

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

WOENSDAG 18 OKTOBER 2017

MERCREDI 18 OCTOBRE 2017

Namiddag

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14.18 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.18 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Chers collègues, nos travaux peuvent durer jusqu'à 17 heures. Afin de traiter un maximum de questions, je demande à tout le monde de respecter le temps de parole prévu par le Règlement et de ne pas répéter ce que d'autres auront dit sur le même sujet.

La question n° 19982 de Mme Van Camp est transformée en question écrite.

01 Questions jointes de

- M. Jean-Marc Nollet à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les cancers de la thyroïde autour du site de l'IRE à Fleurus" (n° 20174)
- M. Éric Thiébaut à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les cancers de la thyroïde autour des sites nucléaires belges" (n° 20210)

01 Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Marc Nollet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevallen van schildklierkanker in de omgeving van het IRE in Fleurus" (nr. 20174)
- de heer Éric Thiébaut aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevallen van schildklierkanker in de omgeving van Belgische nucleaire sites" (nr. 20210)

01.01 Jean-Marc Nollet (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, les résultats de l'étude 2000-2014 relative aux cancers de la thyroïde autour du site de l'IRE à Fleurus confirment les résultats de l'étude 2004-2008. Il y a une prévalence au cancer de la thyroïde de 8 % supérieure à ce qui est attendu dans un rayon de 20 km autour des installations de l'IRE à Fleurus. Il est plus que temps de prendre des mesures, ne fût-ce qu'à titre conservatoire.

Qu'allez-vous initier pour mettre en oeuvre les nécessaires mesures de précaution sans attendre les résultats de nouvelles études? Quelles normes allez-vous faire modifier pour garantir dès à présent la santé des habitants des communes concernées?

Pour ce qui concerne le site de Mol, dans le premier rayon des 5 km autour du site, la prévalence est de 30 % supérieure à ce qui est attendu.

Comment expliquez-vous ces deux situations préoccupantes, à Fleurus d'une part, à Mol de l'autre? Quelles en sont les conséquences profondes, structurelles? D'un point de vue plus technique, pouvez-vous me garantir que les perturbations thyroïdiennes qui ne débouchent pas sur un cancer sont également étudiées et chiffrées? Quels sont les résultats de ces études pour ce qui concerne le site de Fleurus?

01.02 Éric Thiébaut (PS): Madame la présidente, madame la ministre, sans répéter l'introduction de la question posée par mon collègue. Nous avons effectivement les résultats intermédiaires d'une nouvelle étude, à partir desquels je crois qu'il convient de mettre en place une politique qui permette d'expliquer, puis

de résorber ce nombre de cancers plus élevé autour des deux sites nucléaires de Fleurus et de Mol-Dessel.

À cet égard, je voudrais savoir si des études complémentaires seront menées, afin de mettre en évidence un lien de causalité potentiel entre les cas de cancer de la thyroïde observés et la présence des installations nucléaires. Je voudrais également savoir si des mesures de prévention et d'accompagnement seront prises pour réduire le nombre de cancers autour de ces deux sites nucléaires.

01.03 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, merci, monsieur Thiébaud et monsieur Nollet, pour vos questions.

En 2012, les résultats de l'étude épidémiologique autour des sites nucléaires a été présentée au parlement et les chercheurs ont analysé si l'incidence de nouveaux cas de cancer de la thyroïde et de leucémie infantile avaient augmenté chez les habitants à proximité des sites nucléaires belges.

L'étude n'a pas permis de déduire un lien de cause à effet ni de tirer des conclusions au niveau des individus. La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique avait, à l'époque, commandé cette étude suite à l'incident survenu à Fleurus en 2008. Suite à la présentation des résultats à la Chambre, il a été décidé de mener à nouveau cette étude lorsque des données épidémiologiques sur le cancer sont disponibles pour une plus longue période et à une échelle géographique moins importante, à savoir le secteur des statistiques, et non de la commune.

Dans l'article publié récemment dans *l'International Journal for environmental research and public health*, les chercheurs ont examiné les nouveaux cas de cancers thyroïdiens aux environs des sites nucléaires belges pour la période 2000-2014 au niveau des communes. Il est principalement ressorti de l'article qu'il y a une disparité entre les sites combinant des activités industrielles et de recherche comme Fleurus, Mol-Dessel d'une part, et les centrales nucléaires d'autre part, telles Doel et Tihange.

Les chercheurs ont noté des scores d'évaluation des risques supérieurs à 1 pour Fleurus et Mol-Dessel. Pour ce qui concerne Fleurus, les résultats sont quasi non significatifs, ce qui signifie que certains facteurs pourraient expliquer la différence comme d'autres influences en matière d'environnement (erreurs de classification au niveau des taux d'exposition ou le choix de stratégies pour le traitement, etc.). Aucune augmentation de l'incidence de nouveaux cas de cancers thyroïdiens n'a été constatée à proximité des centrales nucléaires. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude de 2012. À cette époque, il avait été décidé qu'il était judicieux de continuer à suivre aussi bien le site de Fleurus que celui de Mol-Dessel.

Le consortium ISP - Fondation Registre du cancer travaille à la poursuite de la mise à jour de l'étude épidémiologique à proximité des sites nucléaires avec des données au niveau du secteur statistique autour de sites nucléaires belges. Les résultats du cancer thyroïdien sont attendus pour la mi-2018 avec des données sur le cancer au niveau du secteur statistique ainsi que pour la période entre 2006 et 2014.

Quant à la leucémie infantile, il faut aussi tenir compte d'un nombre éventuel de facteurs perturbateurs. Il est analysé s'il est bien faisable d'inclure de tels facteurs à petite échelle géographique tout en respectant la vie privée. Les résultats finaux pour ce qui concerne la leucémie infantile sont attendus pour la mi-2019.

En tant que ministre de la Santé publique, je n'ai commandé aucune autre étude épidémiologique à l'échelle nationale pour analyser un éventuel rapport entre les sites nucléaires et les affections autres que celles de la thyroïde. Je n'ai pas, non plus, commandé d'étude sur le lien causal entre le cancer et les sites nucléaires. Les études en cours permettront notamment d'obtenir une vue sur l'évolution épidémiologique.

Je tiens à souligner, qu'avant la publication de l'article dans la revue précitée, j'ai immédiatement fait le nécessaire pour informer le premier ministre, le ministre de l'Intérieur, le ministre de l'Emploi ainsi que le ministre de l'Énergie, de l'Environnement et du Développement durable.

De plus, j'ai même pris l'initiative vis-à-vis des ministres de la Santé publique des entités fédérées, étant donné qu'ils sont compétents en matière de prévention et de sensibilisation.

Il est impératif que les personnes qui ont le malheur d'être touchées par le cancer de la thyroïde aient directement accès aux soins médicaux adéquats. C'est la raison pour laquelle j'attire l'attention sur l'article en question, ainsi que sur les directives disponibles en matière de traitement.

