

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

DINSDAG 25 OKTOBER 2016

MARDI 25 OCTOBRE 2016

Namiddag

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 15.34 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens. De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.34 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Chers collègues, je vous propose de commencer nos travaux avec ceux qui sont là et, ensuite, nous finaliserons la gestion de toutes les questions.

La question n° 12914 de M. Philippe Blanchart est transformée en question écrite. Je transforme également ma question n° 13286 sur les données liées au genre en question écrite, si vous pouvez me donner la copie papier de la réponse. Mme Katrin Jadin transforme également sa question n° 13303 en question écrite. Pour ce qui est des questions jointes n° 13357 de Mme Karine Lalieux et n° 13919 de M. Marco Van Hees, ce dernier retire sa question.

01 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les coûts à charge du patient à la suite de la 6ème réforme de l'État" (n° 13395)

01 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het kostenplaatje voor de patiënt als gevolg van de zesde staatshervorming" (nr. 13395)

01.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, au moment de la sixième réforme de l'État, il y a eu une discussion, pendant les négociations, sur l'importance de continuer à intégrer, y compris pour les matières transférées, le coût à charge du patient dans le cadre du maximum à facturer (MAF). C'est l'article 44 de la loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État qui est concerné.

Jusqu'à l'adoption de cette loi, les tickets modérateurs, dont la compétence a été transférée aux entités fédérées, étaient pris en compte dans le MAF fédéral. C'est, par exemple, la quote-part personnelle du prix de journée des hôpitaux G et Sp isolés et la quote-part personnelle du prix de journée de certaines institutions de revalidation.

L'exposé des motifs de cette loi spéciale est très clair: "Afin de garantir la continuité et la neutralité budgétaire pour le patient, les Communautés et la COCOM pourront, pendant une période transitoire et seulement si elles le souhaitent, continuer à faire appel à l'autorité fédérale afin de continuer à intégrer, contre paiement, les prestations visées ci-dessus, plafonnées aux montants actuels indexés et pour autant que la prestation reste comparable à celle d'aujourd'hui, dans le compteur MAF fédéral". Il est également précisé que "chaque Communauté (avec la COCOM pour Bruxelles) pourra renoncer à ce service, pour peu qu'elle le signale à l'autorité fédérale dix mois à l'avance, sauf en 2014 où ce choix pourra être communiqué jusqu'au 1^{er} octobre. Au-delà du 31 décembre 2019, la prolongation du système suppose la conclusion d'un accord de coopération, éventuellement asymétrique, entre l'autorité fédérale et les entités qui souhaitent continuer à y participer."

Madame la ministre, en pratique, le système mis en place par la loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État fonctionne-t-il et permet-il concrètement de garantir la continuité et la neutralité budgétaire pour le patient? Les Communautés ont-elles, toutes, continué à faire appel à l'autorité fédérale afin de continuer à intégrer les prestations visées dans le MAF fédéral jusqu'à présent? Avez-vous reçu une demande de l'une

des Communautés de conclure un accord de coopération pour prolonger le système au-delà du 31 décembre 2019?

01.02 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, onze collega, Valerie Van Peel, is in aantocht. Zij wist niet dat de vraag als eerste aan bod zou komen.

01.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, het is niet de eerste vraag. Het is de volgende vraag. De huidige vraag is van mevrouw Fonck alleen.

01.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Is het de samengevoegde vraag? (Nee)

Neem mij niet kwalijk.

01.05 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, les dispositions reprises dans la loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État concernant le maximum à facturer (MAF) sont intégralement appliquées. Les tickets modérateurs effectivement payés dans les huit hôpitaux (G et Sp), dans les établissements de revalidation qui ont été transférés aux Communautés, sont enregistrés par les mutualités et repris dans les compteurs du MAF.

Jusqu'à présent, toutes les Communautés font appel à cet arrangement pour lequel ils doivent également payer un montant forfaitaire à l'autorité fédérale. Jusqu'à présent, je n'ai pas connaissance d'une demande d'une Communauté pour conclure un accord de coopération avec l'autorité fédérale afin de pouvoir prolonger cet arrangement au-delà du 31 décembre 2019, mais comme vous avez dit qu'ils avaient dix mois d'avance, je pense qu'ils ont encore le temps de le faire.

01.06 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, merci pour votre réponse. D'accord, mais jusqu'à aujourd'hui, le patient bénéficie de l'intégration dans le MAF, et ce quel que soit le niveau de pouvoir sous l'égide duquel les soins, qu'il s'agisse de *cure* ou de *care*, sont dispensés. Je pense que l'enjeu doit avant tout rester celui du coût à charge du patient, et ce singulièrement pour les patients qui sont visés par le MAF. Il s'agit de patients qui souffrent de pathologies chroniques et le plus souvent graves.

J'ose espérer que les Communautés, même si cela ne relève pas exactement de votre compétence, poursuivront ce modèle au-delà du 31 décembre 2019. Dans le cas contraire, les patients seraient évidemment pénalisés.

Il serait peut-être prudent, madame la ministre, qu'en Conférence interministérielle, vous rappeliez suffisamment tôt aux Communautés qu'il faut conclure un accord de coopération pour que cela soit prolongé au-delà du 31 décembre 2019. L'enjeu en vaut la chandelle pour le patient.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité des médecins généralistes, à la suite de la nouvelle gravissime agression d'un médecin généraliste à Bruxelles le 18 août 2016" (n° 13394)

- M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité des médecins et l'établissement d'une 'liste noire' de patients" (n° 13561)

- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'établissement d'une liste noire des patients violents" (n° 13920)

- M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité des médecins et l'établissement d'une 'liste noire' de patients" (n° 14031)

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veiligheid van de huisartsen, naar aanleiding van het nieuwe geval van zware agressie tegenover een huisarts in Brussel op 18 augustus 2016" (nr. 13394)

- de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veiligheid van de artsen en het opstellen van een zwarte lijst van patiënten" (nr. 13561)

- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het opstellen van een zwarte lijst van gewelddadige patiënten" (nr. 13920)

- de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veiligheid van de artsen en het opstellen van een zwarte lijst van patiënten" (nr. 14031)

02.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, ce n'est pas la première fois que je vous interroge sur la sécurité des médecins généralistes. La dernière agression à Forest du Dr François Depoorter est un fait gravissime.

En avril dernier, vous m'aviez dit que vous alliez évoquer cette problématique avec le ministre de l'Intérieur. Il avait notamment été convenu, à ce moment-là, de la création d'un groupe de travail. Depuis lors, la réflexion avec les médecins, que ce soit via le Groupement belge des omnipraticiens (GBO) ou l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM), est bien entamée pour avancer sur deux volets qui me semblent fondamentaux. Le premier concerne la possibilité d'avoir un appel d'urgence très utile en cas d'agression et qui aurait aussi, à mon sens, un effet dissuasif. Le deuxième volet, c'est la piste également évoquée par les médecins d'avoir une liste de patients à risque de dérapage. Ces patients ne pourraient recevoir des soins que dans des conditions de sécurité renforcées et strictes, notamment avec une escorte la nuit, etc.

Ce sont vraiment deux mesures qui me semblent complémentaires et importantes. Je voulais voir ce qu'il en était et comment on pourrait maintenant avancer de manière concrète et effective parce qu'à chaque nouvelle agression, la situation est catastrophique. Je peux vous assurer que la dernière l'a particulièrement été. Je connais bien les proches de la victime. Cette agression a été particulièrement violente.

Je voudrais aussi, si vous me permettez de compléter ma question, attirer votre attention sur le fait qu'il existe une problématique non négligeable en cas de violence qui survient pourtant dans l'exercice de la profession, puisque les assurances en responsabilité civile professionnelle considèrent qu'elles ne doivent pas intervenir. Sur le volet de l'indemnisation par exemple, il y a un refus des assureurs parce que c'est un fait de violence alors qu'il intervient directement dans l'exercice de la profession, ce que je trouve totalement inacceptable, madame la ministre. Je souhaiterais que vous vous entreteniez avec les assurances et singulièrement avec Assuralia, pour que ce type de motif ne puisse pas être invoqué pour des raisons qui ne sont absolument pas recevables.

02.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, à la suite de ma concertation avec le ministre de l'Intérieur en février dernier, il a été décidé de créer un groupe de travail concernant la sécurité des prestataires de soins. Ce groupe de travail a été créé au sein de la direction Sécurité locale intégrale du SPF Intérieur et ressort ainsi des compétences du ministre de l'Intérieur.

Ce groupe de travail a pour objectif de formuler les recommandations pour éviter toute forme de violence à l'encontre des prestataires de soins.

Entre-temps, une première réunion du groupe de travail a eu lieu. Outre les représentants de la direction Sécurité locale intégrale, les organisations suivantes y étaient représentées ou invitées: les différents syndicats médicaux, l'Ordre des médecins, le SPF Santé publique et le groupe Praag (Patrick Roelandt Anti-agression Group). Mon cabinet y était également représenté.

L'Ordre a proposé de créer un point de contact pour faits de violence sur son site web. Par ailleurs, il réalisera une enquête en collaboration avec la VUB auprès des médecins généralistes. Cette enquête débutera ces prochains jours. Une fois que les résultats de l'enquête seront disponibles, le groupe de travail se réunira à nouveau pour formuler les propositions politiques nécessaires.

02.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, le point de contact existe déjà, tout comme d'ailleurs des statistiques concernant les agressions. Je reste évidemment sur ma faim par rapport à votre réponse.

Quid d'un appel d'urgence, qui pourra avoir un effet dissuasif, très utile en cas d'agression? Quid de cette liste de patients qui ne pourraient recevoir des soins que dans des conditions renforcées et strictes de sécurité, notamment sur base de l'idée exprimée par l'Ordre des médecins? Quid au niveau des refus de responsabilité civile professionnelle, prétendument parce qu'il s'agit d'un acte d'agression et de violence alors même que le fait est subi dans l'exercice de la profession? Je vous demandais d'examiner ce point avec Assuralia et le secteur des assurances.

Madame la ministre, on pourrait vraiment avancer dans ce dossier car les enjeux sont majeurs. Il serait dommage d'attendre de nouvelles agressions pour agir de manière effective.

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

03 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte des médecins diplômés en 2018" (n° 13393)

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 14016)

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte afgestudeerde artsen in 2018" (nr. 13393)

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 14016)

03.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai déjà interrogée à plusieurs reprises sur ce dossier. Je reviens quasiment tous les ans sur la question de la double cohorte. En effet, les études sont passées de sept à six ans. C'est ainsi qu'en 2018 sortiront en même temps les *masters* de sixième et de septième année.

La grande question qui se pose est de savoir comment les stages des médecins généralistes et spécialistes en formation seront organisés pour que le nombre de places soit suffisant, mais aussi pour leur assurer une formation de qualité.

Il y a maintenant un peu plus d'un an, vous m'aviez fait savoir que vous vous penchiez sur la question, mais que vous ne pouviez pas me donner plus d'informations, quant au calendrier notamment.

Je sais que toutes les universités ont planché sur le dossier et ont présenté toute une série de propositions très constructives en la matière. Je sais également que des travaux sont en cours au sein du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

Les trois enjeux qui doivent particulièrement être relevés sont les suivants: le volume disponible de stages, le maintien de la qualité de la formation professionnelle, le financement adéquat.

Il est, maintenant, plus que jamais temps de voir clair dans ce dossier, afin d'avoir le temps d'implémenter les mesures qui s'imposent. Je souhaiterais donc vous entendre sur le sujet.

03.02 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, ik houd het kort, want het meeste is al gezegd door collega Fonck. Ik heb u hierover trouwens ook al een paar vragen gesteld, de jongste keer in juli. Toen sprak u over de budgettaire initiatieven die u nam. U wou onder andere 10 miljoen euro vrijmaken om te voorzien in stageplaatsen in niet-universitaire ziekenhuizen, wat volgens mij een zeer goede maatregel is.

U gaf op dat moment ook aan dat nog verschillende andere zaken onderzocht en uitgewerkt moesten worden, zoals het verlagen van de anciënniteitsvoorwaarden voor stagemeesters en stafleden en het voorzien in voldoende capaciteit en stageplaatsen.

Mevrouw de minister, wat is nu de stand van zaken? Wij zijn weer een paar maanden verder en de tijd begint te korten, dat weet u zelf ook wel. Zijn ondertussen nog andere zaken geconcretiseerd, bijvoorbeeld wat de anciënniteitsvoorwaarden betreft? Daarover was er al een advies vanwege de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen, meen ik. Kan die in uitvoering genomen worden?

Waren er nog andere ondersteunende maatregelen die nu de fase van het onderzoek voorbij zijn en die iets concreter zijn geworden?

03.03 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, mevrouw Van Peel, mon administration analyse actuellement l'occupation des places de stage en tenant compte des "*Scénarios de base de l'évolution de la force de travail*" publiés pour chaque spécialité médicale en juin 2016 par la Commission de planification. Cet automne, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes formulera des recommandations finales pour faire face à la double cohorte.

In opvolging van eerdere adviezen van voornoemde raad, wordt het ministerieel besluit van 23 april 2014 over de transversale criteria voor de erkenning van de stagemeeesters en stagediensten ook gewijzigd. Er wordt onder meer in een versoepeling voorzien van de voorwaarden voor de erkenning als stagemeeester. Dat wijzigingsbesluit is al op 1 oktober in werking getreden en is dus al van toepassing.

03.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Si je résume, cet arrêté royal assouplit les critères d'agrément. Pour le reste, l'administration travaille.

Je crois pouvoir clairement dire que la modification de l'arrêté royal est judicieuse mais cela ne suffira absolument pas pour pouvoir assumer le nombre de jeunes médecins que ce soit pour la médecine générale ou spécialisée. C'est bien de dire que vous étudiez le dossier, mais alors même que le Conseil supérieur des médecins spécialistes et médecins généralistes a quand même déjà avancé toute une série de propositions, nous aurions pu au niveau du parlement obtenir un minimum d'informations et, à tout le moins, échanger sur le sujet. Je le regrette mais je ne peux que vous pousser à faire vite en la matière.

Croire qu'il y aura tout d'un coup de nouveaux médecins généralistes, qui seront agréés pour être maîtres de stage d'un coup de cuillère à pot du jour au lendemain, est un leurre complet. Par ailleurs, je vous incite être attentive au volet financement, puisque le gouvernement tire sur les ficelles jusqu'à les faire céder de tous côtés. Si l'on continue comme cela, nous allons nous retrouver en grande difficulté pour ces doubles cohortes.

03.05 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, in juli hebt u de 10 miljoen euro bekendgemaakt. Nu zegt u dat u de voorwaarden hebt versoepeld. Het is dus elke keer een stap. Ik denk dat u ook wel zult aanvoelen dat er nog een paar stappen te zetten zijn en ik hoop dat wij daarin snel kunnen gaan. Ik begrijp wel dat het geen evident verhaal is. Wij zullen er nog eens op moeten terugkomen om te zien waar wij kunnen landen. Wij hebben natuurlijk nog wel even de tijd.

Ik hoop dat u het, net als ik, evengoed als een kans en niet alleen als een uitdaging ziet. In vorige antwoorden hebt u daar trouwens al naar verwezen. Het is ook de kans om nu in bepaalde specialiteiten tekorten op te vangen. Daarop zal dus zeer doelgericht moeten worden ingezet, maar wij zullen daarop een volgende keer dieper kunnen ingaan.

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

La **présidente**: Les questions n^{os} 13411 et 13412 de Mme Caroline Cassart-Mailleux sont transformées en questions écrites.

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het incontinentieforfait voor zwaarbehoevenden" (nr. 13422)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het incontinentieforfait" (nr. 13614)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "spina bifida" (nr. 13624)

04 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le forfait incontinence pour personnes dépendantes" (n° 13422)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le forfait d'incontinence" (n° 13614)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le spina-bifida" (n° 13624)

Mevrouw Muylle is afwezig.

04.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb begrepen dat het incontinentieforfait een federale tegemoetkoming is voor hulpbehoevenden. In juli verscheen in de kranten een verhaal van een meisje dat geboren werd met een open rug waardoor zij niet zelfstandig naar het toilet kan gaan, maar gesondeerd moet worden. Haar moeder heeft volgens mij aan ieder van ons een brief gestuurd omdat zij graag aanspraak wil maken op het forfait voor incontinentie. Zij vroeg de tegemoetkoming

daarvoor aan. Als antwoord kreeg zij dat haar dochter wel in aanmerking komt, maar dat de wachttijd vier maanden bedraagt. Het probleem daarbij is vooral dat die wachttijd telkens opnieuw begint te lopen als de dochter wordt opgenomen in het ziekenhuis. Dat is met een open rug echter een zekerheid. Ook vanwege epilepsieaanvallen wordt zij regelmatig in het ziekenhuis opgenomen.

