiront une version remaniée du modèle. L'utilisation du financement précité fera l'objet d'une évaluation intermédiaire approfondie. Le cas échéant, il sera procédé à certains ajustements.

11.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Merci, madame la ministre. Je vois bien qu'on se sert des réseaux de soins de santé mentale, qu'on se sert de la fonction 4 et finalement des projets 107, c'est-à-dire prévoir une hospitalisation si nécessaire. C'est dans ce sens-là que j'interviens. Vous avez un budget que vous répartissez de manière pondérée en fonction des caractéristiques des populations dans les différentes provinces.

Pour ce qui est de cette demande spécifique qui concerne peu de personnes, pour que celles-ci puissent être hospitalisées dans les meilleures conditions, pour que leur situation de crise dure le moins longtemps possible, je n'ai pas entendu dans votre réponse que vous alliez veiller à ce qu'il y ait au moins une structure qui soit accessible dans chacune des Régions.

11.04 Maggie De Block, ministre: Si.

11.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Parce que ce serait bête de le faire par province vu que cela demande des adaptations particulières. Est-il prévu qu'une partie du financement dans sa globalité puisse couvrir au minimum au moins trois structures qui doivent être évaluées dans leur fonctionnement avec l'ensemble du réseau et s'inscrire dans le réseau?

11.06 Maggie De Block, ministre: Cela dépend de la situation locale. Là, nous n'allons pas l'implémenter comme d'habitude. Cela dépend des services et des hôpitaux qui sont présents. Chaque situation sera différente. Il est certain que nous n'avons pas opté pour une solution qui donnerait à chaque province les mêmes moyens parce que les demandes ne sont pas les mêmes dans chaque province. Il y en a où il y a peu de patients de ce type et d'autres où il y en a beaucoup et, là, il faut donner davantage de moyens. C'est la raison pour laquelle nous avons opté pour un financement pondéré.

11.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Merci pour votre réponse. Je vais maintenir ma demande au gouvernement, une motion donc, qui ne remet pas du tout en cause le travail que vous effectuez. Cette motion a pour but de dire qu'au-delà de ce qui est réparti dans les provinces, il serait intéressant qu'on puisse disposer d'une partie de ce budget ou d'un budget supplémentaire. En plus, il existe des hôpitaux psychiatriques qui se sont spécialisés aujourd'hui dans l'accueil de ces patients à double diagnostic. Titeca le fait à Bruxelles. Il y en a deux en Wallonie, deux en Flandre.

Il serait donc bien que l'ensemble des provinces flamandes, l'ensemble des provinces wallonnes et Bruxelles soient d'accord pour qu'il y ait une petite structure qui puisse accueillir ces patients avec du personnel spécialisé, qu'elle serve de projet pilote, qu'on puisse voir comment cette structure s'intègre dans un réseau. Il s'agirait aussi de vérifier qu'il s'agit d'hospitalisations de courte durée. Nous pourrions en tirer les enseignements pour que cette structure s'intègre dans un réseau de soins de santé mentale, et au moyen des budgets 2016-2017.

Il s'agit donc d'attirer l'attention sur cette problématique.

11.08 Maggie De Block, ministre: Vous savez que jusqu'à présent, personne ne s'est occupé de ces patients, qui sont toujours renvoyés d'une compétence à une autre. C'est la raison pour laquelle nous avons

voulu trouver les moyens et un système tenant compte de la situation de terrain. Nous avons donc opté pour la pondération.

On a tenu compte évidemment de l'expertise de terrain. Comme vous l'avez dit, à Bruxelles, c'est plutôt Titeca; en Flandre, c'est Bierbeek. Ces hôpitaux ont été contactés pour coopérer au maximum au projet. Même si ce n'est pas 100 % de leur compétence, quelqu'un doit s'occuper de ces patients à double diagnostic. Ils sont souvent vraiment maltraités.

11.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): C'est bien pour cela que dans la motion, que je ne vais pas lire en détail, j'indique que complémentaiement aux politiques que vous avez mises en place en tant que ministre de la Santé, je vous demande de prévoir que dans chacune des Régions, il y ait ces unités, avec les normes K et des compensations, et de les considérer comme des projets pilotes pour 2016-2017, pour que l'on puisse évaluer les courtes hospitalisations, les stabilisations pour ces patients. Et que tout cela s'intègre bien dans les réseaux de soins de santé généraux, spécialisés, mais aussi évidemment des autres soins.

Ma motion constitue donc un soutien à votre politique.

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 Mme Muriel Gerkens et est libellée comme suit:

"La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de Mme Muriel Gerkens
et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande au gouvernement, complémentaiement au dispositif mis en place par la ministre de la Santé,
- de prévoir dans chacune des Régions Bruxelles, Flandre et Wallonie, une unité spécialisée pouvant accueillir les personnes atteintes de double diagnostic en phase de décompensation. Les unités doivent bénéficier des normes K et du financement adéquat;
- d'organiser ces trois unités comme projets pilotes durant 2016 et 2017 de manière à combiner le développement de ces unités avec l'évaluation de l'intérêt d'exiger des hospitalisations qu'elles soient de courte durée tout en rencontrant les besoins des patients et une stabilisation de qualité;
- d'intégrer ces trois unités dans les réseaux de soins de santé généraux et spécialisés en milieu de vie ainsi que dans les réseaux de services pour personnes handicapées."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Muriel Gerkens en luidt als volgt:

"De Kamer,
gehoord de interpellatie van mevrouw Muriel Gerkens
en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
vraagt de regering, ter aanvulling van de door de minister van Volksgezondheid genomen maatregel,
- in elk van de Gewesten (het Vlaams, het Waals en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) te zorgen voor een gespecialiseerde eenheid die personen met een dubbele diagnose in een decompensatiefase kan opvangen. De K-normen moeten gelden voor die eenheden en er moet voor een passende financiering worden gezorgd;
- die drie eenheden in 2016 en 2017 bij wijze van proefprojecten in te richten, zodat, gelijktijdig met de ontwikkeling ervan kan worden nagegaan of een – zij het korte – ziekenhuisopname aangewezen kan zijn, er aan de behoeften van die patiënten kan worden tegemoetgekomen en er voor een kwaliteitsvolle stabilisatie kan worden gezorgd;
- die drie eenheden te integreren in de algemene en gespecialiseerde gezondheidszorgnetwerken, in de leefomgeving en in de dienstennetwerken voor gehandicapte personen."

Une motion pure et simple a été déposée par M. Dirk Janssens.

Een eenvoudige motie werd ingediend door 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.

Nos travaux se terminent ici. Chers collègues, toute une série de questions sont transformées en questions écrites. La liste de celles-ci sera communiquée au cabinet de Mme la ministre.

La réunion publique de commission est levée à 18.18 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.18 uur.