Entre-temps, le monitoring épidémiologique sur l'incidence du cancer et la prévalence se poursuit afin que nous puissions prendre des décisions scientifiquement fondées, à l'aide de données correctes en ce qui concerne la compétence normative qui est essentiellement assurée par l'AFCN, mais aussi en ce qui concerne la sécurité, l'exploitation de l'activité et de la délivrance des autorisations environnementales.

01.04 Jean-Marc Nollet (Ecolo-Groen): Madame la ministre, votre réponse est inaudible pour les personnes qui habitent dans la région de Fleurus. En 2008, l'incident a été signifié. Depuis lors, la seule chose qu'on leur dit, c'est que des études sont menées. Ce n'est pas vous qui les lancez, c'est l'ISPP; d'accord. Mais nous sommes en 2017, cela va faire 10 ans qu'on leur dit qu'ils ne doivent pas s'inquiéter et que des études sont menées.

Entre-temps, chaque étude confirme qu'il y a une "surprésence" de cas de cancers de la thyroïde et que l'on va encore faire d'autres études! Cela ne les satisfait pas.

Même chose à Mol: on est à 30 %. Et maintenant, on leur dit que c'est un chiffre sur la commune et qu'on va le diviser par secteur statistique. Les secteurs statistiques, on voit bien ce que c'est; il y en a 10 000 sur la totalité de la Belgique. Et vous allez alors avoir une moyenne qui sera de 30 % à Mol et à 8 % à Fleurus. On dira qu'il y en a un peu plus dans certains quartiers et moins ailleurs. Et alors? Qu'est-ce que cela va changer pour la réalité de ces personnes et pour le risque rencontré? Rien.

Par contre, une action de votre part, en coordination avec les ministres dont vous avez parlé pour réduire les capacités d'émissions des entreprises concernées pourrait aider à résoudre le problème.

Baisser les seuils peut aussi aider.

Au-delà de la prévalence de cancers, il serait opportun de tester aussi l'utilisation d'hormones thyroïdiennes, peut-être avant ou sur des gens qui ont failli avoir le cancer. Ne pas se limiter à faire un relevé des cas de cancer. Est-ce que c'est fait?

Tout cela montre bien que le suivi de cette situation à risque est en fait très passif mais on ne s'en rendra compte que plus tard; mi-2018 ou mi-2019 pour les enfants. Je ne pense pas que ce soit ce que les gens attendent d'une ministre de la Santé.

Compte tenu des chiffres inquiétants dont on dispose à Fleurus, Mol-Dessel, avec les 30 %, je vous invite à être plus pro-active plutôt que de vous contenter de suivre les études qui vous arrivent.

01.05 Éric Thiébaud (PS): Madame la ministre, je ne suis pas non plus rassuré par votre réponse. La question est assez simple: y a-t-il plus de cancers de la thyroïde autour des sites? Si c'est le cas, il faudrait d'abord le confirmer clairement. Et dans ce cas, que faites-vous en tant que ministre de la Santé, en collaboration avec vos collègues et particulièrement le ministre de l'Intérieur? Il me semble que l'on est en droit d'attendre une réponse plus précise de votre part.

01.06 Maggie De Block, ministre: Je suis d'accord: des études ont été lancées, des résultats intermédiaires sont disponibles, mais c'est tout ce dont on dispose pour le moment. Les résultats disponibles sont quasi non significatifs. On ne sait pas quels facteurs interviennent et il s'agit d'un nombre restreint. Vous parlez des 30 %. Si vous passez de trois à quatre cas, il y a une augmentation de 30 %.

Mais j'ai immédiatement pris contact avec les autres ministres pour voir avec eux s'il était nécessaire de prendre des mesures. Les discussions se poursuivent, mais il faut des résultats plus significatifs. Il faut aussi voir s'il n'y a pas d'autres facteurs.

01.07 Éric Thiébaud (PS): Pour vous, les résultats ne sont pas significatifs pour l'instant?

01.08 Maggie De Block, ministre: Je l'ai dit. Les chercheurs ont noté des scores d'évaluation des risques supérieurs à Mol et Fleurus. Oui, mais les résultats sont quasi non significatifs.

Cela veut dire qu'on ne peut pas en conclure qu'ils sont vraiment dus à la localisation dans les environs de Mol ou Fleurus ou que ce sont d'autres facteurs qui ont contribué à ces résultats.

01.09 Jean-Marc Nollet (Ecolo-Groen): La ministre dit que c'est peut-être une variation de trois ou quatre

cas et que cela pourrait être non significatif. Regardons les chiffres! Vous avez lu l'étude. Il y a 685 cas à Fleurus. Ce n'est pas trois ou quatre. 685 cas!

Quand vous regardez la situation de Mol, vous voyez que la prévalence est de 30 % dans les 5 premiers kilomètres, de 15 % dans les 10 kilomètres, 12 % dans les 15 kilomètres et 4 % dans les 20 kilomètres. Vous voyez bien, sur base de ces chiffres, que des cercles concentriques se dessinent.

Je ne comprends pas qu'on puisse arriver à conclure que les informations sont insuffisantes, qu'il faut aller plus loin pour prendre des mesures.

Cela fait dix ans que ces gens attendent. Franchement, je ne comprends pas.

La **présidente**: Je vais devoir clore l'incident, même s'il ressort bien de cet échange qu'une présence ou une action davantage de terrain serait nécessaire.

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

02 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mughelikopter" (nr. 20260)
- de heer Koenraad Degroote aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mughelikopter, onder andere in West-Vlaanderen" (nr. 21186)

02 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'hélicoptère du SMUR" (n° 20260)
- M. Koenraad Degroote à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'hélicoptère du SMUR, entre autres en Flandre occidentale" (n° 21186)

02.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, een mughelikopter is sneller ter plaatse dan een mugauto wanneer de interventie plaatsvindt op meer dan 10 km in vogelvlucht van het ziekenhuis. In België is er een mugheli in dienst, gestationeerd in Brugge. Per jaar komt deze zo'n 600 keer tussen bij levensbedreigende aandoeningen ingevolge ziekte of ongevallen. Elk jaar worden 40 extra mensenlevens gered, die door een gewone mugauto niet gered hadden kunnen worden. Cijfers bewijzen dat de argumentatie dat die enkele minuten tijdswinst onbelangrijk zouden zijn, geen steek houdt.

In tegenstelling tot de mugauto's, worden de mugheli's blijkbaar niet federaal gesubsidieerd. De vzw die deze hulpverlening voor haar rekening neemt, het Instituut voor Medische Dringende Hulpverlening, is afhankelijk van kleine en grotere sponsors om de kosten te betalen. Daardoor dreigt het voortbestaan van deze hulpverlening nu in het gedrang te komen.

Ik weet niet waarom er in het verleden beslist werd om de mughelikopter niet te subsidiëren. Daarom heb ik de volgende vragen hierover.

Overweegt u om deze hulpverlening mee te laten bekostigen door de federale regering? Denkt u eraan om ook in andere regio's mughelikopters te stationeren?

Over welk bedrag praten wij als dit door de federale overheid bekostigd zou worden?

Kunt u misschien wat meer uitleg geven over hoe de zaak precies in elkaar zit? Waarom wordt het ene wel en het andere niet gesubsidieerd door de federale overheid?