Mevrouw de minister, hebt u kennisgenomen van dat dossier?

Bent u bereid om daarvoor een uitzondering toe te staan of om op een bepaalde manier een oplossing te zoeken, zodat die dochter of haar moeder toch aanspraak kan maken op dat forfait?

04.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik zal dat specifiek geval niet herhalen. In het algemeen kan ik zeggen dat hulpbehoevendens soms niet in aanmerking komen voor de tegemoetkoming omdat een ononderbroken periode van vier maanden aan de uitbetaling vooraf moet gaan.

Mevrouw de minister, klopt die bewering, zoals die in de media weergegeven wordt, of kan die periode wel onderbroken worden? Staat een opname in het ziekenhuis het voltooiën van de wachttijd al dan niet in de weg?

In verband met incontinentieforfaits bestaan er ook klachten bij de overgang van een klein naar een groot forfait. Als een betrokkene eenmaal een klein forfait verkregen heeft, moet er weer minstens een jaar verstrijken alvorens de overgang naar een groot forfait gemaakt kan worden. Bij een snel verslechterende situatie is de periode van een jaar mogelijk veel te lang. De mutualiteiten zouden daarop inspelen door de aanvraag voor een klein forfait, in het vooruitzicht van een verslechtering op korte termijn, uit te stellen, maar dat is natuurlijk allesbehalve een optimale situatie.

Mevrouw de minister, klopt dat verhaal, hebt u daar kennis van? Voorziet u dienaangaande in wijzigingen of bent u van plan om daaromtrent te werken?

04.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, mevrouw Jiroflée, de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tracht op verschillende manieren de financiële lasten van de rechthebbenden met een incontinentieproblematiek te verminderen.

In eerste instantie zijn er in de nomenclatuur verschillende verstrekkingen opgenomen waarvoor voorzien is in tussenkomsten voor zowel urinaire incontinentie als fecale incontinentie. Naast deze tussenkomsten zijn er ook twee forfaits in het leven geroepen om de rechthebbenden met een incontinentieproblematiek verder te ondersteunen, namelijk het incontinentieforfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie en het incontinentieforfait voor afhankelijke personen.

Het incontinentieforfait voor afhankelijke personen werd ingevoerd om zwaar hulpbehoevende rechthebbenden die thuis verblijven een tussenkomst te verlenen voor producten die gelieerd zijn aan hun incontinentie. De rechthebbende moet hiervoor inderdaad gedurende vier maanden, berekend binnen een periode van twaalf maanden voor de beslissing tot toekenning van het forfait, een instemming van de adviserend geneesheer verkregen hebben, voor een verpleegkundige handeling die aanleiding kan geven tot de betaling van het forfait B of C, op voorwaarde dat er in het afhankelijkheidsrooster een score van 3 of 4 vermeld wordt voor het criterium incontinentie. Met het oog op dit forfait worden personen die een tegemoetkoming voor autosondage krijgen niet uitgesloten.

Het incontinentieforfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie heeft tot doel een tussenkomst te verlenen aan rechthebbenden met onbehandelbare urinaire incontinentie die geen enkele andere tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering krijgen. Rechthebbenden die reeds een tegemoetkoming voor autosondage krijgen, hebben bijgevolg geen recht op dit forfait.

Op dit moment bestudeert de administratie een aantal hervormingsvoorstellen voor beide forfaits. Zo wordt er nagegaan of er een betere afstemming van beide forfaits kan worden verkregen. Deze problematiek werd ook aangehaald door de leden van het Observatorium voor de chronische ziekten.

De administratie heeft in overleg met mijn beleidscel recent bij het Federaal Kenniscentrum een voorstel ingediend tot onderzoek van de kosten die verbonden zijn aan incontinentieproblemen. Deze studie zou kunnen nagaan met welke kosten de rechthebbenden geconfronteerd worden, op welke wijze de financiering van het incontinentiemateriaal het beste gebeurt, en in welke incentives kan worden voorzien in de

financiering opdat getracht zou worden de rechthebbenden bij wie dit mogelijk is uit de incontinentie te halen.

Gezien de omvang van deze studie kan een daaropvolgende mogelijke aanpassing van de reglementering niet op korte termijn gebeuren. Vandaar het huidige initiatief van mijn administratie.

In antwoord op uw tweede vraag deel ik u mee dat er niet echt een wachttijd is ingebouwd voor het toekennen van het forfait voor afhankelijke personen. De rechthebbende moet wel gedurende vier maanden binnen een periode van twaalf maanden een instemming voor de forfaits B of C – zoals net vermeld – hebben verkregen, maar dit is een voorwaarde om het forfait te kunnen verkrijgen, omdat hierdoor aangegeven wordt dat de rechthebbende zwaar afhankelijk is en dat deze afhankelijkheid een chronisch karakter heeft. Het forfait is immers in het leven geroepen voor chronische, zwaar afhankelijke personen.

Het gaat dus niet om een wachttijd, maar om een voorwaarde om recht te hebben op het forfait. Bovendien wordt de tegemoetkoming in de regel automatisch toegekend en verlengd, dus zonder dat de rechthebbende zelf het initiatief moet nemen. Bijgevolg lijkt het niet opportuun om op dit punt te tornen aan de voorwaarden die overal gelden, ongeacht de aandoening of onderliggende problematiek.

In antwoord op uw derde vraag verduidelijk ik graag dat er geen herstart van de wachttijd is. De voorwaarde "niet verblijven in een instelling op de laatste dag van de periode van vier maanden" dient om na te gaan of de rechthebbende wel thuis verblijft. De incontinentieforfaits zijn immers in het leven geroepen om rechthebbenden met een incontinentieproblematiek die thuis verblijven te ondersteunen. Voor rechthebbenden die in een instelling verblijven wordt op een andere manier tussengekomen door de verplichte ziekteverzekering. Ik wil benadrukken dat de rechthebbenden niet gedurende vier maanden thuis moeten verblijven, maar alleen op de laatste dag van de periode die als referentiedag wordt gezien. Wat in dat artikel staat, klopt dus niet, maar wij weten dat niet alles wat gedrukt staat waar is.

In antwoord op de vragen naar aanleiding van het verhaal van het vijfjarig meisje kan ik u antwoorden dat deze problematiek werd besproken door de patiëntenorganisaties en de verzekeringsinstellingen in de schoot van het Observatorium voor de chronische ziekten. Wij nemen deze problemen en bekommernissen ter harte. Ik heb mijn administratie de opdracht gegeven om op relatief korte termijn een aantal verbeterpunten te realiseren via een aanpassing van het KB van 2 juli 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal.

04.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt, mevrouw de minister. Het doet plezier te vernemen dat er ook oog is voor de individuele problematiek en dat die wordt meegenomen in de hervorming, waardoor er een uitzicht is op beterschap en die opmerkingen worden meegenomen.

04.05 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik ben blij dat mevrouw de minister blijkbaar de hele problematiek toch onder de loep heeft genomen en dat er mogelijk verfijningen aan de regelgeving komen. Dank u.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "de gevolgen van het Toekomstpact voor het geneesmiddelenbudget" (nr. 13424)

- mevrouw **Karin Jiroflée** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "het toekomstpact met de farmasector" (nr. 13761)

05 **Questions jointes de**

- **Mme Nathalie Muylle** à la ministre des **Affaires sociales et de la Santé publique** sur "les conséquences du pacte d'avenir pour le budget des médicaments" (n° 13424)

- **Mme Karin Jiroflée** à la ministre des **Affaires sociales et de la Santé publique** sur "le pacte d'avenir avec le secteur pharmaceutique" (n° 13761)

05.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik ga ervan uit dat mevrouw Muylle niet meer komt. Indien ze immers nog komt, wil ik best nog even wachten. Komt ze niet?

La **présidente**: D'habitude, Mme Muylle est présente quand elle veut poser des questions ou alors elle prévient qu'elle ne les posera pas. Je ne peux donc pas reporter systématiquement les questions.

05.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, het is al een oudere vraag, die namelijk al dateert van 1 september 2016.

Op 27 juli 2015 hebt u met de koepelorganisaties van de farmaceutische industrie een toekomstpact gesloten. Over de inhoud van het afsprakenpakket is al gepraat. Ik hoef daarover dus niet uit te weiden.

Nu blijkt echter dat de overheid 300 miljoen euro meer zal moeten uitgeven dan het bedrag dat in het toekomstpact is ingeschreven.

Klopt de raming? Welke gevolgen heeft ze voor het toekomstpact?

Zal u de farmareuzen aan het pact houden en hen bij wijze van spreken zelf voor de meerkosten laten opdraaien? Neemt u daarentegen bijkomende maatregelen? Zo ja, waaruit bestaan die maatregelen?

Komen er misschien andere sectoren in het vizier wegens het overschrijden van het budget?

05.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw Jiroflée, het betreft inderdaad een oudere vraag, met name over de budgettaire ramingen betreffende het gezondheidsbudget, waaronder de uitgaven voor de farmaceutische specialiteiten.

De cijfers waaraan de CM refereert, betreffen het verschil in 2017 tussen de ramingen en het budgettaire traject, zoals dat in het Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie is vastgelegd.

Volgens de ramingen bedroeg het verschil 335 miljoen euro in 2017. De grote stijging is vooral te wijten aan de meer dan normale grote hoeveelheid innovatieve producten, die het voorbije jaar ter beschikking zijn gekomen en de hoge budgettaire kostprijs voor een aantal nieuwe geneesmiddelen, zoals hepatitis C-geneesmiddelen en ook immunotherapeutische geneesmiddelen in de strijd tegen kanker.

De bruto-uitgaven houden weliswaar geen rekening met de budgettaire compensatie die voor die innovatieve producten gebeurt in het kader van de artikel 81-overeenkomsten, waarin dat ook wordt vertaald.

In het Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische sector is met de sector een specifiek begrotingstraject afgesproken. Toen de ramingen bekend werden, zijn wij dan ook aan tafel gaan zitten. Zowel Febelgen als phama.be heeft aanvaard het budgettaire traject te respecteren.

Wanneer wij nu kijken naar de inspanning die de farmaceutische industrie levert, merken wij dat zij niet alleen hebben gecompenseerd om op het traject te blijven, maar dat zij ook, vooral pharma.be, een bijkomende inspanning van 20 miljoen euro hebben geleverd. Zij hebben op die manier bijgedragen om het gat in de begroting te dichten. Zij blijven dus, enerzijds, op het traject en doen, anderzijds, nog bijkomende besparingen.

05.04 Karin Jiroflée (sp.a): U hebt het zelf goed gesteld, mevrouw, het is om het gat in de begroting te dichten. Ik stel voor dat we op de juiste cijfers en op de gehele discussie terugkomen bij het bespreken van de begroting.

La **présidente**: Lors de la discussion du budget, cela me semble effectivement être le bon moment.

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

La question n° 13426 de Mme De Coninck est transformée en question écrite.

06 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de la réglementation des professions de santé" (n° 13441)**

- **M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consultation**

menée dans le cadre de la réforme de l'AR n° 78" (n° 14037)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la place du patient dans le cadre de la réforme de l'AR 78" (n° 14038)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la concertation menée avec les entités fédérées dans le cadre de la réforme de l'AR n° 78" (n° 14039)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription de groupe" (n° 14040)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme des organes d'avis" (n° 14041)

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de regelgeving betreffende de gezondheidszorgberoepen" (nr. 13441)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de raadpleging in het kader van de hervorming van het KB nr. 78" (nr. 14037)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de plaats van de patiënt in het kader van de hervorming van het KB 78" (nr. 14038)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gevoerde overleg met de deelgebieden in het kader van de hervorming van het KB nr. 78" (nr. 14039)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het groepsvoorschrift" (nr. 14040)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de adviesorganen" (nr. 14041)

06.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'ai déposé cette question début septembre. Je vais donc, si vous me le permettez, sortir du libellé car ce n'est absolument plus d'actualité. De fait, nous ne sommes plus avant mais après la *start conference* sur la réforme de l'arrêté royal n° 78.

J'ai eu l'occasion d'assister à quasiment toute l'après-midi et j'ai pris bonne note des informations données à ce moment-là. Je ne vais évidemment pas vous faire répéter ce que j'ai déjà appris lors de la *start conference*. Par contre, il y a un point qui me semble vraiment existentiel. Ce jour-là, une information a été donnée. Je sais, par ailleurs, que les uns et les autres peuvent déposer et envoyer des commentaires sur le site www.ar78.be mais la question essentielle dans ce dossier pour avancer de manière positive et constructive, c'est d'avoir une réelle concertation avec les différents professionnels de la santé concernés.

Je voudrais donc centrer mon intervention aujourd'hui – au-delà de toutes les informations que vous avez données ce jour-là et dont j'ai pris connaissance à ce moment-là – sur la façon dont vous allez organiser cette concertation avec l'ensemble des professionnels. À quel rythme? Et selon quelles modalités de concertation?

06.02 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, effectivement, mes questions ont été déposées après la *start conference*. Malgré toutes les informations données par Mme la ministre, il reste un certain nombre de zones d'ombre que j'aurais voulu éclaircir cet après-midi. Cinq questions ont été jointes. Je vais essayer d'en faire une synthèse pour éviter de faire perdre du temps à tout le monde mais je souhaite quand même les aborder.

Les lignes directrices de la réforme de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ont été présentées le 28 septembre dernier. À cette occasion, les principaux concepts de cette réforme ont été exposés. Dans ce cadre, une large consultation publique, à laquelle nous venons de faire allusion, se tiendra jusqu'au 30 novembre prochain. Apparemment, chaque citoyen pourra transmettre ses avis ou suggestions.

Lors de cette conférence, aucune information spécifique n'a par contre été donnée concernant les professions individuelles, comme notre collègue vient de le mentionner dans sa question. Les *stakeholders* ont apparemment déjà dû transmettre leur avis dans ce cadre.

Madame la ministre, pourriez-vous nous préciser qui a été consulté dans le cadre de la définition des grands axes de cette réforme? Pour quelles raisons avoir organisé cette large consultation populaire? Pourquoi l'avoir organisée après avoir clairement défini les lignes directrices et les principaux éléments de la réforme? Comment seront évalués les avis et suggestions transmis par les citoyens? Qui s'en chargera?

Par ailleurs, vous dites avoir déjà reçu les avis des *stakeholders* dans le cadre des réformes spécifiques de l'exercice des professions de soins. Quels sont-ils? De qui les avis reçus émanent-ils? Comment seront-ils examinés? Comment la concertation sera-t-elle organisée par la suite?

Vous avez également mis l'accent sur la position centrale et l'autonomie qu'aurait à l'avenir le patient dans le cadre de sa prise en charge médicale. Ce dernier serait également le gestionnaire de son DPI (dossier patient informatisé). Le prestataire de soins sera, pour sa part, uniquement le "copilote".

Vous estimez indispensable que les prestataires de soins donnent aux patients des informations correctes et compréhensibles dans le cadre de sa prise en charge. Cela n'est pas neuf puisque cela fait d'ores et déjà partie, me semble-t-il, des droits et obligations des uns et des autres.

Vous dites par ailleurs que c'est le patient qui définit sa prise en charge et qu'il faut amplifier ses aptitudes à prendre sa santé et ses soins en mains. Pourriez-vous nous dire ce que vous entendez par là? Vous semblez partir du principe que l'ensemble de notre population a les capacités et les compétences nécessaires pour ce faire. Pourtant, vous savez que ce n'est pas le cas. Entendez-vous prévoir des garde-fous pour que chacun, y compris les plus fragiles, continue à avoir accès aux soins dont il a besoin?

Dans le cadre de cette autonomisation, vous mentionnez la nécessité de développer la télémédecine. Il s'agit évidemment d'un vaste chantier. Des concertations étaient attendues dans le cadre du développement et de la mise à disposition de dispositifs et d'équipements médicaux au domicile des patients afin d'encadrer cet important tournant technologique. Pourriez-vous nous dire si elles ont déjà pu avoir lieu et ce qu'il en ressort?

Madame la ministre, je souhaiterais également aborder brièvement la question de la concertation menée avec les entités fédérées dans le cadre de cette réforme.

Il apparaît fondamental de prendre en considération les compétences fédérales, régionales et communautaires pour mettre en œuvre cette réforme.

Chacun sait que le curatif relève du fédéral et que le préventif relève des entités fédérées.

Madame la ministre, comment la concertation avec les entités fédérées se déroule-t-elle? Ont-elles déjà été consultées pour définir les grands axes de la réforme? Sur quels éléments importants la concertation portera-t-elle?