02.02 **Koenraad Degroote** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag is quasi-identiek. De dringende hulpverlening en het ziekenvervoer zijn van primordiaal belang voor ieder bestuursniveau. Er gaat terecht veel aandacht naar ambulancevervoer over de weg. Wij kunnen echter niet ontkennen dat ook de helihulp zeer belangrijk is. Wij moeten ernaar blijven streven om zoveel mogelijk mensenlevens te redden.

Het onderdeel van de helihulp is nog niet voldoende aan bod gekomen. Ik heb hier een lijst van een veertigtal West-Vlaamse en enkele Oost-Vlaamse gemeenten die het initiatief financieel ondersteunen,

samen met het provinciebestuur van West-Vlaanderen. De federale overheid biedt nog altijd geen ondersteuning.

Ik heb daarom de volgende vraag voor u.

Hoe ziet u de verdere toekomst en uitbouw van helihulp, dus de mughelikopter, in ons land? Zal de federale overheid ter zake een steentje bijdragen?

02.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Jiroflée, mijnheer Degroote, het is inderdaad zo dat een helikopter in vlucht sneller is dan een voertuig over de weg. Wanneer wij over de voor- en nadelen van het gebruik van een helikopter binnen de dringende geneeskundige hulpverlening spreken, gebied de eerlijkheid echter het gehele plaatje in kaart te brengen.

Een helikopter heeft een opstarttijd wat dus betekent dat hij tijd nodig heeft om van stilstand op het platform tot vluchthoogte te komen. Daarnaast heeft hij ook een landingstijd; het vraagt immers tijd om een landingsplaats te identificeren en zich er vervolgens van te verzekeren dat de plaats vrij en veilig is voor een landing. Op een voetbalveld kan bijvoorbeeld niet geland worden wanneer er op dat moment gevoetbald wordt. In dat geval moet het veld eerst worden vrijgemaakt of moet de helikopter uitwijken naar een andere plek. Meestal heeft een helikopter ook een aanrijtijd, met name de tijd die nodig is om van de landingsplaats tot op de interventieplaats te komen. Zo zal een helikopter niet in het centrum van Oostende kunnen landen, maar bijvoorbeeld wel op het strand. Vervolgens zal een voertuig het team naar de interventieplaats moeten brengen.

Betreffende het pilootproject te Brugge, kan ik het volgende meedelen. Ik bezocht het AZ Sint-Jan, naar aanleiding van de ingebruikname van de spoeddienst, die links van het ziekenhuis is gesitueerd, en van de huisartsenwachtpost die rechts ervan ligt. Uiteraard zag ik tevens de helikopter staan, waarover wij ook hebben gesproken.

De federale overheid komt reeds tussen in het pilootproject, in die zin dat er jaarlijks een federale subsidie is van 62 000 euro voor het onderdeel B4 van het budget financiële middelen van het ziekenhuis. Het is dus niet zo dat wij tot nu toe niets hebben bijgedragen.

Het is echter zo dat wij de twee helikopters van ons pilootproject niet hebben ingezet zoals onze buurlanden. Wij zetten de helikopters in als eerste lijnmiddel binnen de dringende geneeskundige hulpverlening en dit enkel bij dag. 's Nachts kunnen zij niet vliegen. Omwille van de veiligheid is dat niet mogelijk. De ervaring en het aantal uren vlucht in de ons omliggende landen is veel groter. Historisch gezien hebben zij ook al veel langer ingezet op helikopterhulp. Wij stellen vast dat al deze landen, gebaseerd op hun ervaring, helikopters voornamelijk overdag inzetten bij het interhospitaal transport voor patiënten met tijdkritische aandoeningen.

Slechts uitzonderlijk organiseren zij 's nachts interhospitaaltransporten. Het kan dus, maar om veiligheidsredenen enkel van een uitgerust heliplatform naar een uitgerust heliplatform. Ik moet u niet zeggen dat wij in ons land weinig uitgeruste heliplatformen hebben. Deze helikopters worden dus slechts in zeer uitzonderlijke situaties ingezet als middel in de dringende geneeskundige hulpverlening. Het gebruik van de helikopter in Brugge is dus enigszins anders dan het gebruik van de helikopters in de ons omringende landen.

U weet dat wij een plan over de niet-planbare zorg hebben. Wij hebben de helikopters daarin een afgelijnde plaats gegeven. Zij hebben daar een rol op te nemen in het interhospitaaltransport over langere afstanden van patiënten met een tijdkritische aandoening. Zij zullen echter geen routinemiddel vormen in de dringende geneeskundige hulpverlening. Zij zullen in de dringende geneeskundige hulpverlening in specifieke en uitzonderlijke situaties een plaats krijgen.

In 2018 zal ik starten met het uitvoeren van de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening. Wij hebben vijf prioritaire assen geïdentificeerd. Ten eerste, de transparantie van de factuur van de dringende geneeskundige hulpverlening en de tariefzekerheid voor de patiënt. Ten tweede, een verduurzaming van de overheidsfinanciën van de ziekenwagendiensten. Ten derde, de versterking van de medische dispatching. Ten vierde, *intelligence*, beleidsondersteuning en –handhaving. Ten vijfde, integratie van de PIT-teams, de *paramedical intervention teams*, in het wettelijk kader.

Zoals gezegd zal er aan de helikopters een welafgelijnde plaats gegeven worden. Wij gaan echter niet

overal in de dringende geneeskundige hulpverlening helikopters inzetten.

02.04 Karin Jiroflée (sp.a): Dat was klaar en duidelijk. Hartelijk dank voor uw antwoord, mevrouw de minister.

02.05 Koenraad Degroote (N-VA): Mevrouw de minister, had u het in uw antwoord over 260 000 euro?

02.06 Minister Maggie De Block: 62 000 euro voor het onderdeel B4 van het Budget Financiële Middelen van het ziekenhuis. De helikopter staat naast het ziekenhuis. Alles wordt geregeld via het BFM van het AZ Sint-Jan.

02.07 Koenraad Degroote (N-VA): Bij grote afstanden is de helikopter van levensbelang. Het nut ervan mag dus zeker niet onderschat worden. Ik dank u voor uw intenties.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van prothesen" (nr. 20291)

03 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des prothèses" (n° 20291)

03.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik stel deze vraag naar aanleiding van een incident dat enkele weken geleden in de media gekomen is. Het gaat over de computergestuurde knieprothese. Naar aanleiding van die mediastorm kondigde u aan dat dergelijke prothesen terugbetaald zouden worden. Als ik het goed begrepen heb, gebeurde de betaling tot nu toe enkel in het geval van mechanische prothesen. Het is volgens mij een goede zaak om dit ook voor computergestuurde prothesen te doen. Dat is zeker geen overbodige luxe. Het blijkt immers dat de kans op blessures veel groter is bij mechanische prothesen. Voor de levenskwaliteit van de patiënt is dit zeker een goede zaak. Daarom had ik enkele vragen voor u.

Wanneer zal deze regeling in werking treden? Wanneer zal die terugbetaling een feit zijn? Welke zullen de criteria zijn om van een terugbetaling te kunnen genieten? Welk bedrag is daarvoor beschikbaar? Gaat het enkel om de terugbetaling van knieprothesen of zijn er nog andere prothesen van ledematen die daarvoor in aanmerking zouden kunnen komen?

03.02 Minister Maggie De Block: U ziet wat een televisieprogramma teweeg kan brengen. Wij hebben daar niet op gewacht. In 2016 is er een werkgroep van de overeenkomstencommissie gestart. Die werkgroep bestaat uit orthopedisten en verzekeringsinstellingen. Ook de patiëntenverenigingen worden hier altijd bij betrokken.

Er bestaat nu ook al een beperkte vergoeding voor de elektronische knie. Die is zeker niet van dezelfde grootteorde als de kostprijs. Ik denk dat de prijs van één knie ongeveer 45.000 euro bedraagt. De huidige vergoeding is beperkt omdat er bij de opstelling van de regelgeving onvoldoende budget aanwezig was om deze terugbetaling op een hoger niveau te brengen.

De besprekingen zijn dus lopende en de patiëntenverenigingen zijn daarbij aanwezig. De opdracht van de werkgroep omvat onder andere het vaststellen van de doelgroep, of criteria waaraan de patiënt moet voldoen om geholpen te kunnen worden en met een door een microprocessor gestuurde knie te revalideren.

De hoogte van de terugbetaling is natuurlijk ook een van de elementen die deel uitmaken van de besprekingen. Het is de bedoeling om ook in een correcte terugbetaling te voorzien. Het budgettaire kader zal mee worden bepaald door de doelgroep en het bedrag van deze terugbetaling.

Op dit ogenblik is het nog te vroeg. Ik heb mezelf geïnformeerd. Ik wist natuurlijk dat die werkgroep al was geïnstalleerd. Voor sommigen duurt het immers te lang. Ik heb de werkgroep dan ook gevraagd om de werkzaamheden zo snel mogelijk af te ronden. Ik heb ook het RIZIV gevraagd om mijn beleidscel op de hoogte te houden van de evoluties in dit dossier zodat wij alles nauwgezet kunnen opvolgen.

In de krant stond iets heel ongelukkig te lezen. Men deed het uitschijnen alsof ik deelneem aan die

wergroepen. Ik zou dat wel willen, maar ik kan dat niet wegens tijdsgebrek. Binnen onze overlegorganen zijn er nu eenmaal heel veel van die werkgroepen.

Het leek ook alsof ik gezegd zou hebben om dit niet terug te betalen. Het is juist de bedoeling om dit wel terug te betalen. De doelgroep moet echter worden afgebakend want bepaalde mensen – bijvoorbeeld zij met andere letsels of onderliggende ziektes – kunnen niet worden geholpen met zo'n knie. Bovendien gaat het voor de meesten maar om een knie. In het geval van die jonge vrouw ging het evenwel om een amputatie van beide benen. Dit maakte het natuurlijk ook veel moeilijker om haar evenwicht te bewaren en te revalideren.

Ik begrijp de emoties, maar ik wil gewoon verduidelijken dat ik zelf niet zetel in die werkgroepen. Daarenboven zou ik een dergelijke uitspraak niet doen tegen iemand zonder benen. Ik vind namelijk dat hiervoor wel geld moet worden vrijgemaakt. Dat lijkt mij duidelijk.

03.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, bedankt voor de stand van zaken. Ik had uiteraard al begrepen dat u niet hebt gewacht op dat tv-programma want anders had u niet zo snel kunnen reageren. Ik was er wel door gealarmeerd want ik had mij daar nog nooit in verdiept.

Ik ben blij dat ik nu weet hoe de vork in de steel zit. Bedankt!

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

04 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "het advies van de **NRVZ** met betrekking tot de financiering van kinderpsychiatrische therapeuten" (nr. 20298)
- mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "de besparingen in de kinderpsychiatrie" (nr. 20732)
- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "de evolutie in het dossier van de dagplaatsen in de kinderpsychiatrie" (nr. 21069)
- mevrouw **Karin Jiroflée** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "de besparingen in de jeugd- en kinderpsychiatrie" (nr. 21125)
- de heer **André Frédéric** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "de kinder- en jeugdpsychiatrie" (nr. 21245)

04 **Questions jointes de**

- **Mme Nathalie Muylle** à la ministre des **Affaires sociales et de la Santé publique** sur "l'avis du **CNEH** relatif au financement des thérapeutes en pédopsychiatrie" (n° 20298)
- **Mme Catherine Fonck** à la ministre des **Affaires sociales et de la Santé publique** sur "les économies dans le secteur de la pédopsychiatrie" (n° 20732)
- **Mme Anne Dedry** à la ministre des **Affaires sociales et de la Santé publique** sur "l'évolution du dossier relatif aux places de jour en pédopsychiatrie" (n° 21069)
- **Mme Karin Jiroflée** à la ministre des **Affaires sociales et de la Santé publique** sur "les économies en matière de psychiatrie infantile et juvénile" (n° 21125)
- **M. André Frédéric** à la ministre des **Affaires sociales et de la Santé publique** sur "les structures pédopsychiatriques" (n° 21245)

04.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, de volledige achtergrond van dit dossier zal ik niet meer schetsen.

Wij weten dat de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen ondertussen een advies heeft uitgebracht over de aanpassing van de partiële financiering voor de kleine K in algemene ziekenhuizen. In dat advies wordt verwezen naar uw koninklijk besluit van juni 2017 en de gefaseerde afbouw over een periode van drie jaar voor de kleine K, zowel dag als nacht.

In het advies worden de verschillende uitgangspunten nog eens herhaald, zoals het belang van de aangepaste financiering, namelijk een eenvoudiger en transparantere financiering, en het belang van de nieuwe incentives, zeker in het kader van het plan Kinderen en Jongeren. Het belang van psychiatrische dagbehandelingen en de laagdrempeligheid worden eveneens benadrukt. Ook de afstemming van erkenning en financiering worden erin opgenomen.

In het advies wordt er gepleit voor een gelijkschakeling van de financieringsnorm voor de kleine K, dag en nacht, voor algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Dat wil zeggen dat de dertien voltijds equivalenten per twintig bedplaatsen behouden zouden moeten worden. Er wordt dan ook gevraagd om het koninklijk besluit van juni 2017 in die zin aan te passen door de betreffende artikelen op te heffen.

Het advies neemt ook de budgettaire impact van die beslissing mee. Dat kunnen we er allemaal in lezen.

Mevrouw de minister, wat zult u met dat advies doen? Zult u de aanbevelingen van dat advies volgen? Zult u uw koninklijk besluit in die zin aanpassen?

04.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous ai déjà interrogée à ce sujet, il y a plusieurs mois et, plus récemment en plénière lors de la déclaration du premier ministre sur l'état de l'union.