La future législation reposera sur trois piliers: des prestataires de soins compétents – j'ose espérer que c'est déjà le cas –, des soins intégrés et multidisciplinaires, une place centrale pour le patient.

Dans votre nouveau modèle, alors que vous souhaitez transformer le concept pyramidal de l'AR 78 en un schéma de fleur, il n'en reste pas moins qu'une forme de hiérarchie apparaît, avec au sommet, le médecin. Ainsi, seul le médecin pourra être prescripteur et poser, avec les psychologues et orthopédagogues cliniciens, un diagnostic.

Dans le cadre du renforcement des soins intégrés et multidisciplinaires, apparaît par ailleurs la notion de prescription de groupe.

Madame la ministre, pouvez-vous d'ores et déjà nous dire si, à l'avenir, seuls les médecins seront autorisés à effectuer des prescriptions ou si vous envisagez de permettre à d'autres professions de soins de le faire dans des cas très précis? Pouvez-vous nous expliquer plus précisément en quoi consiste la prescription de groupe? Dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, comment la réalisation du traitement sera-t-elle évaluée et comment la question des responsabilités sera-t-elle réglée?

J'en termine par l'aspect de la réforme des organes d'avis. S'il est admis que ces différents organes d'avis avaient jusqu'à présent effectué du bon travail, vous les remettez, par ailleurs, clairement en cause. Vous estimez que les avis conformes et contraignants qu'ils rédigent entraînent des problèmes de cohérence et constituent un système corporatiste segmenté. Ainsi, l'ensemble de ces organes disparaîtrait au profit d'un conseil unique des professions de santé comportant une chambre de déontologie, si j'ai bien compris.

Il m'apparaît, dans votre manière de procéder, au-delà des problèmes de cohérence que vous dites vouloir

régler, que votre objectif est surtout de donner les pleins pouvoirs au politique pour les décisions qui seront prises à l'avenir. D'après les informations données lors de la conférence, ce conseil serait un vaste forum interdisciplinaire avec un rôle purement consultatif. Désirez-vous pouvoir plus facilement vous passer des avis des groupes de travail qui composent ce conseil, et donc de ceux émanant des professions représentées? Confirmez-vous qu'il n'existera alors plus aucun avis contraignant dans ce cadre?

06.03 Maggie De Block, ministre: Oui, j'en ai déjà parlé. Nous nous sommes croisées dans les couloirs ce jour-là, madame Fonck.

Dès 2014, en préparation à cet ambitieux travail de refonte de la réglementation des professions de santé, de nombreux entretiens avec les protagonistes des différents groupes professionnels, du monde académique et des autorités, au-delà de chaque groupe de professions, ont eu lieu.

Je vous donne la liste des organisations qui ont été consultées. Je la transmets à la présidente. Ces organisations sont très nombreuses.

Le SPF Santé publique, le Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes, la Commission des psychologues, les commissions médicales provinciales, la Commission de planification, l'INAMI, l'Université de Gand, celle de Louvain, Arteveldehogeschool Gent, UCLL, KKMG, l'Académie royale de médecine de Belgique, la Koninklijke Academie voor Geneeskunde, ABSyM, Domus Medica, Société de médecine dentaire, chambres syndicales dentaires, APB, VBT, VVT, Ordre des médecins, Ordre des pharmaciens, Axxon, Fédération nationale des infirmières de Belgique, Federale Neutrale Beroepsvereniging Verpleegkundigen, Union générale des infirmiers de Belgique, Vlaamse Verpleegunie, NVKVV, Belgische Federatie voor Zorgkundigen, Unie van Vlaamse Vroedvrouwen, Vivalia, Association belge des Technologues de laboratoire, Scientific Institute of Public Health, Vlaamse Vereniging voor Ergotherapie, Vlaamse Ergotherapeutenbond, Association des ergothérapeutes, Association belge des podologues, Vlaamse Beroepsvereniging voor Voedingsdeskundigen en Diëtisten, Syndicat ophtalmologique, Vlaams Zorgambassadeur, Croix Jaune et Blanche, Zorgnet-Icuro, Vlaams Patiëntenplatform, en Federatie Vrije Beroepen/UNPLIB.

Différentes professions ont également été passées en revue: les médecins, physiciens, assistants, assistants pratiques, dentistes, hygiénistes dentaires, pharmaciens, assistants pharmaceutico-techniques, kinésithérapeutes, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, secouristes ambulanciers, psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens paramédicaux, technologues de laboratoire médical, logopèdes, ergothérapeutes, podologues, diététiciens, orthopédistes, audiologues, auditiens, prothésistes, technologues en imagerie médicale, bandagistes, orthésistes, les commissions médicales provinciales, les commissions de planification, l'organisation du système de garde, les conseils consultatifs fédéraux, les actes délégués.

La concertation a été très large. Les conclusions de ces échanges ont été abordées lors de la conférence de présentation du projet du 28 septembre dernier. Je peux vous confirmer que de très nombreux thèmes ont été abordés.

L'année dernière, il avait été demandé aux conseils consultatifs en matière de professions de soins de santé, comme le prévoit la loi du 10 mai 2015, de formuler des avis relatifs aux compétences de base et aux objectifs de la formation dans le domaine des soins pour lesquels ils sont compétents. Pour autant qu'ils soient disponibles, ces avis sont en cours d'analyse.

Le 28 septembre dernier fut organisée une conférence de lancement, au cours de laquelle les lignes directrices de la réforme ont été présentées. Leur description n'est autre que le fruit de la concertation préliminaire. Une consultation publique est en cours sur le site "ar78.be". Les organisations représentatives seront également entendues.

En définitive, le cadre légal sera fixé par le législateur. Autrement dit, il s'agit d'une proposition consécutive à un premier round. En ce moment, nous organisons un très vaste round consultatif facilité par ledit site internet. Bien entendu, nous allons adapter ce qui a été présenté.

Vous remarquerez, en effet, que le concept d'autonomie du patient (*patient empowerment*) et la *health literacy* ont été repris comme piliers de cette réforme, qui comprend aussi l'autonomie professionnelle et les qualifications du praticien, d'une part, ainsi que la collaboration multidisciplinaire, d'autre part, dans le but de parvenir à des soins intégrés de qualité et efficaces. Il incombe au prestataire de soins de contribuer au

renforcement de l'autonomie du patient afin qu'il puisse, conformément à l'article 5 de la loi de 2002 sur les droits du patient, faire valoir son droit à un service de qualité dans le respect de sa dignité et de son autodétermination, sans quelque distinction que ce soit.

La gestion informatisée du dossier du patient est intégrée et gérée en collaboration avec ce dernier. Elle constitue l'un des instruments lui permettant de faire valoir son droit à l'autodétermination et à l'autonomie. La télémédecine pourrait y jouer un rôle important. Tout cela fait partie du chantier important de l'e-santé.

En ce qui concerne les Régions, le mercredi 5 octobre, une première harmonisation a eu lieu au sein du groupe de travail Professions des soins de santé de la Conférence interministérielle de la Santé publique. Les thèmes qui y ont été abordés sont la formation, la planification et le contrôle de la qualité dans le cadre de la pratique de la médecine.

Vous faites également allusion à des modèles d'accès direct impliquant que les prescriptions médicales ne seraient plus nécessaires pour se rendre chez un prestataire de soins non médical. Il est clair que ceci nécessite une concertation concernant les actes pour lesquels l'accès direct est envisageable. Il sera demandé au Conseil des professions de soins de santé de formuler un avis. De plus, il convient de préciser qu'un certain nombre d'actes seront exclusivement réservés aux médecins, ainsi qu'à d'autres groupes de prestataires bien définis.

En ce qui concerne les prescriptions groupées, il est clair que la responsabilité finale incombe toujours au médecin prescripteur et que chaque dispensateur de soins est tenu d'agir de manière consciencieuse et dans les limites de ses compétences.

La dernière réponse porte sur la réforme des organes consultatifs. Ces organes travaillent actuellement de manière cloisonnée et en parallèle. Il est donc souhaitable d'instaurer un conseil intégré pour les professions de soins de santé qui puisse émettre des avis cohérents indépendamment de tout corporatisme et de la défense des intérêts.

Enfin, je remarque que le Conseil des professions de soins de santé proposé, ainsi que les groupes de travail créés en son sein, ne sont pas des organes décisionnels mais bien des organes consultatifs. Bien entendu, dans le cas où le pouvoir exécutif dérogerait à un avis repris dans un arrêté réglementaire, il conviendra de le motiver dûment, conformément au principe de la légalité constitutionnelle.

06.04 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, merci. Il y a évidemment énormément d'éléments. Je ne vise pas seulement votre réponse. Mais sur ce chantier, je ne vais pas venir, à ce stade, avec les différents points qui m'interpellent, mais je voudrais faire une conclusion en trois aspects.

Premièrement, il y a effectivement eu un premier round. Il est vrai que de nombreux mois ont passé. Il y a eu cette séance d'information. Mais je voudrais vraiment insister sur le fait que, au-delà de la consultation publique que vous faites via le site "ar78.be", pour le tour suivant, une fois qu'on va entrer dans le vif du sujet au niveau des modifications législatives – puisque trois lois différentes seront réalisées –, on n'ait pas seulement consulté les gens, mais qu'on puisse avoir une concertation sur les textes. Les discussions ne pourront que s'enrichir avec l'expertise des gens de terrain.

Deuxièmement, concernant ces concertations, il y a le point "harmonisation" dans le groupe de travail "professions de la santé" qui a été fait en octobre, à la Conférence interministérielle. J'ai été frappé, lors de la conférence de lancement, par la manière dont les représentants de votre cabinet séparaient, comme si ça se coupait au couteau, le *cure* et le *care*. Or, ça ne se coupe jamais au couteau. Singulièrement pour ce qui concerne les patients chroniques. Toute une série de sujets évoqués comme étant déjà des positions prises doivent clairement passer par des discussions avec les entités fédérées.

Troisièmement, je me permets de vous appeler aussi à une certaine forme de vigilance. Je sais que la pyramide est devenue une fleur, dans la manière avec laquelle vous voulez désormais concevoir l'organisation des soins de santé. Le désavantage de la fleur est qu'elle fait porter une responsabilité très forte, dans le pilotage, au patient et à ses proches. Cela peut fonctionner, mais dans un certain nombre de cas, ce pilotage au patient ou à ses proches est beaucoup trop important et ne sera réellement porté, réalisé et assumé par aucun professionnel de la santé.

Là-dessus, je pense qu'il faut quand même avoir une certaine forme de vigilance pour ne pas se retrouver avec des patients qui, *in fine*, ne sont plus pilotés par personne.

Enfin, petit complément, certains éléments sont complètement absents de la conférence de lancement. Je pense, par exemple, à tout le domaine de la recherche clinique. Ils ne sont nulle part dans votre marguerite. En la matière, il y a évidemment toute une série de questions qui se posent. Ce n'est jamais qu'un exemple, parce qu'il y en a d'autres qui m'ont frappée ce jour-là. Cela veut donc dire que le chantier doit vraiment prendre en compte l'expertise et les avis des acteurs de terrain, au-delà des *stakeholders* et des différents représentants.

06.05 **André Frédéric** (PS): Je remercie la ministre pour sa réponse assez complexe vu le nombre de questions. On regardera cela de plus près. Je partage le commentaire qui vient d'être exprimé par ma collègue, Mme Fonck.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 **Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la loi sur le droit des patients" (n° 13464)**

07 **Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wet betreffende de rechten van de patiënt" (nr. 13464)**

07.01 **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, selon une enquête réalisée par Test-Achats auprès de 450 Belges âgés de 30 à 79 ans, des améliorations concernant la loi sur les droits des patients doivent être envisagées.

Seule une personne interrogée sur sept considère en effet être bien informée de ses droits en tant que patient et seule une personne sur trois sait que ses droits font l'objet d'une loi. De plus, une grande majorité des répondants s'estiment moyennement ou mal informés. Si le droit de consulter son dossier semble assez bien connu, six répondants sur dix font toutefois état de problèmes pour y accéder. Par ailleurs, 18 % des répondants affirment qu'ils n'introduiraient pas de plainte contre un prestataire de soins. Les raisons en sont la crainte d'être moins bien soignés, le fait qu'ils ignorent où s'adresser, la conviction qu'il s'agit d'une perte de temps et que la procédure est trop compliquée.

C'est pourquoi Test-Achats plaide pour une amélioration de la loi en proposant différentes pistes, comme la mise en place d'une ligne d'information gratuite pour trouver des réponses claires aux questions relatives aux plaintes, une plus grande indépendance des services de médiation ou encore l'instauration d'une commission de contrôle indépendante chargée de vérifier le bon fonctionnement des structures et de traiter les plaintes contre les services de médiation.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de cette enquête? Avez-vous connaissance d'autres études sur le sujet? Estimez-vous, comme Test-Achats, que les patients ne connaissent pas encore suffisamment leurs droits? Si oui, envisagez-vous des mesures pour améliorer la situation? Que pensez-vous des pistes évoquées par Test-Achats?

07.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Frédéric, l'article de Test-Achats que vous évoquez présente des pistes pour renforcer l'action et l'efficacité du Service de médiation fédéral Droits du patient. Je reste attentive à tous les signaux et toutes les idées provenant du terrain.

Par contre, je constate que des efforts ont eu lieu pour faire connaître la loi de 2002 relative aux droits du patient, tant auprès des patients qu'auprès des professionnels de la santé. Ces actions ont été menées par le SPF Santé publique. Les plates-formes d'organisations de patients comme la LUSS et le Vlaamse Patientenplatform ont également organisé des campagnes vers leurs membres. La distribution de matériel promotionnel du SPF se poursuit sur base régulière et continue au cours des années et sous différentes formes. La campagne la plus récente date du 8 décembre 2015. Un nouvel outil de promotion a été et diffusé: huit films pédagogiques de deux minutes illustrant concrètement chacun des droits du patient. Les films ont été distribués aux partenaires du secteur. Certains d'entre eux les ont placés sur leurs sites web.

Chaque citoyen peut également visionner les petits films via l'espace You Tube du SPF Santé publique. En tant que Service de médiation fédéral Droits du patient, cette cellule joue un rôle d'écoute et de guidance

pour des patients qui manifestent une plainte et qui ont des questions spécifiques concernant leurs droits. La cellule veille à mentionner aux patients concernés les instances qui pourraient prendre en charge leurs doléances en fonction du type de plainte en cause de la demande formulée.

Le rapport annuel 2015 de la cellule indique ainsi que sur les 792 plaintes reçues, 281 ont été directement traitées par elle, 195 plaintes ont été orientées vers les services de médiation locaux et 287 vers des instances tierces, que ce soit dans les services de défense des membres des mutuelles, le fonds d'indemnisation des accidents médicamenteux, l'Ordre des médecins, les services d'inspection d'institutions de soins, l'INAMI, etc.

La cellule comptabilise aussi près de 370 demandes d'informations formulées sur les droits du patient.

En ce qui concerne le fonctionnement du Service de médiation fédéral Droits du patient au niveau local, je souhaiterais insister sur le fait qu'en 2014, les médiateurs hospitaliers ont enregistré plus de 14 500 plaintes de patients. Tant au niveau local qu'au Service de médiation fédéral Droits du patient, les chiffres des plaintes et des demandes sont en augmentation chaque année et reflètent la croissance de la visibilité et de la meilleure connaissance des services de médiation et des droits des patients.

07.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour la précision de vos réponses. Il est vrai qu'en vous écoutant, beaucoup de choses se mettent en place, mais peut-être de façon paradoxale. En effet, on constate qu'une personne sur sept considère ne pas être informée de ses droits.

Je pense qu'il faut rester attentif. Je ne dis pas que cela a une valeur scientifique car l'étude émane de Test-Achats. Entre ce qui est mis en place et la perception qu'en ont les personnes sur le terrain, il existe quand même un différentiel auquel il faut continuer à être attentif.

La **présidente**: Il est vrai qu'on a tendance parfois à surinvestir les moyens d'information mais cela demande une démarche proactive. Ce sont parfois ceux qui en ont le plus besoin qui ne font pas la démarche.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Questions jointes de

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la campagne pour le don de sang de l'été 2016" (n° 13472)**

- **M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'autorisation de don de sang pour les hommes homosexuels" (n° 14176)**

08 Samengevoegde vragen van

- **de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bloeddonicampagne van de zomer van 2016" (nr. 13472)**

- **de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toestaan van bloeddonicatie door homoseksuelen" (nr. 14176)**

08.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, cet été, une campagne a été lancée via les panneaux publicitaires et les enseignes. Les lettres symbolisant les groupes sanguins avaient été ôtées pour rappeler la pénurie de sang et appeler à la solidarité de tous afin que toute personne en besoin de sang puisse être transfusée.