Dans le secteur non marchand et plus particulièrement dans les hôpitaux de jour concernés par votre arrêté royal sur les centres de jour de psychiatrie infantile, le secteur n'avait pas eu de mots assez durs pour pointer du doigt vos décisions. En effet, certains d'entre eux perdaient la moitié du financement pour l'encadrement des enfants et, donc la moitié des soignants. De nombreux courriers d'hôpitaux concernés me sont parvenus.

Par exemple, pour un hôpital qui a commencé un projet en lits K de jour avec un encadrement de vingt enfants hospitalisés, la modification introduite par votre arrêté royal engendrait un encadrement réduit de 16 équivalents temps plein à 8 équivalents temps plein en l'espace de deux ans. Autant dire que cela remet complètement en question la capacité de fournir un travail de qualité dans cet hôpital de jour pédopsychiatrique, qui réalise un travail extrêmement important avec des enfants et des adolescents en très grande difficulté.

Devant la levée de boucliers de parlementaires de la majorité et de l'opposition, vous avez sollicité un nouvel avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers. Ma collègue vient de retracer les grandes lignes de l'avis qui a été rendu.

Lorsque j'ai interrogé le premier ministre, la semaine dernière, j'ai entendu dans sa réponse une ouverture pour faire marche arrière par rapport à une partie de vos décisions. Vous noyez cela sous la dénomination "uniformisation". Mais ce que vous ne dites pas, c'est que pour une série d'hôpitaux, c'est un recul majeur entraînant la mise à mal de la continuité de ces services.

Madame la ministre, vous avez en mains l'avis du Conseil fédéral depuis quinze jours ou trois semaines.

Allez-vous corriger le tir dans cet arrêté royal pour ne pas casser les lits en hôpital de jour, du moins pour ceux qui ont été fortement touchés par cette décision?

04.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, mijn vraag werd ingediend op het moment dat het advies er nog niet was. Mijn vraag was of u het advies reeds hebt ontvangen, maar dat is ondertussen duidelijk, want het heeft in alle kranten gestaan. Ik hoef dus de aanbevelingen uit het advies niet meer te herhalen. In elk geval is de eerste vraag al beantwoord, want u hebt het advies inderdaad ontvangen.

Zult u het advies volgen? U hebt verklaard dat u het gaat onderzoeken. Tegen wanneer mogen wij uw beslissing vernemen, want het water staat hen aan de lippen?

04.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, het langverwachte advies is er. Mijns inziens laat het weinig ruimte voor interpretatie. Er staat duidelijk dat u in uw KB alle artikelen zou moeten opheffen met betrekking tot de gefaseerde afbouw in de kinderpsychiatrie.

Wat zijn uw bevindingen na het lezen van het advies? Zult u het KB intrekken of aanpassen in de zin van het uitgebrachte advies?

04.05 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, beaucoup de choses ont déjà été dites mais, comme mes collègues, j'aimerais revenir sur votre arrêté royal du 30 juin dernier fixant le nombre d'équivalents temps plein pour les services de pédopsychiatrie. Le texte fixe pour les lits K, un nombre de 16 équivalents temps plein pour les lits résidentiels et de 8 pour les centres de jour.

J'avais déjà eu l'occasion, comme mes collègues, de vous interroger avant les vacances sur le sujet car le secteur, dont certains services fonctionnent déjà "à la corde", disait n'avoir pas été consulté et s'alarmait de cette décision jugée "intenable". Des professionnels, du nord comme du sud du pays, craignent en effet une réduction d'effectifs trop importante et une mise à mal du fonctionnement-même de ces services dont l'importance n'est pas à démontrer.

Dans un premier avis rendu par le Conseil national des établissements hospitaliers, ce dernier recommandait dans un premier temps de ne pas changer ce qui est à l'œuvre et, s'il s'agissait de réformer, d'appliquer "un nombre de points supérieur à la simple application des normes de personnel car les soins prodigués sont plus soutenus". Le Conseil national des établissements hospitaliers a publié, il y a quelques jours, un nouvel avis vous appelant à nouveau à ne pas faire d'économies dans la pédopsychiatrie. L'avis demande précisément "l'annulation de tous les articles concernant le démantèlement phasé de la pédopsychiatrie".

Pour l'année 2017, vous aviez expliqué que l'on passerait d'abord à 13 équivalents temps plein et puis à 8 équivalents temps plein pour 2019. Il était également question de 10 équivalents temps plein pour l'accueil de nuit. Le rapport parle, lui, expressément de conserver 13 travailleurs de jour et de nuit.

Madame la ministre, ma question est identique à celles de mes collègues, allez-vous enfin - j'en suis convaincu mais j'attends que vous me le confirmiez - suivre ce nouvel avis et modifier l'arrêté royal pris en juin dernier?

04.06 **Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, collega's, vooraleer ik uw vragen beantwoord, wil ik nog een opmerking maken.

U vraagt of ik het heb gelezen. Ja, ik heb het gelezen. Ik heb het zelfs besproken met mijn medewerkers. Ik hoor hier evenwel dat sommige vraagstellers het niet hebben gelezen.

Het hele koninklijk besluit moet niet worden vernietigd. De eerste stap, naar 13 voltijdse equivalenten, mag blijven. Mevrouw Muylle heeft het wel goed begrepen, mevrouw Jiroflée heeft het niet begrepen. U blijft spreken over besparingen. Mijnheer Frédéric, u hebt het ook niet begrepen, want u zegt dat alle artikelen moeten worden geschrapd.

Mme Fonck a bien compris. Cela montre à quel point il est difficile d'avoir une discussion quand chacun a une interprétation différente de l'avis qui a été rendu.

Vanaf het begin was de framing fout. Er werd gezegd dat het een besparing is. Neen, het aantal miljoenen dat naar die gesloten enveloppe gaat blijft hetzelfde. Er is geen euro afgegaan van het budget dat bestemd is voor die kinderpsychiatriebetten.

Wat heb ik wel gedaan? Ik heb het moratorium opgeheven waardoor er geen nieuwe bedden konden worden bijgemaakt. Vlaanderen heeft tot nu toe niet zoveel bedden als het zou kunnen hebben en kan er nog 141 bijmaken. Brussel zit er al over en Wallonië kan er nog een twintigtal bijmaken.

Daarna hebben wij gekeken hoe al die bedden worden gefinancierd. Wat wij hebben gezien in het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen is dat het inderdaad een heel kluwen was. Het eerste advies van de Federale Raad, waarmee ik niet veel kon doen, zei dat het een kluwen was, maar dat het een kluwen mocht blijven omdat het op 5, 6 plaatsen in de ziekenhuisfinanciering zit en er ook nog 3, 4 sociale akkoorden zijn tussengefietst, waardoor er zoveel verschillende tarieven in ons land zijn. Hun stelling was het is nu zo, laat het maar zo.

Ik vind dat men dat niet zo kan laten. De zorg voor kinderen, van de Westkust tot in Luxemburg, moet van dezelfde kwaliteit zijn. Ik denk dat iedereen, zeker in deze commissie, vindt dat er een gelijkheid moet zijn voor een correcte vergoeding voor de personeelsnorm. Het zijn net die personeelsnormen die van 8 tot 21 gaan. Hoe kan men verklaren dat die norm zo varieert voor hetzelfde werk bij dezelfde pediatrie bedden overdag?