Madame la ministre, pouvez-vous nous indiquer quelle était la situation en matière de stocks de sang cet été? Était-elle similaire à celle des autres années? Cette campagne a-t-elle porté ses fruits? En quelle proportion?

Vous allez, en accord avec la Croix-Rouge, ré-ouvrir le don de sang aux homosexuels abstinents depuis un an. Vous m'en avez parlé encore tout récemment et vous m'avez indiqué que votre projet était presque prêt.

Cette mesure est déjà d'application dans d'autres pays européens. Y a-t-il eu depuis, dans ces pays, des donateurs homosexuels dans les centres? En quelle proportion? Y a-t-il une évolution de ce nombre? Comment les conditions d'accès au don du sang, différentes selon les pays, à savoir conditionnées ou non à une abstinence sexuelle préalable de la part des donateurs homosexuels, ont-elles influé sur le nombre?

La participation des homosexuels au don de sang y a-t-elle permis d'enrayer une éventuelle pénurie? Les dons de sang des homosexuels y ont-ils été contrôlés afin de s'assurer qu'ils étaient sans risque? Ont-ils dès lors été jugés aussi fiables que les dons des autres?

À la lumière de cette expérience concrète, est-il envisagé dans ces pays de permettre, à terme, les mêmes conditions d'ouverture au don de sang que pour les hétérosexuels, à qui on ne demande aucune abstinence sexuelle préalable, même s'ils multiplient les aventures?

Quelles leçons en tirez-vous pour ouvrir le don de sang aux homosexuels et leur permettre de contribuer à une fourniture suffisante de sang à notre système de soins?

08.02 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je reviens vers vous sur un sujet qui, vous le savez à présent, me tient très fortement à cœur, à savoir l'exclusion du don de sang pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Interdiction, il me plaît de le rappeler, contre laquelle s'était prononcé l'avocat général de la Cour européenne de Justice, le 17 juillet 2014, jugeant que l'homosexualité ne constituait pas "en soi" un comportement qui justifierait l'exclusion permanente du don de sang.

Le 25 mai dernier, alors que je vous interrogeais sur les avancées obtenues en la matière, près d'un an après que j'aie déposé une proposition de résolution visant à revoir ce critère d'exclusion, notamment consécutivement à l'avis du Conseil supérieur de la Santé en la matière, vous m'informiez qu'un projet d'avis avait été présenté à un groupe de parties prenantes et que, par ailleurs, vous attendiez les résultats d'une table ronde organisée le 27 mai en présence de différents acteurs ayant une expertise sur la question afin de vous guider dans votre prise de décision.

Madame la ministre, vous le savez, nous estimons qu'il est grand temps de mettre fin à cette discrimination que constitue l'interdiction du don de sang pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, d'autant que la Croix-Rouge fait parfois face à des risques de pénurie.

L'avis du Conseil supérieur de la Santé en ce qui concerne l'opportunité et les conditions éventuelles d'une autorisation de don de sang pour des hommes qui ont eu des rapports sexuels avec d'autres hommes a-t-il enfin été rendu? Pouvez-vous nous faire part de ses conclusions? Si ce n'est pas le cas, quand est-il attendu?

Pouvez-vous par ailleurs nous préciser quels points de vue ont été exposés lors de la table ronde du 27 mai par les différents acteurs? Quelles avancées sont-elles prévues suite à cette rencontre?

Enfin, êtes-vous en mesure de nous dire à quelle échéance les homosexuels masculins auront le droit de donner leur sang en Belgique comme cela se fait, rappelons-le, en Australie ou au Royaume-Uni et récemment aussi en France et aux Pays-Bas?

08.03 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, monsieur Senesael, la campagne que vous évoquez faisait partie d'une campagne internationale de sensibilisation pour les institutions en charge des dons de sang. Pour des raisons stratégiques, la campagne a eu lieu durant les mois d'été, période pendant laquelle il y a traditionnellement moins d'affluence de donneurs. Une vue d'ensemble des stocks de concentré d'érythrocyte dans les institutions en charge des dons de sang en Belgique montre une augmentation marquée à partir de la semaine 33, qui peut être attribuée à cette campagne. Les chiffres de la Croix-Rouge flamande, publiés sur son site internet, vont effectivement dans ce sens. Les données concernant les stocks de sang disponibles dans les établissements de transfusion sanguine du pays ne permettent pas de faire clairement une comparaison avec les années antérieures.

En Europe, le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont pris l'option respectivement en 2011 et en 2015 d'exclure désormais temporairement les donneurs pour une durée de douze mois après le dernier contact *men who have sex with men*. Un article récent de *Germain et al.* de 2016 montre ainsi que l'incidence du VIH chez les donneurs de sang reste inchangée après la mise en place de l'exclusion temporaire.

Les chiffres exacts sur la proportion de donneurs de *men who have sex with men* dans la population de donneurs, le nombre de dons et son évolution éventuelle ne sont actuellement pas encore disponibles. De ce fait, l'impact sur l'approvisionnement en sang n'est pas connu.

En ce qui concerne la sécurité infectieuse, les marqueurs de VIH, hépatite B (VHB), hépatite C (VHC) et de la syphilis sont détectés à chaque don et le chiffre disponible indique que le nombre de séroconversion par le VIH chez les donneurs de sang reste inchangé après l'adaptation de l'exclusion temporaire.

Les centres de transfusion sanguine utilisent des critères d'exclusion clairs pour les comportements sexuels à risque, quelle que soit l'orientation du donneur potentiel, fondés sur une évaluation du risque de contracter une maladie infectieuse transmissible par le sang.

Après la table ronde, je prépare actuellement une proposition afin de mentionner les critères d'exclusion temporaires pour les comportements à risques dans la loi sur le sang.

Il convient de suivre la procédure mais il est certain qu'on parle uniquement d'une exclusion temporaire et non plus d'une exclusion à vie.

08.04 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour ces réponses. J'attends impatiemment le texte qui sortira. J'entends bien qu'en France, la même attitude a été adoptée. Si on opte pour ce document d'abstinence pendant un an, je ne vois pas pourquoi on ne le fait pas signer également aux hétérosexuels qui potentiellement multiplient les aventures sexuelles, et donc les risques.

08.05 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse mais c'est lent, lent, lent! Comme M. Flahaux vient de le mentionner, c'est de manière vraiment pointée et fallacieuse qu'on exclut d'office les homosexuels, comme s'ils étaient tous des personnes à risque, alors que des hétérosexuels pourraient aussi avoir des comportements à risque. Il n'y a pas, à leur rencontre, la même focalisation que celle vis-à-vis des homosexuels. J'entends bien que vous ferez une proposition pour mentionner les comportements à risque pour une exclusion temporaire du don de sang. Je rappelle la proposition de résolution qui a été déposée. Nous avons hâte d'avoir connaissance de cette proposition pour pouvoir se positionner par rapport à votre texte.

La **présidente**: C'est un dossier à suivre avec empressement.

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

09 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een verhoogde kans op leukemie rond Mol-Dessel" (nr. 13474)
- de heer Servais Verherstraeten aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verband tussen leukemie bij kinderen en de nucleaire site van Mol-Dessel" (nr. 13498)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verhoogde risico op leukemie voor kinderen die in de buurt van de nucleaire site Mol-Dessel wonen" (nr. 13539)
- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verhoogde risico op leukemie voor kinderen in de buurt van bepaalde nucleaire sites" (nr. 13559)
- mevrouw Karin Temmerman aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het hogere aantal gevallen van leukemie bij kinderen rond de nucleaire site in Mol-Dessel" (nr. 13585)
- de heer Jean-Marc Nollet aan de minister van Energie, Leefmilieu en Duurzame Ontwikkeling over "de resultaten van het epidemiologisch onderzoek rond de nucleaire sites" (nr. 13627)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het eventueel verband tussen de aanwezigheid van nucleaire installaties en het ontstaan van kinderkanker" (nr. 13655)

09 Questions jointes de

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le risque accru de leucémie dans les environs de Mol-Dessel" (n° 13474)
- M. Servais Verherstraeten à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lien entre les cas de leucémie chez des enfants et le site nucléaire de Mol-Dessel" (n° 13498)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques plus élevés de leucémie pour les enfants résidant aux alentours du site nucléaire de Mol-Dessel" (n° 13539)
- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des risques de leucémie infantile à proximité de certains sites nucléaires" (n° 13559)
- Mme Karin Temmerman à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre plus

élevé de cas de leucémie chez les enfants aux alentours du site nucléaire de Mol-Dessel" (n° 13585)
- **M. Jean-Marc Nollet à la ministre de l'Énergie, de l'Environnement et du Développement durable, sur "les résultats de l'étude épidémiologique relative aux sites nucléaires" (n° 13627)**
- **M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lien éventuel entre la présence d'installations nucléaires et l'apparition de cancers chez les enfants" (n° 13655)**

09.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, kinderen tot veertien jaar die in een straal van vijftien kilometer rond de nucleaire afvalsite van Mol-Dessel opgroeien, krijgen volgens onderzoek twee tot drie keer vaker leukemie dan hun leeftijdgenoten. Volgens de onderzoekers is er ook een verband tussen de afstand tot de nucleaire afvalsite en de windrichting waarin de radioactieve uitstoot waait.

Er is allicht een vervolgonderzoek bij een grotere groep nodig, maar dit is toch een ernstig teken aan de wand.

Mevrouw de minister, neemt u dit probleem ernstig? Wat zult u doen om deze kinderen te beschermen? Plant u een vervolgonderzoek? Zo ja, met welke timing? Wanneer zult u meer duidelijkheid kunnen verschaffen aan de betrokken families?

09.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, on vient de rappeler cette publication dans le *European Journal of Cancer Prevention*. J'ai ici cette étude et je l'ai examinée. Ma collègue vient d'en citer les grandes conclusions. Une étude complémentaire sera nécessaire, comme vous l'avez annoncé.

Ceci étant, il ne s'agit pas de la première. Nous avons l'étude belge Nucabel. Nous en avons également une autre, qui avait été reprise lors du séminaire de l'Autorité de sûreté nucléaire française qui s'est tenu en juin 2015. Les mêmes aspects y avaient été identifiés. En outre, toute une série d'études ont été réalisées à l'étranger, et comportent des méta-analyses, parfois avec des résultats contrastés, mais parfois avec des résultats malheureusement positifs. Je retiens notamment cette étude épidémiologique récente qui a montré un excès de leucémies chez les enfants de 0 à 4 ans autour des centrales nucléaires allemandes. On sait qu'il n'est pas simple de tirer des conclusions de telles études. En effet, il s'agit de petits nombres. Mais dans les méta-analyses figurent une série de données et d'études qui convergent.

Je comprends et approuve le fait que l'on demande une étude complémentaire. En même temps, compte tenu du petit nombre, on risque d'arriver au même type de conclusion. Mon raisonnement m'amènerait plutôt à dire que compte tenu des résultats des études en méta-analyses et des autres situations d'excès de leucémies dans cette tranche d'âge autour de centrales nucléaires à l'étranger, il faudrait passer à une étape plus forte et ambitieuse, et appliquer un principe de précaution à l'intérieur d'un périmètre géographique autour des centrales.

09.03 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, selon les conclusions d'une récente étude scientifique portant sur la relation entre la proximité géographique de la zone nucléaire de Mol-Dessel et le risque épidémiologique pour la population locale, les enfants vivant dans un rayon de 15 kilomètres autour du site auraient deux à trois fois plus de risques d'être atteints de leucémie infantile que leurs pairs ailleurs en Belgique.

Depuis plusieurs années, la zone nucléaire de Mol-Dessel a pour principale fonction le stockage de matières nucléaires. Or, des études effectuées en 2013 rapportaient déjà la possibilité d'un risque accru de développer un cancer de la thyroïde en résidant à proximité du site.

Si certains experts tempèrent ces conclusions arguant que le nombre d'enfants atteints de leucémie dans la région reste très faible en chiffres absolus, ceux-ci insistent, néanmoins, sur la nécessité d'entreprendre des recherches plus approfondies afin d'évaluer la pertinence de cette corrélation pour le moins préoccupante.

Madame la ministre, des recherches ont-elles été récemment entreprises par votre département sur la possible corrélation entre la proximité géographique d'un site nucléaire et un risque épidémiologique accru pour la population concernée? Si oui, corroborent-elles les conclusions de l'étude susmentionnée? Des mesures visant à analyser de manière approfondie la présence d'un risque épidémiologique accru à proximité des sites nucléaires sont-elles envisageables? Si oui, de quelles mesures s'agit-il?

09.04 Karin Temmerman (sp.a): Mevrouw de minister, de andere vraagstellers hebben al de contouren van de vraag en de geschiedenis geschetst. Ik zal die dus niet herhalen.

Ik wou er alleen aan toevoegen dat de aanleiding voor het vorig onderzoek een Duitse studie van 2008 was naar aanleiding van het nucleaire incident in Fleurus. Daar was toen duidelijk dat er toch wel wat gevolgen zijn voor de gezondheid van kinderen die in de omgeving van nucleaire installaties wonen.

Mevrouw de minister, mijn vragen zijn gelijkaardig.

Het bijkomend onderzoek dat is bevolen, loopt momenteel nog. Indien niet, dan moet u de andere informatie maar geven.

Wanneer worden de resultaten van dat onderzoek verwacht?

Welke maatregelen kunnen worden getroffen om de gezondheid van de omwonenden van de nucleaire sites, zeker de gezondheid van de kinderen, beter te beschermen?

09.05 Jean-Marc Nollet (Ecolo-Groen): Madame la présidente, permettez-moi tout d'abord de remercier la ministre Marghem d'avoir laissé plusieurs de mes collègues poser leurs questions cet après-midi. Cela figurera dans le compte rendu de nos travaux, car c'est suffisamment rare pour que je puisse le signaler.

La **présidente**: Ceux qui poseront leurs questions après vous sont moins heureux.

09.06 Jean-Marc Nollet (Ecolo-Groen): Je présente toutes mes excuses auprès de mes collègues, mais lorsque la ministre Marghem se comporte bien, il faut aussi le mentionner.

Madame la ministre, la presse s'est récemment fait l'écho de l'étude épidémiologique réalisée autour des sites nucléaires en Belgique.

Rappelons par ailleurs qu'une étude allemande publiée à la fin 2007 – évoquée tout à l'heure par ma collègue – relevait déjà des cas de leucémie infantile plus nombreux que prévu chez les personnes vivant à proximité immédiate des centrales nucléaires. Signalons qu'une autre étude, publiée en France, a également mis en avant une hausse des cas de leucémie chez les enfants âgés de moins de cinq ans dans un rayon de cinq kilomètres autour des sites nucléaires.

J'ai déjà eu plusieurs échanges sur ce dossier avec le gouvernement. L'AFCN a également communiqué à l'époque qu'aux environs des sites de Mol-Dessel et Fleurus, le nombre de cas de cancer de la thyroïde était plus élevé.

En réponse à ma question écrite n° 583, on m'indiquait qu'il avait été convenu qu'une étude épidémiologique de suivi soit organisée, en me précisant qu'elle avait été réalisée en juin 2015 et que les données étaient en cours de traitement. Plus d'un an après, je suppose que vous avez reçu les résultats de cette analyse complémentaire. Que dit-elle à propos de chacun des sites concernés?

En novembre 2011, l'ISP terminait l'introduction de son résumé en précisant que les sites nucléaires de Mol-Dessel et de Fleurus soulevaient des questions. Qu'en est-il à présent?

Quelle conclusion politique tirez-vous de toutes ces considérations pour l'avenir énergétique du pays et la préservation tant de l'environnement que de la santé des citoyens?

09.07 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, pour éviter d'être redondant, je vais résumer ma question.

Madame la ministre, dans le quotidien *De Morgen* du 12 septembre 2016, est paru un article faisant état d'une augmentation du nombre de leucémies chez les enfants âgés de zéro à quatorze ans dans la région de Mol-Dessel.

Ces constatations posent une nouvelle fois la question d'un lien éventuel entre la présence d'installations nucléaires et l'apparition du cancer chez les enfants. Évidemment, des résultats de ce type doivent être considérés avec prudence et devraient être confirmés par des études scientifiques supplémentaires.

Madame la ministre, jugez-vous nécessaire de mener de nouvelles études afin d'établir ou d'écarter de façon

scientifique l'existence d'un lien éventuel entre la présence d'installations nucléaires et l'apparition de cancers chez les enfants résidant à proximité?