Het advies zegt inderdaad dat de financiering van de kinderpsychiatrische bedden en de plaatsen in ons land een ondoorzichtig kluwen vormen. De Raad heeft dan ook een omstandig advies afgeleverd en heeft dat in drie fases opgedeeld.

Het eerste deel van het advies beoogt een stopzetting van de gefaseerde vermindering van de personeelsnorm, zoals voorzien in het financieringsbesluit. Door dit koninklijk besluit staat het dit jaar op 13. Ik heb gezegd dat ik het verder zou willen afbouwen tot de norm. Er is dus wel een link tussen de norm en de financiering. Vooraleer ik dat doe voor de twee volgende jaren, zal ik daarover echter een advies vragen. Het advies is nu inderdaad een uniform tarief van 13. Wij hebben dat op 13 gezet omdat het 13 is in de psychiatrische ziekenhuizen. Het gaat hier immers alleen over de algemene ziekenhuizen, een nuance die tot nu toe nog niet iedereen heeft gemaakt.

Het tweede deel van het advies betreft de ontwikkeling van een nieuwe programmatiefinanciering en -normering van alle psychiatrische beddenkenletters in zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen, gebaseerd op het idee van de zorgprogramma's.

Het derde deel van het advies betreft een afstemming tussen de volledige en partiële hospitalisatiediensten binnen de algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Wat die laatste twee onderdelen betreft, zegt de Raad dat hij eigenlijk meer tijd nodig heeft om daarover een gedetailleerd advies uit te brengen. De Raad heeft aangekondigd dat dat advies er tegen juni 2018 zal zijn.

En ce qui concerne la première phase, le Conseil avance deux grands principes. Premièrement, le Conseil estime qu'une norme de personnel de 13 pour 20 places est correct.

Dat is wat het nu is. Door het KB van juni is het nu 13.

Cette norme est d'application depuis l'adaptation de l'arrêté de financement en juin et il suffit donc de ne pas mettre en œuvre l'adaptation prévue pour 2019 pour répondre à cette partie de l'avis.

Wij zullen dus het stuk dat de verdere afbouw inhoudt, intrekken, maar het KB blijft wat de afbouw naar 13 betreft.

Cela ne nécessite qu'une petite adaptation technique, qui sera réalisée pour le calcul du budget au 1^{er} juillet 2018, ce qui me semble acceptable. Je demanderai que le nécessaire soit fait.

En outre, le Conseil estime qu'il convient d'augmenter l'enveloppe du budget des moyens financiers des hôpitaux à la lumière de l'annonce de la création de 141 lits K supplémentaires en Flandre. Dans ce cadre, le principe général de la compensation, pour cette enveloppe fermée, de l'éventuelle différence financière, tant que positive que négative, pouvant subsister en cas de reconversion d'un des indices de lits vers un autre indice de lits est remis en question.

Ce que j'ai déjà expliqué au sein de cette commission se voit ainsi confirmé: la reconversion de lits non justifiés sans financement en lits pédopsychiatriques ou places – pour les lits K, ce sont des places – justifiées permettra, en chiffres absolus, d'injecter plus d'argent dans les services de pédopsychiatrie.

Als wij door een reconversie gaan van niet-erkende bedden naar erkende bedden – dat wordt *all the time* toegepast, elke week krijg ik daarover dossiers –, dan gaan wij van een niet-gefinancierd bed naar een gefinancierde plaats, dus dan is het toch nog altijd zeer attractief voor het ziekenhuis.

Cependant, le secteur ne souhaite pas que cet investissement dans la pédopsychiatrie soit imputé au budget global de financement des hôpitaux. Il demande une injection à concurrence de 11,7 millions d'euros, un montant qui, dans certaines circonstances, peut évoluer jusqu'à 19,1 millions d'euros.

Met dat deel van het advies heb ik het moeilijker, omdat dit een eigenaardig voorgestelde werkwijze is. Naast de vaststelling dat in dergelijke injectie in de begroting 2018 niet is voorzien — u zult dat niet terugvinden, want het advies is gekomen na het opmaken van de begroting — is het een zwaar precedent. Elke reconversie van het ene beddentype naar het andere gaat immers gepaard met verschuivingen in het budget. Dat is wat wij hier ook zouden doen. Het klopt dat deze verschuivingen meestal klein zijn en in de tijd gespreid. De verschuivingen zullen echter substantiëler zijn mocht men er in Vlaanderen in slagen om bijna 141 bedden te creëren. Ik hoop hierop, want ze zijn nodig.

Men moet dit ook in het juiste perspectief zien. Het initiatief wordt uitgevlakt over 105 algemene ziekenhuizen en binnen een B2-budgetonderdeel, dat ongeveer 3,2 miljard bedraagt. Het lijkt mij dus

moelijk te verantwoorden om in dit geval de regels van de reconversie niet te volgen maar onmiddellijk een injectie te geven. Het gaat ook om de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en ik vind het niet abnormaal dat deze om meer geld vraagt. Als men zagezegd onverantwoorde bedden omzet in verantwoorde bedden, krijgt men na de reconversie een financiering voor bedden die er geen hadden. Op dit moment is die financiering nul, maar dan wordt ze toegekend als volgt: 13 voltijds equivalenten voor 20 bedden.

Het opheffen van het moratorium is volgens mij nog steeds een goede zaak, vooral omdat er daardoor heel wat plaatsen kunnen worden gecreëerd, vooral in Vlaanderen, maar ook in Wallonië. Dat zal ook met zich meebrengen dat er meer geld naar de kinderpsychiatrie zal vloeien. Als er daar meer bedden worden vrijgemaakt, zal er binnen de enveloppe ook meer geld naartoe vloeien.

Par ailleurs, je tiens à souligner que le financement des hôpitaux consiste en une enveloppe fermée, dont le montant inchangé est réparti entre eux selon des règles bien précises. La décision relative à son importance appartient au gouvernement dans son ensemble. J'ai seulement pris l'initiative d'harmoniser les modalités de répartition avec les normes d'agrément en vigueur, qui valent notamment pour tous les autres indices de lit. Rien de plus logique!

De plus, j'ai constaté que les hôpitaux ne percevaient pas tous le même montant pour les lits K. C'est ainsi que les hôpitaux généraux reçoivent plus que les hôpitaux psychiatriques. Et il y avait même parfois une différence entre hôpitaux généraux. Pour moi, ce n'était pas acceptable.

Ook belangrijk is dat de financiering wordt losgelaten om via de normering te gaan. Dat is belangrijk, want normaal volgt de financiering de normering. Hier zegt men dat de financiering hoger moet zijn dan de normering. U weet dat er een bevoegdheidsverdeling is, de normering zit bij de deelstaten en de financiering bij ons. Als men die loslaat, zal dat misschien ook bij andere zaken losgelaten worden.

Mon initiative d'il y a quelques mois n'a apporté aucun centime au budget des soins de santé.