09.08 **Maggie De Block**, ministre: Je vous remercie mevrouw Dedry, madame Fonck, madame Jadin, madame Temmerman, monsieur Nollet et monsieur Senesael, pour vos questions.

De studie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, ISP in het Frans, die in juli 2016 gepubliceerd werd in de *European Journal of Cancer Prevention* vindt een verhoging van acute leukemie bij kinderen onder de vijftien jaar dicht bij de site van Mol-Dessel. Daar is een aantal kanttekeningen bij te plaatsen, zo bevestigen ons ook de betrokken wetenschappers. Ik kom daar straks op terug. Ik geef nu eerst de naakte resultaten, maar het is een beetje moeilijk om daaruit snel conclusies te trekken.

De onderzoekers zien inderdaad een twee tot drie keer hoger risico voor de cirkels met een radius van 5 kilometer, 10 kilometer en 15 kilometer rond de site van Mol-Dessel. Er zijn geen statistisch verhoogde risico's meer in een cirkel met een straal van 20 kilometer. Dat is een situatie die ook in het buitenland voorkomt, in die zin dat de landen die verhoogde risico's observeren rond de nucleaire sites, deze steeds terugvinden in de nabijheid van nucleaire sites. Men neemt een cirkel met een straal van 5 kilometer, zowel in Duitsland als in Frankrijk, niet op grotere afstand.

Kinderleukemie is een zeldzame ziekte, wij blijven dus praten over beperkte aantallen. Rond de andere nucleaire sites, Doel, Tihange en Fleurus, observeren de onderzoekers geen statistisch significant verhoogd risico van acute leukemie bij kinderen onder de vijftien jaar. Op het Belgisch grondgebied rond Chooz waren er voor de periode 2004-2008 ook geen gevallen van acute leukemie bij kinderen onder de vijftien jaar.

In tegenstelling tot de Franse studie en ook de Duitse studie, de KiGGS-studie, observeren de onderzoekers geen verhoging rond de kerncentrales, maar dus wel rond de site van Mol/Dessel, waar een combinatie van industriële activiteiten en onderzoeksactiviteiten plaatsvindt. Eén van de beperkingen van de studie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid was de korte periode waarover incidentiedata van kanker beschikbaar zijn in België. Voor de studie waren de data beschikbaar van 2002 tot en met 2008 voor Vlaanderen. Voor Brussel en Wallonië waren ze enkel beschikbaar van 2004 tot 2008, dus twee jaar minder. Een tweede nadeel was dat kankerdata in België tot dan enkel beschikbaar waren op een vrij groot geografisch niveau.

Wanneer verhogingen van ziekten worden vastgesteld rond wat wij puntbronnen noemen, is de volgende stap na te gaan of er een evidentie is voor een mogelijke associatie met een puntbron, in dit geval de nucleaire site van Mol-Dessel. De onderzoekers hebben dit in die studie geprobeerd. Er is nagekeken of er een associatie is tussen het nieuw voorkomen van kinderleukemie en de afstand, de dominante windrichting en de gemodelleerde uitstoot van argon-41. Voor elk van deze drie surrogaatblootstellingen bleek de associatie met het nieuw voorkomen van kinderleukemie significant voor de site van Mol-Dessel. Echter, effecten van het milieu op de gezondheid zijn dikwijls vrij gelokaliseerde fenomenen.

Gezien kankerdata enkel aanwezig waren op vrij groot geografisch niveau is er een reële mogelijkheid van meetvertekening in de studie. Deze kan in twee richtingen gaan. Het kan zijn dat wij positieve associaties observeren die er eigenlijk niet zijn. Het kan ook zijn dat wij geen associaties vinden, terwijl die er eigenlijk wel zijn.

Het besluit van de vorige studie was dus dat, om associaties met de nucleaire site na te gaan, de kankerdata in België beschikbaar moeten worden op het niveau van de statistische sector.

En 2012, il a été convenu d'organiser une étude de suivi autour des sites nucléaires une fois que l'on disposerait de données relatives au cancer sur une période plus longue. Les données sur la survenue de nouveaux cas de cancer en Belgique devaient, par ailleurs, porter sur des zones géographiques plus petites, à savoir du niveau du secteur statistique. Les procédures pour retranscrire au niveau du secteur statistique les données sur l'apparition de nouveaux cas de cancer dans le cadre de cette étude ont été lancées et ont porté leurs fruits en juin 2015.

Des moyens sont actuellement déployés pour permettre le lancement rapide de l'étude de suivi. À l'instar de l'étude initiale, cette étude de suivi sera menée par le consortium composé de l'Institut de Santé publique (ISP), du Registre du cancer et de l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN). L'ISP va recruter un collaborateur aux compétences utiles pour la poursuite de la préparation des données, l'exécution, les

analyses et le rapportage.

Cette étude de suivi sera, elle aussi, menée autour de sites nucléaires de Doel, de Tihange, de Mol-Dessel, de Fleurus et de Chooz. Les chercheurs vont déterminer l'existence ou non d'une survenue accrue de nouveaux cas de cancer de la thyroïde pour tous les âges et de leucémie chez les enfants âgés de moins de 15 ans autour de ces sites, et ce à l'aide de données relatives au cancer allant jusqu'en 2012. Ils vont également étudier l'existence ou non d'un lien possible entre l'apparition des cancers et les sites nucléaires sur la base des facteurs suivants: la distance du site, l'orientation du vent et le modèle d'émissions de l'AFCN.

Il faudra compter environ un an pour la préparation des données, l'exécution des analyses, le rapportage et la communication. Ce délai prendra cours une fois que l'ISP aura recruté une personne présentant les compétences nécessaires.

09.09 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, uit uw antwoord begrijp ik dat er een aantal wetenschappelijke, statistische en andere verfijningen nodig zijn, alsook verder onderzoek om meer uitsluitsel te krijgen.

U hebt echter niet gezegd welke timing u voor ogen hebt. U zegt wel dat het opvolgonderzoek een jaar in beslag zal nemen en dat u de onderzoeker aan het aanwerven bent, maar heel concreet vind ik die timing niet. Ik begrijp uit uw antwoord impliciet dat u het probleem ernstig neemt, maar ik vind de timing heel flou.

09.10 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, merci de votre réponse. Vous remettez une étude en route. Je pense que vous aurez toujours un petit nombre, étant donné qu'elle sera réalisée à l'échelle de la Belgique avec le nombre de sites qu'on lui connaît. Vous savez tout aussi bien que moi que des conclusions qui s'imposent avec certitude nécessitent des études portant sur un plus grand nombre de sites, lesquelles déboucheront sur des résultats statistiquement significatifs.

Je pense que chaque pays européen a effectué une série d'études de suivi épidémiologique pour ce qui concernait ses sites. Il devient urgentissime d'avoir une approche conjointe entre les différents pays européens. Dès lors, une étude bien réalisée, à tout le moins à l'échelle européenne conduira à des résultats dont on pourra tirer des conclusions avec certitude. Madame la ministre, je plaide pour que le gouvernement belge se positionne à l'échelle européenne pour demander le début d'une étude de grande ampleur sur ce dossier afin de disposer de conclusions.

Par ailleurs, compte tenu de la convergence avec d'autres études elles-mêmes réalisées sur de petits nombres - j'en ai citées tout à l'heure – j'estime que vous devriez vraiment prendre la mesure de ces différents résultats et consulter différents experts scientifiques parce que, dans l'attente d'une étude plus large, la question se pose réellement de savoir s'il n'y a pas une mesure de précaution à prendre pour les enfants en bas âge qui sont dans un rayon géographique de 5 km autour des centrales.

Cette question n'est pas une question sur laquelle on peut trancher sur le plan politique mais sur laquelle des scientifiques doivent se pencher. J'insiste auprès de vous pour que vous les réunissiez. Nous avons de très bons experts en Belgique, comme il en existe à l'échelle européenne. Cette question du principe de précaution doit aujourd'hui être mise sur la table.

09.11 Katrin Jadin (MR): J'ai bien entendu les réponses très circonstanciées de la ministre. J'entends, en effet, qu'il est opportun d'affiner les données pour avoir un résultat plus concluant. C'est une réponse que j'accepte évidemment, madame la ministre, mais à l'instar de ce que disait ma collègue, Mme Fonck, je suis aussi d'accord de plaider en faveur d'un débat sur les nuisances et sur l'épidémiologie à un niveau qui permet d'avoir des conclusions beaucoup plus probantes qu'à une plus petite échelle comme celle de notre pays.

Avoir une approche conjointe au niveau européen me paraît une excellente chose. Eu égard aux événements dont nous avons pris connaissance au début du mois de septembre, il me paraît opportun, en vertu du principe de précaution, de désigner l'un ou l'autre expert. Ils pourront fournir des résultats qui permettront d'écarter tout doute quant à une éventuelle épidémiologie.

09.12 Karin Temmerman (sp.a): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord, waaruit ik begrijp dat er nog verder onderzoek mogelijk is. Er moeten nog data vervolledigd worden, waarbij er preciezer te werk

gegaan moet worden. Volgens mij is dat een goede zaak. Ook vind ik het goed dat op Europees niveau de omgeving van de andere centrales bestudeerd wordt.

Het verontrust mij wel enigszins dat verschillende onderzoeken ondertussen wel al hebben aangetoond dat er toch een – misschien lichte – risicofactor is. Op de vraag welke voorzorgsmaatregelen er nu al genomen zouden kunnen worden, komt er geen antwoord, omdat het onderzoek nog afgewacht wordt, maar dat duurt nog een jaar. In afwachting daarvan kunnen er misschien al enkele maatregelen genomen worden. Ik ga ermee akkoord dat er niet meteen grote paniek moet worden gezaaid, maar ik denk wel dat in dit geval de voorzienigheid een belangrijke rol moet spelen. Nog een jaar of meer wachten, vind ik toch zeer lang.

09.13 Jean-Marc Nollet (Ecolo-Groen): Madame la ministre, cela ne va pas! Ces études ont déjà commencé. Les premières données datent de 2002. Nous sommes en 2016, quatorze années plus tard, et vous nous dites que vous devez encore engager quelqu'un, que vous allez lancer une étude, et "encore voir".

Pourtant, les premiers chiffres font état d'un risque. Il y a manifestement un risque et un danger potentiel réel, et je reste prudent. Mettez-vous un peu à la place des familles qui habitent là, et des enfants qui sont concernés au premier chef. Je plaide vigoureusement pour que vous preniez des mesures conservatoires. Nous ne disons pas que c'est scientifiquement déterminé, mais on travaille ici avec l'humain, avec des gens qui habitent là. Ils se posent des questions. Et nous, nous allons encore étudier la question, alors que les premières données datent d'il y a longtemps?

En conclusion de cet échange, ma demande est que vous preniez rapidement des mesures à titre conservatoire. Que les études continuent: pas de problème. Comme mes collègues l'ont évoqué, on pourra regarder la situation avec plus de hauteur, et élargir, approfondir les choses. Très bien, mais entre-temps, agissez!

Voici ma deuxième demande. Le problème ne concerne pas que le site de Mol et de Dessel. Je reprends les chiffres publiés antérieurement, et que j'ai sous les yeux. Ils concernent effectivement un peu moins les centrales en tant que telles, sur la base des chiffres récoltés en Belgique, mais il y a ceux qui ont été récoltés en Allemagne.

Cela concerne aussi le site de Fleurus. Dans un rayon de 0 à 10 km et de 0 à 15 km, on est au-delà des chiffres concernant les centrales nucléaires. Certes, c'est un peu moins qu'à Mol, mais admettez qu'avec l'incertitude due au faible nombre de personnes concernées, il y a de quoi être inquiet dans cette région-là aussi. Il faudrait pouvoir aussi y bénéficier de mesures préventives, sans attendre la fin des conclusions de l'étude.

09.14 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je ferai trois remarques qui corroborent ce que l'on vient d'entendre de la part des uns et des autres: la situation est préoccupante; le principe de précaution s'impose et il y a des facteurs de risque.

Évidemment, nous plaidons pour la poursuite des études et pour qu'une harmonisation soit mise en place au niveau européen. Mais on ne peut accepter la lenteur. On ne peut pas accepter non plus le désarroi dans lequel les personnes concernées se trouvent. Je plaide également pour que l'on accélère la mise en place de procédures à la hauteur des attentes légitimes des citoyens concernés.

La **présidente**: Madame la ministre, avez-vous des éléments à ajouter concernant cette manière d'agir anticipativement aux résultats de l'étude, afin de répondre aux inquiétudes des familles du voisinage?

09.15 Maggie De Block, ministre: Comme je l'ai précisé, les scientifiques eux-mêmes ont dit que la situation n'exige pas de prendre des mesures provisionnelles. On attend, mais je note que Mme Fonck a plaidé pour une étude européenne et que M. Nollet a plaidé pour des mesures conservatoires. Je crois que je vais demander une réponse à l'ISP et à l'AFCN.

La **présidente**: De toute façon, nous reviendrons sur ce sujet au cours de cette étude.

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

10 Questions jointes de

- Mme Karine Lalieux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût des médicaments pour maladies graves" (n° 13357)

- M. Marco Van Hees à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût des médicaments pour maladies graves" (n° 13919)

10 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karine Lalieux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prijs van geneesmiddelen tegen ernstige ziektes" (nr. 13357)

- de heer Marco Van Hees aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prijs van geneesmiddelen tegen ernstige ziektes" (nr. 13919)

10.01 **Karine Lalieux** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, en juin dernier, Test-Achats, la Ligue des Usagers des Services de Santé et le Collège Intermutualiste National ont lancé une pétition pour dénoncer les prix réclamés par les firmes pharmaceutiques pour certains médicaments, prix qu'ils jugent de plus en plus intenable pour le secteur des soins de santé. Ils visent en particulier les prix des médicaments pour les maladies graves comme les cancers et les maladies rares.

Actuellement, les firmes pharmaceutiques se défendent en argumentant que les recherches pour ces médicaments leur coûtent cher, ce que je ne mets nullement en cause. Pourtant, il est utile de rappeler qu'une part de la recherche est subsidiée par des fonds publics et que ces firmes dépensent plus en marketing qu'en recherche.

Par ailleurs, si les firmes avancent que des coûts privés importants sont déboursés, elles ne les justifient jamais.

Il nous paraît dès lors indispensable de mettre en place un système plus transparent en la matière afin d'aider les malades et leur famille déjà touchés par la maladie.

Madame la ministre, avez-vous connaissance de cette pétition?

Envisagez-vous des initiatives nouvelles pour améliorer la transparence des prix des médicaments au niveau de l'industrie pharmaceutique et quelle stratégie envisagez-vous pour permettre une diminution importante des prix de certains médicaments innovants?

10.02 **Maggie De Block**, ministre: Merci, madame Lalieux, pour votre question.

En effet, la problématique autour des prix extrêmement élevés des médicaments innovants, souvent indispensables pour les pathologies graves, et la pétition lancée par Test-Achats, la LUSS et le Collège Intermutualiste National me sont connues. Je peux vous répéter que l'accessibilité à des nouvelles thérapies pour les patients qui en ont vraiment besoin, ainsi que la durabilité de notre système de sécurité sociale et plus précisément de l'assurance-maladie, sont très importantes pour moi.

Le coût des interventions médicales et des médicaments est devenu un facteur déterminant de cette accessibilité et de cette durabilité, ce qui explique mon attention particulière sur cet aspect.

Je peux vous confirmer que j'ai l'intention de continuer des investissements que j'ai décrits avec le secteur dans le Pacte d'avenir pour les patients, avec l'industrie pharmaceutique, notamment l'étude en collaboration avec le ministre des Affaires économiques sur la transparence des prix. Par contre, je tiens à souligner que la problématique des prix élevés des médicaments n'est pas un problème propre à la Belgique. C'est la raison pour laquelle je vais continuer à m'investir dans les discussions au niveau de l'Europe et veiller à ce que la problématique et les discussions qui y ont trait, mais également la recherche réelle de solutions concrètes avec tous les partenaires, y compris l'industrie pharmaceutique, restent en haut de l'agenda européen.

Je suis convaincue que l'étude du KCE et du Zorginstituut Nederland aux Pays-Bas "*Payer's views on the changes arising through the possible adoption of adaptive pathways*", à laquelle les experts de l'INAMI ont contribué, pourra être utilisée comme support précieux.

10.03 **Karine Lalieux** (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Nous avons un Observatoire des prix. J'en étais l'initiateur en Belgique. Il est important aussi que les médicaments fassent

l'objet de transparence, non seulement dans la chaîne des prix mais surtout aussi pour s'assurer que l'argent de la recherche est bien mis dans la recherche et pas dans le marketing. C'est fondamental pour garantir l'accessibilité de nos médicaments.