Mevrouw Jiroflée, ik stel vast dat u steeds over besparingen spreekt. Het budget blijft echter zoals het was en in tegendeel tot wat u zegt, zal er in geval van reconversies zelfs meer geld naartoe vloeien. U blijft dat echter besparingen noemen — misschien moet u dat doen; dat blijft voor mij een mysterie.

Mevrouw de voorzitter, daarmee hoop ik dat de misverstanden opgelost zijn. Ik nodig iedereen uit om dat rapport echt grondig te lezen, niet omdat het zo boeiend is, maar wel omdat het interessant is, zodat iedereen weet waarover het gaat. Er is juist een opening gemaakt om het aantal plaatsen in de kinderpsychiatrie te kunnen verhogen, ondersteund door een correcte, uniforme, transparante en leesbare financiering, wat voordien niet het geval was in ons land. Als wij tot 13 voltijds equivalenten overgaan, zullen er uiteraard winnaars en verliezers zijn. De winnaars, de plaatsen waar men van 8 of 10 naar 13 VTE gaat, die hoort men uiteraard niet, terwijl degenen die er door een gunstige wind in geslaagd zijn om aan 18 tot 20 VTE te geraken, nu hard roepen, wat ik ook wel begrijp. Ik vind echter dat de zorg voor elk K-bed van dezelfde kwaliteit moet zijn. Daarom moet de financiering dezelfde zijn.

04.07 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, het is inderdaad een ongelooflijk complex gegeven. Ik heb vanmiddag op twee bladzijden de evolutie van de wettelijke basis met daarnaast telkens de gewijzigde financieringsnormen van 1964 tot nu genoteerd. Ik heb zelfs verschillende keren moeten terugbladeren om te zien hoe het nu weer in elkaar zat. Het is dus ongelooflijk complex.

Het stemt mij positief dat u zegt dat u bereid bent tot een gelijkschakeling van de 13 voltijds equivalenten. Ik voel ook aan dat dit door de sector wordt gedragen. U zegt dat u daarvoor ook een technische aanpassing wil aanbrengen aan het KB.

04.08 Minister Maggie De Block: Ja, om de volgende fase te kunnen doen.

04.09 Nathalie Muylle (CD&V): Om te kunnen vertrekken van 13 voltijds equivalenten. Dat is positief.

Ik wil ook nog duidelijk zeggen dat wij het moratoriumbesluit steunen. Er is ook ruimte gelaten om — wij hebben daarvoor ook altijd gepleit — in de geestelijke gezondheidszorg in het kader van de reconversie nog een en ander toe te laten.

Het moratorium en de financiering zullen gebeuren op basis van verantwoorde bedden en niet op basis van erkende bedden. De 141 bedden en het uitgangspunt van verantwoorde bedden heeft toch een financiële impact. Dat staat ook in het advies van de Raad van State. U zegt dat u positief staat tegenover niet-erkende bedden. Ik begrijp uw logica want dan is men eigenlijk nieuwe bedden aan het financieren en dat kan ook niet de bedoeling van het moratoriumbesluit zijn.

04.10 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je voudrais quand même rappeler que le Conseil fédéral avait déjà rendu un avis avant que vous ne preniez votre arrêté royal. Il s'était montré très clair. En effet, il avait indiqué que le financement des lits existants devait être maintenu et que celui des nouvelles initiatives devait être adapté.

Madame la ministre, il me semble que, depuis le début, vous n'êtes pas très claire dans ce dossier, qui est assurément un peu particulier et compliqué. Cependant, je tiens à rappeler que les lits sont financés en fonction du moment de leur mise en service. Les normes d'encadrement en personnel avaient été augmentées pour ceux qui avaient été ouverts il y a longtemps – et ce, en s'appuyant sur une rubrique, peut-être le B4 ou le B9, du BMF (Budget des moyens financés). Le contexte était constitué par des accords sociaux relatifs à une augmentation du personnel à disposition des hôpitaux. Or plusieurs autres lits ont été ouverts ensuite, mais sans bénéficier de cet ajout en personnel. Dès lors, votre arrêté royal pose un énorme problème dans la mesure où il impose des réductions allant jusqu'à 50 % des équipes. C'est catastrophique! J'essaie de résumer clairement l'évolution de ce dossier.

Ceux qui n'ont pas bénéficié de financement et de personnel supplémentaires au cours des premières années doivent donc disposer de moyens suffisants pour accomplir leur mission d'encadrement qualitatif des jeunes dont ils ont la charge.

Vous avez apporté des réponses. Pour ma part, j'attends de prendre connaissance de votre texte. En tout cas, je vous rappelle une fois encore que vous ne pouvez pas défendre une vision purement transversale. En l'espèce, nous sommes obligés de tenir compte des différents aspects du financement, y compris en ce qui concerne les hôpitaux qui ont reçu des moyens supplémentaires grâce à certains volets du BMF. Si l'on n'y prête pas attention, de nombreux services ne pourront plus accomplir leurs missions à cause de réductions trop importantes.

Madame la présidente, je termine d'un mot. Madame la ministre, certains services ont perçu vos décisions comme une véritable remise en question de la qualité de leur travail. Vous avez fait preuve d'un défaut de projection, alors même que le Conseil fédéral avait relevé que certaines particularités du dossier allaient fortement affecter plusieurs services.

À cet égard, je ne peux que vous appeler à corriger cela. C'est un minimum. Si ces services ne continuent pas leur travail de qualité, nous aurons, demain, des coûts beaucoup plus importants car ces enfants et adolescents non pris en charge dans ces services seront hospitalisés ailleurs pour des durées beaucoup plus longues – vous pouvez en être certaine. Ils présenteront, en outre, de gros problèmes de socialisation

04.11 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, er zijn inderdaad een aantal heel technische en ingewikkelde aspecten aan het dossier. Ik onthoud alvast dat u een deel van het advies volgt, terwijl u het met een ander deel veel moeilijker hebt. Uiteraard moet kwaliteitszorg overal gelijk zijn, maar *in globo* is de kinderspsychiatrie natuurlijk ondergefinancierd. Er zijn wachtlijsten en het gaat er in de sector vaak heel schrijnend aan toe. Ik ben het ermee eens dat bij reconversie enkel de budgetten verschuiven. Dat is correct.

Nogmaals, de sector verdient echter beter. Het gaat ten slotte om kinderen en men wordt er geconfronteerd met heel schrijnende toestanden. U kunt dan wel zeggen dat het niet in uw begroting staat, maar ik meen toch dat de sector een extra inspanning verdient.

U hebt ook gesproken over een opvolgadvies, dat er ongeveer midden 2018 zou komen, omdat men daarvoor meer tijd nodig heeft. Ik begrijp dat het advies zal gaan over de ontwikkeling van een nieuwe programmatie, met allicht voorstellen voor een andere financiering. Midden 2018 is wel nog ver af. Bent u bereid om, mocht dat advies nieuwe financieringsmodellen naar voren schuiven, die van toepassing te maken, mits uiteraard wordt voldaan aan de premisse dat overal dezelfde kwaliteitszorg moet worden geboden en dat reconversie enkel een verschuiving van het budget betekent? U zult met mij toch akkoord gaan dat de sector absoluut meer verdient?