Je reviendrai sur le timing de cette étude de transparence des prix avec le ministre de l'Économie. Cela doit évidemment se passer au niveau européen.

Quand je vous entends dire que l'accessibilité aux nouvelles thérapies et l'assurabilité vous sont importantes, je me permets d'en douter quand on voit que vous devrez faire 3,5 milliards d'économies sur cinq ans.

10.04 Maggie De Block, ministre: Cela n'a rien à voir. Nous allons investir 1,4 milliard dans l'innovation.

La **présidente**: Nous reviendrons sur ces questions lors des discussions budgétaires relatives aux soins de santé.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Je signale aux membres de la commission que l'acoustique dans cette salle n'est pas du tout parfaite. Si on n'a pas le casque et qu'on essaie d'écouter la parlementaire ou la ministre, quand vous parlez entre vous, cela fait vraiment un bruit de fond très important. Il y a un merveilleux hall, avec des fauteuils. Ceux qui veulent parler entre deux questions peuvent le faire dans le hall pour nous permettre de travailler confortablement.

11 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les projets pilotes en e-santé" (n° 13496)

11 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de proefprojecten met gezondheidsapps" (nr. 13496)

11.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, en juin dernier, vous annoncez avoir débloqué un budget de 3,25 millions d'euros pour la mise en place de projets pilotes en e-santé. Vous y privilégiez cinq domaines de la santé: le diabète, la santé mentale, les accidents vasculaires cérébraux, les soins cardiovasculaires et les douleurs chroniques.

Madame la ministre, si mes informations sont exactes, un appel à projets devait être lancé à la fin du mois de juin. Pouvez-vous nous faire le point sur les projets qui ont été introduits, ainsi que sur ceux qui ont été retenus, et nous préciser comment la sélection s'est opérée?

11.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, l'appel à projets pilotes concernant le *mobile health* a en effet été lancé en juin. Il était en cours jusqu'au 30 septembre. Il y a 97 propositions. La sélection sera effectuée par un comité de sélection composé de spécialistes venant des différentes administrations concernées telles que l'INAMI, l'AFMPS et la plate-forme eHealth.

La procédure de sélection se déroulera en plusieurs phases et commencera notamment par la correction administrative, suivie d'une évaluation positive ou négative et d'un *pitching* pour les projets ayant reçu une évaluation positive. Ce *pitching* sera suivi d'une délibération, après quoi des discussions finales auront lieu avec les candidats sélectionnés.

Suivant ce planning, les premiers projets pourront effectivement être lancés en décembre 2016.

11.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse précise, qui inclut la ligne du temps. Si vous le permettez, début d'année prochaine, nous reviendrons avec cette question pour savoir quels projets ont été retenus et comment ils vont évoluer.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

12 Samengevoegde vragen van
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling

van logopedie voor alle kinderen" (nr. 13499)

- mevrouw Anne Dedry aan de staatssecretaris voor Armoedebestrijding, Gelijke Kansen, Personen met een beperking, en Wetenschapsbeleid, belast met Grote Steden, toegevoegd aan de minister van Financiën, over "de terugbetaling van logopedie voor alle kinderen" (nr. 13500)

- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ruimere terugbetaling van logopediekosten" (nr. 13945)

- de heer Michel de Lamotte aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "logopedie" (nr. 14097)

- de heer David Clarinval aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van logopedische verstrekkingen voor kinderen die niet beantwoorden aan de nomenclatuurvoorwaarden wat het IQ betreft" (nr. 14102)

12 Questions jointes de

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de la logopédie pour tous les enfants" (n° 13499)

- Mme Anne Dedry à la secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, à l'Égalité des chances, aux Personnes handicapées, et à la Politique scientifique, chargée des Grandes Villes, adjointe au ministre des Finances, sur "le remboursement de la logopédie pour tous les enfants" (n° 13500)

- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'élargissement du remboursement des frais de logopédie" (n° 13945)

- M. Michel de Lamotte à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la logopédie" (n° 14097)

- M. David Clarinval à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des prestations de logopédie pour les enfants ne répondant pas aux conditions de la nomenclature en matière de quotient intellectuel" (n° 14102)

12.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, sommige 'slimme' kinderen hebben recht op logopedie, andere 'minder slimme' kinderen blijkbaar niet, omdat de manier waarop de terugbetaling van taalstoornissen en dysfasie door het RIZIV gebeurt voor een stuk samenhangt met het IQ van het kind.

Men dacht vroeger dat bij een kind met een IQ lager dan 86, de taalachterstand veroorzaakt werd door een lagere algemene intelligentie en men meende dat het in dat geval geen zin had de taalontwikkeling te stimuleren. Dit is intussen godzijdank duidelijk verleden tijd. Men weet nu dat dysfasie en taalstoornissen bij dergelijke kinderen het IQ net naar beneden kunnen drukken. Het zijn dus geen 'minder slimme' kinderen, ze scoren gewoon slechter op de klassieke IQ-testen, net ten gevolge van hun dysfasie of taalstoornis.

Mevrouw de minister, dit verouderd beleid leidt ertoe dat een deel van de kinderen die logopedie erg nodig hebben, geen recht heeft op een terugbetaling. Niet alle ouders kunnen dat zelf betalen. Daardoor haken ze af en dat legt een zware hypotheek op hun toekomst.

IQ-grenzen zijn echt voorbijgestreefd. Men werkt nu veel meer met intelligentieprofielen omdat die veel duidelijker aantonen wanneer er sprake is van een taalstoornis, los van andere ontwikkelingsgebieden. Recent verscheen ook een advies van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap betreffende de voorwaarden voor de terugbetaling van de logopediekosten.

Daarom heb ik de volgende vragen.

Hoe verantwoordt u het terugbetalingsbeleid voor logopedie?

Bent u het met mij eens dat deze IQ-grens van 86 wetenschappelijk gezien echt wel voorbijgestreefd is?

Zou het niet beter zijn om met intelligentieprofielen te werken?

Bent u van plan ter zake de regelgeving aan te passen?

Volgt u het advies van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap?

12.02 Michel de Lamotte (cdH): Madame la ministre, à l'heure actuelle, l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des soins de santé dispose, dans son § 2 que "l'intervention de l'assurance peut être accordée pour autant que le traitement puisse apporter une amélioration des troubles au bénéficiaire qui présente un des troubles du langage ou de la parole suivants:

troubles de développement du langage versant réceptif et/ou expressif démontré par un test du langage donnant un résultat inférieur ou égal au troisième percentile en l'absence d'un trouble de l'intelligence, c'est-à-dire QI total de 86 ou plus mesuré par test individuel, et en l'absence d'un trouble important de l'audition - perte auditive moyenne ne dépassant pas la meilleure oreille 40 dB HL".

Madame la ministre, cela signifie dans les faits qu'un enfant ayant un QI supérieur à 86 pourra bénéficier du système de remboursement de l'INAMI, tandis que ceux dont le QI n'atteint pas ce seuil en sont exclus.

Vous expliquiez cette mesure en mars 2015 par le fait que, "si ce critère d'accès est fixé pour ces troubles, c'est précisément parce que les patients qui ne rempliraient pas la condition relevant plutôt de la compétence des institutions pluridisciplinaires (...) notamment le centre de rééducation obligatoire. Les patients y sont traités par différents dispensateurs car leurs troubles présentent des aspects relevant de différentes disciplines et qu'il est opportun de les traiter ensemble". La mesure est donc basée sur l'idée que les enfants ayant une déficience intellectuelle fréquentent des établissements d'enseignement spécialisés où des logopèdes sont chargés de dispenser des séances aux élèves.

Cette vision pose néanmoins plusieurs problèmes importants sur le terrain. D'une part, différents témoignages indiquent que ces enfants ne bénéficient pas toujours de ces séances pourtant prévues. Ils posent aussi la question de l'accompagnement de ces enfants pendant les vacances scolaires ainsi que la question de la continuité de l'accompagnement à la maison, surtout dans le cadre de la mise en place d'une communication alternative.

D'autre part, une telle mesure a un impact important sur la liberté de choix des parents de ces enfants, dans la mesure où certains enfants déficients intellectuels qui pourraient être intégrés dans ces établissements ordinaires devraient pouvoir bénéficier du remboursement des séances de logopédie, comme tout autre enfant.

Le Conseil supérieur national des personnes handicapées a émis, en août 2007, un avis sur cette question du remboursement des frais de logopédie par l'assurance soins de santé et a précisé six demandes.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de cet avis 2016/13 du Conseil supérieur national des personnes handicapées et des six demandes exprimées? De quelle manière comptez-vous en tenir compte?

Avez-vous entamé une réflexion sur la modification des conditions de remboursement des prestations de logopédie? Si oui, pouvez-vous éclairer quant aux modalités de la réflexion que vous menez? Une concertation avec les acteurs de terrain concernés par cette problématique est-elle prévue?

Que pensez-vous de l'idée de confier au KCE la mission d'analyser cette question et les enjeux budgétaires qui y sont liés, sachant que le KCE avait publié en 2009 une étude sur le fonctionnement des centres de rééducation ORL-Psy? Dans la négative, comptez-vous entamer une telle réflexion?

Je vous remercie pour les réponses complètes que vous voudrez bien apporter à mes questions multiples.

12.03 David Clarinval (MR): Madame la ministre, ma question est de savoir pourquoi on traite différemment des personnes qui sont dans une situation identique mais qui ne peuvent pas suivre leur traitement dans des centres de rééducation obligatoires, parce que tout simplement elles habitent trop loin de ces centres mais qu'elles disposent à proximité d'un traitement de logopédie monodisciplinaire. C'est vraiment une injustice subie parce qu'on réside dans une région trop éloignée des grands centres urbains. On n'a pas la possibilité d'être remboursé uniquement parce qu'on ne sait pas accéder à ces centres ambulatoires.

Madame la ministre, la situation des enfants dont le quotient intellectuel est inférieur à 86 me préoccupe. Ces enfants ne peuvent avoir accès à un traitement de logopédie monodisciplinaire remboursé. Or celui-ci est indispensable pour ces enfants. Je n'ignore pas que ces enfants peuvent être pris en charge, avec remboursement, dans des centres de rééducation ambulatoire. Ces centres assurent une prise en charge multidisciplinaire. Vous le savez, ces centres ne répondent cependant pas suffisamment aux besoins des patients. Ils sont très peu présents, voire inexistant, dans certaines provinces comme le Luxembourg et le sud namurois.

Le délégué général aux droits de l'enfant, le Centre interfédéral pour l'égalité des chances et l'Association

nationale d'aide aux handicapés mentaux ont publié, en octobre 2015, une recommandation quant aux conditions de remboursement des frais de logopédie telles que fixées par la réglementation actuelle et disposant de l'exclusion des remboursements de prestations monodisciplinaires effectuées hors cadre multidisciplinaire pour les enfants présentant un quotient intellectuel inférieur à 86. Le Conseil supérieur national des personnes handicapées s'est également penché sur la question. Mon collègue, M. de Lamotte, en a parlé tout à l'heure.

Madame la ministre, compte tenu du fait que les CRA dépendent des entités fédérées et compte tenu de la nécessaire recherche d'une solution structurelle globale pour les enfants, comptez-vous saisir la Conférence interministérielle? Dans l'affirmative, quand ce dossier sera-t-il traité?

Par ailleurs, le coût budgétaire pour pouvoir élargir ce traitement aux logopèdes monodisciplinaires est souvent évoqué. Quel est le montant de ce coût budgétaire? Personnellement, j'ai l'impression qu'il ne doit pas être bien élevé.

12.04 **Minister Maggie De Block:** Mevrouw Dedry, in de eerste plaats wens ik duidelijk te stellen dat het niet juist is dat kinderen van wie het IQ lager is dan 86 geen logopedische verzorging kunnen krijgen. Die grens is vastgelegd voor de tenlasteneming in de monodisciplinaire logopedie in het kader van de nomenclatuur van de logopedische verstrekkingen en betreft, zoals u overigens vermeldt, enkel de behandelingen van stoornissen in de mondelinge taalontwikkeling en dysfasie.

Belangrijk is dat voor die kinderen een multidisciplinaire benadering beter is aangepast en grotere slaagkansen heeft dan een monodisciplinaire behandeling. Het is de bedoeling om het kind naar de voor hem of haar best mogelijke oplossing te verwijzen en de beschikbare budgetten zo goed mogelijk te gebruiken.

Concreet vinden de multidisciplinaire behandelingen plaats in het kader van de centra voor ambulante revalidatie, waar de patiënten met name op basis van hun IQ in doelgroepen worden ingedeeld. Sommige van die kinderen volgen trouwens ook gespecialiseerd onderwijs waar ook een aangepaste paramedische verzorging bestaat, in het bijzonder ook een logopedische verzorging.

En effet, l'avis n° 2016/13 du Conseil supérieur national des Personnes handicapées auquel vous vous référez contient tous ces éléments, en particulier les opportunités apportées par le traitement multidisciplinaire. Cependant, l'avis dénonce le manque de structures concernées, leur morcellement géographique, la longueur des listes d'attente ou encore la faible intensité du traitement par rapport aux attentes. Il s'agit en tout cas d'un traitement moins intensif que la logopédie monodisciplinaire reprise dans la nomenclature. De plus, l'avis mentionne, pour rappel, les exigences et recommandations adressées à notre pays par différentes instances.

En ce qui concerne les contestations de l'avis, ces domaines ne ressortent pas de mes compétences. Il s'agit notamment des centres de réadaptation ambulatoire déjà évoqués qui, à la suite de la sixième réforme de l'État, font partie des compétences des entités fédérées, de même que l'enseignement spécialisé et l'accompagnement des personnes handicapées, qui relèvent déjà des compétences des entités fédérées.

Étant donné que les structures précitées ne rencontrent pas encore les attentes et en attendant la décision des décideurs politiques concernant l'investissement dans le secteur, l'argumentation de l'avis conclut principalement que les lacunes doivent être éliminées par l'assurance obligatoire soins de santé et donc par le pouvoir fédéral, notamment par la modification de l'article 36 de la nomenclature des prestations de soins de santé afin que les patients concernés puissent être pris en charge.

Bien que je me soucie réellement du sort de ces enfants, je suis obligée d'argumenter contre la décision du Conseil national. Sa proposition créera des obstacles budgétaires considérables, sachant que l'ensemble du budget de l'assurance soins de santé est déjà fortement mis sous pression, en particulier le budget des soins de logopédie monodisciplinaire. Ces soins ont, jusqu'à présent, pu être épargnés et adaptés à des besoins croissants suite à la situation légale actuelle. Pour le moment, il semble impossible de financer un assouplissement ou un élargissement vers de nouveaux patients ou de nouveaux traitements. Mais je souhaite avant tout souligner, une fois encore, que la logopédie monodisciplinaire n'est pas une solution pour les enfants concernés.

Cette problématique est également traitée au sein d'un groupe de travail de la Commission interministérielle.

Je ne dispose pas de son rapport ici. Je n'ai pas en tête non plus le coût budgétaire.

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

Ter verduidelijking geef ik mee dat het uiteraard jammer is dat u geen extra budget ter zake kunt vrijmaken. Het toont alweer aan hoe kinderen of patiënten worden geraakt door een tekort aan budget.

12.06 Michel de Lamotte (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, j'entends votre réponse. Je constate des ruptures dans la continuité des soins, notamment pour ce qui concerne la rééducation des enfants qui ont un QI inférieur à 86, ce qui pose des problèmes en termes de bien-fondé du traitement. Je sais que vous êtes confrontée à des problèmes budgétaires, mais il n'en reste pas moins que ce choix a été fait à un moment donné.

M. Clarinval a des inquiétudes quant aux endroits où les enfants ne peuvent pas bénéficier des services auxquels ils ont droit. L'arrêté a été approuvé par le gouvernement. Il faut donc être attentif à ce niveau-là. Par ailleurs, la situation des zones éloignées des centres constitue un vrai problème.

Madame la ministre, j'ai entendu vos explications à ce sujet, mais votre réponse ne me satisfait pas.

12.07 David Clarinval (MR): Madame la présidente, je ne comptais pas polémiquer, mais je rappelle à M. de Lamotte que, conformément à la réforme de l'État, les structures pluridisciplinaires sont, aujourd'hui, dans les mains des Communautés et des Régions et qu'il est donc bien placé pour mettre en place des structures complémentaires. En effet, si je ne m'abuse, le cdH est au pouvoir en Région wallonne depuis des décennies. Ce faisant, j'estime que sa remarque n'est pas vraiment opportune.

Cela dit, madame la ministre, je ne suis pas un expert en la matière, mais certains spécialistes évoquent quand même le fait que certains traitements monodisciplinaires effectués par des logopèdes spécialisés peuvent être aussi efficaces que des traitements pluridisciplinaires. Je ne me lancerai pas dans un débat scientifique car je n'ai pas les compétences nécessaires. Mais je ferai preuve d'un peu plus de nuance quand il s'agit de dire que ce genre de traitement n'est pas aussi efficace.

Il n'en demeure pas moins que certaines zones sont malheureusement dépourvues de structures d'accueil, ce que je ne peux que regretter. Je lance donc un appel à M. de Lamotte pour qu'il répercute cette préoccupation auprès des Communautés et des Régions.

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

13 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beïnvloeding van onderzoek door de suikerlobby" (nr. 13521)
- mevrouw **Karin Jiroflée** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de suikerlobby" (nr. 13676)
- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de banden tussen de voedingsindustriële lobby's en het gezondheidsbeleid" (nr. 14059)

13 Questions jointes de

- Mme **Anne Dedry** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'influence exercée par le lobby du sucre sur la recherche" (n° 13521)
- Mme **Karin Jiroflée** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lobby du sucre" (n° 13676)
- Mme **Muriel Gerkens** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les liens entre les lobbys agroalimentaires et la politique de santé" (n° 14059)

13.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, *De Standaard* berichtte dat het gereputeerde vakblad *JAMA* heeft aangetoond dat de suikerlobby op een vergelijkbare manier te werk gaat als de tabaklobby. In het verleden doken al berichten op dat sucrose een rol kan spelen bij hartziekten. De suikerlobby zou er echter in geslaagd zijn om dat tij te doen keren en ons te doen geloven dat niet suiker maar vet een rol speelt bij hartziekten. Tot zover de berichtgeving in de media.

Mevrouw de minister, het is in elk geval niet de eerste keer dat de suikerlobby verweten wordt dezelfde

trukendoos als de tabakslobby te gebruiken.

Mijn vragen zijn de volgende. U hebt intussen een Convenant Evenwichtige Voeding gesloten met de voedingsfederatie FEVIA en de handelsfederatie Comeos om de inname van calorieën bij Belgische consumenten tegen eind 2017 met 5 procent te verminderen in vergelijking met 2012.

In hoeverre sponsoren de bedrijven binnen FEVIA en Comeos onderzoek naar de nefaste invloed van suiker? Met andere woorden, is de onafhankelijkheid van onderzoek in dat verband gegarandeerd?

Wat staat er in het convenant over dit onafhankelijk onderzoek? Is het convenant publiek? Kunnen wij dat inkijken of kunnen wij erover beschikken?

Het lijkt mij interessant om ter zake de nodige gezondheidsdoelstellingen te formuleren. Hebt u ter zake een gezondheidsdoelstelling voor ogen om het aantal hartziekten in de toekomst te doen afnemen?

13.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, net zoals de tabaksindustrie de schadelijke gevolgen van het roken tracht te minimaliseren, lijkt de suikerlobby met een beschuldigende vinger naar het overmatig gebruik van vetten als grote boosdoener bij hartziekten te wijzen. Nu komt blijkbaar aan het licht dat de suikerlobby al sinds de jaren zestig wetenschappelijke rapporten financiert en ook beïnvloedt.

JAMA Internal Medicine wijst, zoals mijn collega al zei, op het gevaar van dergelijke praktijken en waarschuwt beleidsmakers, wetenschappers, vakbladen en journalisten. Zij mogen de volksgezondheid en de geloofwaardigheid van de wetenschap niet uit het oog verliezen wanneer ze worden geconfronteerd met onderzoeken die betaald werden door bedrijven met een mogelijk belang bij de resultaten, zo stelt het tijdschrift.

Er moeten betere manieren zijn om dergelijke onderzoeken te bekostigen.

Mevrouw de minister, u hebt een Convenant Evenwichtige Voeding afgesloten met FEVIA en met de handelsfederatie Comeos met de bedoeling om het calorieverbruik bij onze bevolking te verminderen, wat een goede zaak is. Daarnaast weten wij dat u voorstander bent van een *evidence-based* beleid.

Mevrouw de minister, ook FEVIA en Comeos hebben belang bij de resultaten van de onderzoeken. Hebben bedrijven uit die federaties ook onderzoeken gefinancierd of gesponsord?

Op welke rapporten en onderzoeken baseert u zich desgevallend bij het uittekenen van de *evidence-based* beleidslijnen? Zijn die onderzoeken en rapporten onafhankelijk opgesteld, zonder sponsoring van belanghebbende bedrijven?

Is er in uw Convenant Evenwichtige Voeding sprake van onderzoeken?

13.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ai également déposé une question sur le sujet. Voici le point sur lequel je souhaite attirer l'attention et obtenir des réponses ou des réflexions de votre part. On voit qu'il y a eu manipulation par le secteur sucrier.

En voyant la manière dont les taux de cholestérol supportables ou acceptables diminuent sans arrêt, on peut aussi s'interroger sur l'ensemble du secteur agroalimentaire, sur les liens qui existent, souvent d'ailleurs au niveau du financement des études, et sur cette manière de fixer les seuils et d'ensuite orienter ou forcer certains comportements alimentaires. Comment s'assurer que les mêmes déviations intéressées n'ont pas cours aujourd'hui en la matière?

Nous sommes évidemment confrontés à des sur-prescriptions médicamenteuses dans les deux secteurs. Notre secteur agroalimentaire ne fait pas l'objet d'une politique contraignante. C'est un secteur où l'autorégulation règne, avec du marketing, du travail d'image et, souvent, déviation des messages publicitaires pour faire croire qu'il y a moins de sucre et de graisses dans l'alimentation.

Outre ma question sur les éléments dont nous disposons pour nous assurer que d'autres secteurs ne connaissent pas les mêmes dérives, ces éléments mis en évidence ne plaideraient-ils pas pour une revalorisation des politiques publiques de santé et d'alimentation? Celles-ci réunissent l'ensemble des ministres et des autorités compétentes. Il fut un temps où nous avions un plan national alimentation santé.

N'y a-t-il pas là une dynamique à relancer? Il faudrait faire en sorte que les études sur la santé et l'alimentation soient exclusivement menées par des institutions publiques de santé. Nous devrions avoir une régulation contraignante à la place de l'autorégulation. *In fine*, on constate sans arrêt l'échec de nos politiques de santé et de nutrition. Encore dernièrement, nous avons dû poser des constats d'échec, vu les taux de diabète, les habitudes alimentaires qui ne changent pas, le nombre d'accidents cardiovasculaires, etc.

Cela n'implique-t-il pas une nécessité de changer les politiques et les contraintes appliquées au secteur?

13.04 **Minister Maggie De Block:** Mevrouw Dedry, mevrouw Jiroflée, mevrouw Gerkens, ik kan u geruststellen wat de wetenschappelijke basis voor het beleid betreft. U hebt ook al de geactualiseerde voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad kunnen inkijken, die op 22 september publiek werden gemaakt. De raad adviseert om maximaal 10 % van de energie-inname uit toegevoegde suikers te halen.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid hield, samen met de FOD Volksgezondheid, een voedselconsumptiepeiling. Ik twijfel er niet aan dat ook daaruit blijkt dat de gemiddelde inname van toegevoegde suikers gevoelig boven een gezonde drempel ligt. Ik weet niet of men geprobeerd heeft bij de Hoge Gezondheidsraad te lobbyen, maar als dat zo was, dan heeft die zogezegde suikerlobby geen effect gehad, want men concludeert dat er nog te veel suiker wordt geconsumeerd. De kloof tussen het ideale en het reële voedingspatroon van de Belgen is iets kleiner geworden, maar er is nog altijd een kloof. Er is inderdaad nog veel ruimte voor verbetering, wat het aanpassen van het voedingspatroon van de Belgen betreft.

Wij streven in het Convenant Evenwichtige Voeding, dat de overheid samen met de voedingsindustrie en de retail, FEVIA en Comeos, in juni gemaakt en ondertekend heeft, naar een vermindering van de gemiddelde energie-inname met 5 procent tussen 2012 en eind 2016. De engagementen gaan onder meer over de vermindering van de toegevoegde vetten, meer bepaald de transvetzuren, en suikers of het kleiner maken van de porties. U zult zien dat er concrete stappen worden gezet voor verschillende producten, onder andere frisdranken, zuivelproducten, zoals yoghurt en voedingspapjes, ontbijtgranen – iedereen denkt dat die gezond zijn, maar er zijn er ook die heel veel suiker bevatten –, chocolade, koekjes, sojadrinks en andere plantaardige dranken.

Het convenant werd door de verschillende marktdeelnemers ondertekend. Het maakt hen verantwoordelijk voor de verbintenissen die zij zijn aangegaan. De diensten van de FOD Volksgezondheid zullen ervoor zorgen dat de werkelijke impact op de producten in onze winkelrekken op een onafhankelijke manier gecontroleerd wordt.

Madame Gerkens, il faut en effet lutter de manière globale contre les maladies dites de prospérité qui sont liées à une alimentation déséquilibrée. C'est pourquoi j'ai proposé à la Conférence interministérielle de la Santé publique de préparer aussi un plan d'action commun en matière d'alimentation et de santé. Les collègues ont marqué leur accord en mars 2016. Le plan est en cours d'élaboration.

Mais la répartition des compétences est ce qu'elle est. Comme vous le savez, ce sont mes collègues des entités fédérées qui sont compétents en matière de promotion d'une alimentation équilibrée, d'encouragement de l'activité physique et de la sensibilisation de la population. Néanmoins, nous faisons aussi des efforts en matière de communication (données relatives à la santé, étiquetage des denrées alimentaires, etc.) et de contrôle. Il faut continuer, à chaque niveau de pouvoir, selon ses compétences, à diminuer la quantité de graisse et de sucre dans la nourriture.

13.05 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik twijfel absoluut niet aan de goede inhoud van het convenant en aan uw goede bedoelingen. U geeft zelf aan dat de controle op de naleving van het convenant onafhankelijk zal gebeuren. Dat is een positief punt.

Mijn collega's en ikzelf twijfelen er echter vooral aan of de onderzoeken wel voldoende onafhankelijk zijn. U hebt ook niet geantwoord op de vraag of het convenant publiek is en ter beschikking is.

13.06 **Minister Maggie De Block:** Ik zal het bezorgen aan de voorzitter van de commissie. Het is zeker publiek. Er is een persconferentie over geweest. Wij kunnen u het convenant bezorgen, via het secretariaat.

13.07 Karin Jiroflée (sp.a): Bedankt, mevrouw de minister. Ik ben ook wel geïnteresseerd in het convenant.

U had het over de aanbevelingen. Die lijken mij inderdaad zeer positief. Ik twijfel ook niet aan de onafhankelijkheid van de FOD Volksgezondheid. Ik noteer wel, mevrouw de minister, dat u geen antwoord hebt gegeven op mijn vragen of bedrijven van die federaties ook onderzoeken gefinancierd of gesponsord hebben, en op welke rapporten en onderzoeken u zich gebaseerd hebt bij het uittekenen.

13.08 Minister Maggie De Block: Ik heb dat wel gezegd, mevrouw Jiroflée. Hebt u dat niet gehoord?

13.09 Karin Jiroflée (sp.a): Hebben bedrijven van die federaties ook onderzoeken gefinancierd of gesponsord?

13.10 Minister Maggie De Block: Dat weet ik niet, maar als die er zijn, hebben wij ons daarop echt niet gebaseerd. De informatie die wij hebben, kwam via de FOD, via het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en via de Hoge Gezondheidsraad. Daarop hebben wij ons gebaseerd.

13.11 Karin Jiroflée (sp.a): Dat neem ik goed aan, maar...

13.12 Minister Maggie De Block: Als die bedrijven zelf studies doen, heeft dat ook te maken met smaak en suikergehalte. Dat mogen zij doen. Maar ik zal mij daar niet op baseren.

13.13 Karin Jiroflée (sp.a): Uiteraard mogen die bedrijven onderzoek doen voor zichzelf. Dat is nogal wieses, maar u zegt dat u zich op de ene of de andere organisatie hebt gebaseerd. Ik vraag mij af of zij zelf die onderzoeken hebben gedaan, dan wel of zij gebruikgemaakt hebben van data van onderzoeken door bedrijven? Dat is wat ik graag wil weten. Ik stel vast dat daarop niet echt een antwoord komt.

13.14 Minister Maggie De Block: Als dat zo was, wat is dan uw punt? Zegt u nu dat de cijfers naar beneden gehaald zijn? De conclusie luidt toch dat er te veel suiker en te veel vetten gebruikt worden? Wat zou de zin ervan zijn te trachten die resultaten te beïnvloeden? Ik snap uw redenering echt niet.

13.15 Karin Jiroflée (sp.a): Mijn redenering is klaar en duidelijk, denk ik. Ik vraag me af of er al dan niet beïnvloeding is bij de adviezen die worden gegeven. Natuurlijk heeft men ervoor gepleit om percentages naar beneden te halen. De vraag is: hoeveel? Hoe ernstig is dat? Ik vroeg gewoon of daar al dan niet een beïnvloeding is geweest. Ik zie niet in wat daar zo raar aan is.

13.16 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Dans l'absolu, il peut être intéressant de vérifier les références qui ont été prises en compte par l'Institut de Santé publique et le SPF pour produire leurs analyses et de voir sur quels auteurs ils se sont basés.

Je retiens que vous allez nous transmettre le contenu. Cependant, je me méfie toujours autant de l'autorégulation, parce que diminuer les taux de sucre, de graisse et d'autres additifs prend toujours énormément de temps. C'est pourquoi j'estime que les plats préparés doivent aussi faire partie de nos grandes préoccupations, et pas seulement les céréales ou les yaourts.

13.17 Maggie De Block, ministre: C'est pourquoi nous parlons aussi des portions dans les plats préparés.

13.18 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Les pouvoirs publics peuvent se montrer plus directifs dans les orientations à donner.

Nous avons été informés ce matin que la prochaine Conférence interministérielle aurait lieu en mars. Le confirmez-vous?

13.19 Maggie De Block, ministre: Oui, elle se tiendra le 27 mars. La dernière a eu lieu hier.

13.20 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Oui. Nous discuterons donc la prochaine fois de celle qui a échoué hier, enfin de celle qui n'a pas eu lieu.

13.21 Maggie De Block, ministre: Si, elle a bien eu lieu.

13.22 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Donc, c'est le point qui n'a pas été abordé?

Je pense que des questions seront donc posées à ce sujet. Nous y reviendrons dès lors au moment opportun.

13.23 Maggie De Block, ministre: C'était séparé de la Commission interministérielle.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Il est 17 h 57. Avons-nous le temps d'aborder les questions jointes relatives à la cigarette électronique ou bien devez-vous partir à 18 h 00 pile?

13.24 Maggie De Block, ministre: Comme il s'agit d'une question importante, je veux bien encore y répondre, mais je devrai partir ensuite.

La **présidente**: Je demanderai alors aux membres d'être précis dans leurs questions.

14 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de elektronische sigaretten" (nr. 13526)
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het drempelverlagend effect van de e-sigaret" (nr. 13527)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de e-sigaret zonder tabak of nicotine" (nr. 13784)
- mevrouw Griet Smaers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop van e-sigaretten" (nr. 13975)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beleid inzake de e-sigaret in het licht van het advies van de Hoge Gezondheidsraad" (nr. 14422)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de e-sigaret als opstap naar het tabaksgebruik" (nr. 14423)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het koninklijk besluit van 15 februari 2016 betreffende het fabriceren en het in de handel brengen van e-sigaretten" (nr. 14424)

14 **Questions jointes de**

- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les cigarettes électroniques" (n° 13526)
- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "'l'effet d'incitation au tabagisme de la cigarette électronique" (n° 13527)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la cigarette électronique sans tabac ni nicotine" (n° 13784)
- Mme Griet Smaers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente de cigarettes électroniques" (n° 13975)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique en matière de cigarette électronique en comparaison à l'avis du Conseil Supérieur de la Santé" (n° 14422)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la cigarette électronique comme tremplin vers le tabagisme" (n° 14423)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "'l'arrêté royal du 15 février 2016 relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce des cigarettes électroniques" (n° 14424)

14.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u dat u nog heel even de tijd wilt nemen. Ik zal heel kort zijn, maar aangezien het om een samengevoegde vraag gaat, kan ik ze niet omzetten in een schriftelijke vraag.

Het gaat over de elektronische sigaret. Die is aan een enorme opmars bezig in ons land. Meer en meer hippe winkels, of winkels die er alleszins hip uitzien, focussen exclusief op de verkoop van de elektronische sigaret. Zij schieten als paddenstoelen uit de grond.

Niet enkel in winkels, maar ook op tv en in het straatbeeld ziet men steeds meer mensen rondlopen met de

e-sigaret, zowel jongeren als ouderen. Een goede zaak is dat de e-sigaret mensen aanmoedigt om hun rookgedrag aan te passen en zelfs te stoppen met roken, maar een minder goede zaak is dat er op plaatsen waar er duidelijk een rookverbod geldt vaker e-sigaretten opduiken. Zo krijg ik meldingen van inbreuken in horecazaken en musea tot zelfs vliegtuigen. Het is dus duidelijk dat het voor de doorsneeburger niet altijd duidelijk is dat de e-sigaret ook onder het rookverbod valt. U hebt mij al eens verduidelijkt dat de e-sigaret onder het gewone rookverbod valt, maar ik wil u hierover toch de volgende vragen stellen.

Kunt u uw beleid met betrekking tot de e-sigaret nogmaals verduidelijken?

Kunt u mij de cijfers van de Controledienst Tabak en Alcohol bezorgen met betrekking tot de e-sigaret? Hoeveel controles werden er uitgevoerd tussen 1 januari en 1 oktober? Hoeveel inbreuken werden er vastgesteld? Hoeveel processen-verbaal werden opgesteld?

Wat zijn uw plannen om uw beleid te verduidelijken aan de bevolking? Hebt u plannen om specifieke doelgroepen, onder andere jongeren en de horeca, te bereiken?

In welke timing voorziet u om uw beleid te concretiseren en te implementeren en om het bekend te maken bij de mensen?

14.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik heb een korte vraag over een ander aspect. We hebben hier trouwens al meermaals een boompje opgezet over het tabaksbeleid en meer specifiek over het gebruik en de verkoop van de e-sigaret. Ik blijf er persoonlijk bij dat die e-sigaretten in speciale verkooppunten moeten verkocht worden, gekoppeld aan een ontradingsbeleid. Maar goed, daarover zullen we van mening verschillen.

Mijn vraag dateert al van 1 september. Het zal dus in die periode zijn geweest dat ik kennis heb genomen van een Amerikaanse studie die uitwijst dat jongeren die de e-sigaret gebruiken – en dan doel ik hier echt wel op de e-sigaret zonder nicotine of tabak – een veel grotere kans maken om te beginnen met roken. Die studie zou zelfs uitwijzen dat de kans tot zesmaal groter zou kunnen zijn. Ook afgelopen week hebben we weer voor- en tegenstanders in de pers gehoord. Dat is dus al veel recenter. Ook voorstanders wijzen dan toch op een mogelijk omgekeerd effect. Ik blijf zelf nogal overtuigd van het voorzorgs- of voorzichtigheidsprincipe in dezen.

Mevrouw de minister, wat vindt u van de bevinding dat de e-sigaret ook zou kunnen aanzetten tot roken? Verandert u uw beleid in dat verband of blijft u bij uw mening en bij het beleid dat de e-sigaret overal vrij te koop mag worden aangeboden?

14.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, j'ai déposé plusieurs questions s'agissant de sujets complémentaires. Dès le début, je n'étais pas du tout d'accord avec vos choix en matière de e-cigarette. J'ai eu le temps cet été de me pencher à nouveau sur les soixante pages du rapport très intéressant du Conseil supérieur de la Santé. J'ai pu en conclure que vous aviez tout fait sauf suivre les experts scientifiques en la matière.

Le Conseil supérieur de la Santé plaidait fortement pour que les e-cigarettes ne soient pas vendues librement ni aisément et ne soient pas accessibles au grand public et singulièrement aux non-fumeurs. Il plaidait pour que les ventes de e-cigarettes se fassent dans des points de vente spécialisés, avec l'accompagnement de personnel formé, et pour une interdiction de publicité et d'étalage. Il plaidait également pour qu'il y ait une mission éducative à destination des vendeurs qui doivent connaître le rôle du vapotage dans la politique de lutte contre le tabagisme et qui doivent, dès lors, être capables d'informer les consommateurs.

Le Conseil supérieur de la Santé pointe aussi la production et la commercialisation des e-cigarettes qui sont désormais en grande partie entre les mains des multinationales du tabac. Il ne voulait absolument pas que l'on puisse autoriser des e-cigarettes jetables.

Vous avez fait tout sauf suivre l'avis du Conseil supérieur de la Santé et tous les points que je viens de citer. Je vous ai remis le détail. Je ne le reprendrai pas pour accélérer nos travaux.

Deuxièmement, plusieurs recommandations émises par le Conseil supérieur de la Santé (CSS) sont en attente. Par exemple, l'arrêté royal du 15 février 2016 stipule qu'une nouvelle notification doit être soumise

pour chaque modification substantielle du produit, mais vous n'avez absolument pas défini cela. Pour tout ce qui concerne la tabacovigilance, la vigilance e-cigarette, vous n'avez rien mis en place!

Le CSS recommande la création au niveau belge d'un organisme de contrôle performant et permanent chargé d'évaluer les dossiers de notification. Même chose: rien n'a été mis en place! Enfin, la dernière recommandation du CSS est que des études plus approfondies soient menées sur le rôle de l'e-cigarette. Je ne sais pas, à ce stade, si vous avez décidé quelque chose sur ce point.

Sur ce dossier, vous n'avez donc en rien suivi l'avis des experts. Une étude assez récente, publiée en juillet dans *Pediatrics* et menée sur 300 jeunes – c'est un nombre significatif – a clairement démontré que pour les jeunes qui n'ont jamais fumé, cela constitue alors une porte d'entrée. Ceux qui ont essayé la cigarette électronique sont six fois plus susceptibles de commencer à fumer que ceux qui n'ont jamais vapoté.

Lorsqu'on compare les décisions que vous avez prises avec l'avis du CSS et avec cette étude de *Pediatrics*, on voit combien vous n'avez pas suivi comme ligne de conduite la protection des non-consommateurs pour des décisions en matière de santé publique.

Enfin, madame la présidente, la troisième question: le Conseil d'État a suspendu le 8 avril 2016 l'exécution de l'arrêté royal du 15 février 2016 sur la fabrication et la mise dans le commerce des cigarettes électroniques sur la base de deux éléments: la date d'entrée en vigueur et le montant disproportionné de la redevance pour la mise dans le commerce de cigarettes électroniques ou flacons de recharge. Qu'en est-il par rapport à la suspension par le Conseil d'État de l'exécution de cet arrêté royal? L'avez-vous déjà modifié?

Je ne peux donc, ce sera ma conclusion, que vous exhorter à profiter de cette suspension de l'arrêté royal par le Conseil d'État pour revoir profondément votre ligne en ce qui concerne la cigarette électronique, et pour en faire un véritable outil d'aide à l'arrêt et non pas un tremplin vers la consommation du tabac.

14.04 **Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Hufkens, mevrouw Jiroflée, mevrouw Fonck, mijn diensten volgen de ontwikkeling rond de problematiek van de elektronische sigaret op de voet. De situatie die u vermeldt, komt uit een van de talrijke andere studies die de laatste jaren gedaan zijn. Er zijn veel studies gebeurd en vele onder hen brengen tegenstrijdige resultaten naar voren.

Teneinde een coherent beleid te kunnen uitbouwen op basis van wetenschappelijke feiten, heb ik de Hoge Gezondheidsraad om een advies gevraagd omtrent e-sigaretten. Dat advies — en u hebt enkele zaken geciteerd, mevrouw Fonck — stelt duidelijk dat de e-sigaret een plaats heeft in het tabaksontradingsbeleid. Er worden echter ook een aantal beperkingen aangeraden.

Om die reden heeft het beleid dat ik daaromtrent voer de bedoeling om niet-rokers en meer bepaald adolescenten te beschermen tegen het beginnen met de e-sigaret. Daarom zijn het roken ervan in gesloten openbare plaatsen, de reclame ervoor en de verkoop ervan aan jongeren onder de zestien jaar verboden.

Ten slotte zou het koninklijk besluit dat onder andere de samenstelling en de etikettering van e-sigaretten reglementeert en de Europese richtlijn ter zake omzet, moeten aangepast worden. Dat is ook aangepast en het zal vóór het einde van 2016 van toepassing zijn. Wij behandelen de e-sigaret en de gewone sigaret inderdaad gelijkwaardig.

Bij de publicatie van de eerste versie hebben mijn diensten en ikzelf actief rond dit thema gecommuniceerd in de media. Op de website van de FOD staan alle bepalingen rond e-sigaretten ook uitvoerig beschreven.

Die regels, meer bepaald omtrent de samenstelling, de etikettering en de verkoop via internet, hebben wel voornamelijk betrekking op de producenten. Daarom hebben mijn diensten in juni ook een informatiesessie georganiseerd ten behoeve van de sector. Ook wordt gewerkt aan een praktische gids voor de producenten en invoerders van e-sigaretten, die naar de sector zal worden verstuurd nadat het nieuwe KB is gepubliceerd.

Voor het gebruik in openbare diensten maakt de controledatabank van de Controledienst Tabak en Alcohol nog geen onderscheid tussen het roken van tabaksproducten en het roken van e-sigaretten. Mijn diensten werken eraan om een dergelijke opdeling in 2017 mogelijk te maken.

Par ailleurs, j'ai pris la décision d'interdire la vente à distance des produits du tabac et des e-cigarettes, ce qui inclut, bien entendu, la vente par internet. Cela permet, notamment, de renforcer l'interdiction de la vente aux mineurs de moins de 16 ans.

La stratégie fédérale pour une politique antitabac efficace ne prévoit actuellement pas de restreindre la vente de ces produits, ni d'interdire la publicité au niveau des points de vente.

La directive 2014/40 ne définit pas la notion de modification substantielle. Afin de clarifier cette question, l'arrêté royal relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce des produits du tabac a été pris.

À partir du moment où ces produits sont vendus dans des magasins dits classiques, il ne me semble pas justifié d'attribuer aux vendeurs une tâche d'aide à l'arrêt de la consommation du tabac.

Cette aide au sevrage doit être dispensée par des professionnels de la santé qualifiés pour aider les fumeurs, à commencer par les tabacologues, les médecins généralistes ainsi que les pharmaciens vendant ces produits.

En matière de contrôle de la législation et au sujet du système de vigilance, j'ai engagé 12 nouveaux contrôleurs ainsi qu'une nouvelle juriste afin de renforcer les équipes du SPF Santé publique. En matière de publicité, j'ai pris des mesures très restrictives, puisque les mesures appliquées aux e-cigarettes sont les mêmes que celles appliquées aux produits du tabac. La définition des cigarettes électroniques contenue dans l'arrêté royal du 15 février provient de la directive 2014/40. Il ne nous est pas possible de la modifier, sous peine de sanctions.

Mes services se concentrent actuellement sur l'application de nouvelles mesures découlant notamment de la transposition de cette directive 2014/40. Le travail avec les autres États membres de l'Union européenne dans le cadre de l'action conjointe sur le tabac permettra également de mieux connaître et comprendre les produits commercialisés et consommés dans nos pays. Cela me semble une base de travail fondamentale avant d'éventuellement approfondir les études.

14.05 Renate Hufkens (N-VA): Dank u, mevrouw de minister, om nogmaals te verduidelijken dat voor een e-sigaret hetzelfde geldt als voor andere tabaksproducten. U zei dat de implementatie ervan voldoende in de media is gekomen alsook op de website van de FOD. Ik heb dat ook in de media zien verschijnen, maar ik vrees dat gebruikers van de e-sigaret er niet van op de hoogte zijn dat dit zo geldt. Daarom is het een goede zaak dat er vanaf 2017 wel een onderscheid wordt gemaakt in de controles van gewone tabaksproducten en e-sigaretten. Ik denk dat u zou schrikken van die cijfers, als ik in mijn dagelijkse omgeving zie hoe los daarmee wordt omgesprongen. Misschien kan er toch eens worden nagedacht over de manier waarop de gebruikers beter worden geïnformeerd waar men wel of niet die sigaretten kan roken.

14.06 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik erken dat er een aantal heel goede preventieve maatregelen zijn genomen.

U zult echter niet ontkennen dat de dampwinkels, zoals ze zich zelf noemen, een heel trendy imago hebben en op die manier jongeren aantrekken.

Ik blijf dus bij mijn standpunt dat wij de e-sigaret veel beter beperkt in apotheken zouden aanbieden, zodat ze een echte hulp zouden kunnen betekenen bij het verminderen van het rookgedrag van volwassenen en jongeren.

14.07 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, cet avis 9265 du Conseil supérieur de la Santé est extrêmement bien fait, extrêmement solide, largement argumenté, avec une revue de la littérature complète et des recommandations politiques très claires en matière de cigarette électronique. Et vous avez pris une position diamétralement différente. Oui, il y a une place dans la politique anti-tabac pour la cigarette électronique mais ce n'est pas cela que vous avez fait. Vous n'avez pas mis en place l'e-cigarette pour aider les fumeurs à arrêter. Au contraire, vous avez choisi de soutenir des lobbies et vous êtes tombée dans le piège avec le risque le plus grand, c'est-à-dire que vous ne permettez pas d'éviter à ceux qui ne fument pas de plonger. Cela devient effectivement un tremplin pour la mise au tabac des jeunes ou des moins jeunes.

À titre personnel, depuis le début, je plaide et je continuerai à plaider pour la vente exclusive des e-cigarettes en pharmacie parce que, à mon avis, il n'y pas de meilleur endroit pour ce faire, considérant qu'il

s'agit d'un dispositif médical d'aide à l'arrêt du tabac. Cela permettrait d'avoir une TVA préférentielle et donc une accessibilité voire des remboursements et surtout d'avoir le conseil avisé du pharmacien pour une aide à l'arrêt du tabac.

Madame la ministre, votre arrêté est faible. J'en termine en prenant cet exemple. Vous dites: "interdiction de la vente par internet". Sur Google, en trois secondes, vous trouvez plusieurs dizaines de sites belges qui vendent la cigarette électronique et tous les produits indispensables. Un bête clic suffit! Certains mettent une accroche "interdit aux moins de 16 ans" mais la majorité ne le met même pas.

Tout cela pour vous montrer combien les mesures politiques qui ont été prises en la matière sont un nivellement par le bas. Ce n'est pas une aide à l'arrêt du tabac et c'est clairement un tremplin à la mise au tabac. En matière de santé publique, c'est une vraie catastrophe! Demain, on en paiera le prix dans tous les sens du terme.

Ce seront d'abord les personnes qui en subiront les conséquences sur le plan médical, mais cela aura aussi un impact sur le plan budgétaire et je le déplore. Je pense que vous devez vraiment changer de stratégie en la matière.

14.08 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Fonck, ik respecteer uw mening. Ik aanvaard dat u het manifest oneens met mij bent.

Ik kan echter niet aanvaarden dat u mij beschuldigt van contacten met lobbyisten. Ik heb geen enkele lobbyist gezien; u misschien wel. Ik ben niet gevoelig voor om het even welk lobbywerk.

Het is en blijft een hulpmiddel, samen met tabacologisch advies en samen met advies van professionelen om te ontnemen van tabak. Volgens mij kan elk hulpmiddel gebruikt worden. Daartoe moet dan wel een wettelijk kader gemaakt worden.

Ik vind het eigenlijk beledigend voor de Kamer dat u mij ervan beschuldigt voor lobbyisten gevoelig te zijn. Dat is echt niet het geval. Ik ben voor geen enkele lobbyist gevoelig. U kent mij misschien niet, maar vele andere mensen kunnen in mijn voordeel getuigen.

De **voorzitter**: Het laatste woord komt de leden toe.

14.09 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, tout le monde ici présent a été inondé de mails des lobbyistes de l'e-cigarette et je ne peux pas croire que ce n'ait pas été le cas de votre cabinet. Leur demande était très claire et je retrouve celle-ci dans la manière dont vous avez, ou plutôt n'avez pas, traduit les recommandations du Conseil supérieur de la Santé. Vous avez fait d'autres choix, qui ne correspondent pas à une stratégie de santé publique, qui protège et qui utilise l'e-cigarette pour aider à arrêter le tabagisme. Au contraire, c'est un tremplin pour la mise au tabac. Je suis désolée de vous dire que compte tenu des décisions qui ont été prises, à l'encontre de l'avis du CSS, je ne peux pas aboutir à une autre conclusion que celle-là.

14.10 Minister **Maggie De Block**: Ik wil u alleen zeggen dat zij mijn mailadres niet hadden.

La **présidente**: Nous reviendrons sur ce sujet.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.17 uur.

La réunion publique de commission est levée à 18.17 heures.