04.12 Karin Jiroflée (sp.a): Eerst en vooral, mevrouw de minister, laat het hier duidelijk zijn dat ik niet gezegd heb dat heel het KB aangepast dient te worden. Dat is wat u ervan maakt. Ik had het enkel over de artikelen met betrekking tot de gefaseerde afbouw. De eerste fase wordt behouden.

Ten tweede, mevrouw de minister, zegt u dat iedereen enkel zijn eigen visie en mening geeft. Is dat echter niet eigen aan de politiek? Ik veronderstel dat wij allemaal het recht hebben om dat te doen.

04.13 Minister Maggie De Block: Ik zou toch mogen aannemen dat een technisch advies met cijfers door iedereen op dezelfde manier gelezen wordt? Dertien is dertien. Iedereen vraagt om het op dertien te zetten. Het staat nu overal op dertien.

04.14 Karin Jiroflée (sp.a): Dat klopt. Dertien is dertien. Ik vind echter dat u niet zomaar kan aanklagen dat iedereen zijn eigen visie heeft. Ja, en dan? Natuurlijk is dat zo.

Wat hier in de eerste plaats belangrijk is, is uw wens dat de kwaliteit over het hele land hetzelfde is. Daar kan ik inkomen. Ik ben het daar theoretisch gezien ook mee eens. Ik ben het er echter niet mee eens wanneer u op die manier de kwaliteit op een aantal plaatsen doet dalen. Dat is wel wat op het moment aan het gebeuren is.

Ten tweede, u wil niet dat de financiering hoger is dan de normering. Ook die stelling van uwentwege begrijp ik. Het zou echter wel eens kunnen, mevrouw de minister, dat dat, om de correcte kwaliteit te garanderen, toch nodig is. Ik denk dat u de nodige maatregelen moet nemen en dat u desnoods extra geld, boven op de budgetten, dient te imputeren.

Tot slot, ik wil mij aansluiten bij de eindconclusie van mevrouw Fonck. Wij kunnen er niet omheen dat de vraag naar dat soort zorg de voorbije jaren enorm toenam. Wanneer wij geen aandacht hebben voor die toenemende nood aan zorg, zou het wel eens kunnen dat wij op de lange termijn met nog veel hogere kosten en vooral veel grotere menselijke drama's eindigen. Ik blijf erop aandringen dat een en ander bekeken wordt en dat u rekening houdt met de kwaliteit die nu op een aantal plaatsen geleverd wordt.

04.15 André Frédéric (PS): Madame la ministre, j'apprécie une partie de votre réponse; c'est la partie technique. J'ai moins apprécié vos états d'âme.

Je sais que vous n'aimez pas que l'on vous rappelle que vous exécutez au quotidien les ordres de votre gouvernement pour couper dans les budgets de la santé et de la sécurité sociale. Je pourrais vous envoyer la liste des mesures prises touchant à la qualité des soins dans notre pays et à leur accessibilité pour l'ensemble de nos concitoyens.

Quand l'explication à la question ne vous convient pas, vous nous dites que nous n'avons pas compris. Je ne suis pas médecin mais je pense que le Conseil national des établissements hospitaliers a lu dans le détail et a parfaitement compris le contenu du texte.

Ce qui peut me convenir, c'est que vous semblez prête à vous aligner ou, en tout cas, à modifier l'arrêté royal pour faire en sorte qu'il y ait bien cette norme systématique d'encadrement de treize pour vingt.

Je me rallie à ce qui a été dit par mes collègues précédemment. Je partage votre objectif concernant la qualité des soins qui doit être la même partout, dans toutes les régions et sous-régions de notre pays, et ce en milieu rural et en particulier dans le domaine de la pédopsychiatrie. Mais il ne faudrait pas que demain, par obsession budgétaire ou par manque de volonté politique d'investir de façon suffisante, nous en arrivions à fermer les institutions ou à réduire l'encadrement de ces institutions qui ne pourront plus continuer à accueillir des cas compliqués.

Toutes les maladies sont compliquées. En ce qui concerne la psychiatrie pour enfants, il s'agit d'une sensibilité encore plus pointue, et c'est bien normal. Chacun espère ne jamais être confronté directement à ce type de situation familiale et à devoir recourir à ce type d'institutions. Je vous remercie.

04.16 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, c'est vrai que la psychiatrie est un domaine sensible. Je crois que vous étiez beaucoup moins sensible dans le passé. C'est moi qui ai injecté 55 millions supplémentaires dans la psychiatrie, dans la santé mentale par année. C'était nécessaire. Les besoins

existaient.

Dans l'enveloppe, il était possible d'obtenir plus de financement pour la psychiatrie. C'est la raison pour laquelle j'ai pris cet arrêté royal.

La sensibilité varie selon la position.

04.17 André Frédéric (PS): Madame la présidente, le dernier mot revient au parlement. Je suis un garçon extrêmement constructif et je commence à être un peu fatigué d'entendre quasiment quotidiennement: "Je fais ce que les autres n'ont pas fait avant." Si on veut commencer à faire un comparatif, je vais m'amuser à le faire!

Je ne mets pas du tout en doute votre sensibilité par rapport à cette problématique. Je ne mets pas en doute le fait que vous ayez envie d'agir mais j'estime un peu puéril pour une dame de votre âge, avec vos responsabilités, d'avoir à chaque fois cette espèce de réflexe. Je ne vous demande pas ce qui a été fait voici un an, cinq ans ou dix ans. D'ailleurs, si je m'en souviens bien, madame la ministre, sous les gouvernements précédents, il me semble que vous étiez autour de la table du gouvernement et que vous aviez des réunions de temps en temps avec vos collègues! J'ai dit.

La **présidente:** Chers collègues, ce sont des sujets importants mais nous sommes limités par le temps.

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

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artikel 81" (nr. 20299)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de artikel 81-contracten" (nr. 20460)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evolutie van het budget voor de artikel 81-geneesmiddelen" (nr. 20494)

05 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'article 81" (n° 20299)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conventions 'article 81'" (n° 20460)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le budget des médicaments 'article 81' et son évolution" (n° 20494)

05.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, gezien de vele vragen en het tekort aan tijd zal ik gemakkelijkerwijs niet alles herhalen. We hebben vorige zomer al vragen gesteld over deze kwestie. Ik wil nu een opvolgingsvraag stellen. Er werd toen een werkgroep in het leven geroepen. Tot welke werkzaamheden en conclusies heeft deze werkgroep geleid?

05.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, nous avons déjà discuté plusieurs fois sur les conventions article 81. Je voudrais faire le point sur la situation, notamment à la suite de la parution de l'article dans le magazine *Médor*, basé sur un important travail d'investigation. Cet article parle d'une hausse du budget prévu pour le remboursement des médicaments innovants qui passerait à 2,1 milliards en 2018.

Ces médicaments sont cruciaux pour les patients concernés. Même si certains points doivent pouvoir être négociés, même si nous n'avons pas à connaître le fin fond du *fine tuning* de chaque contrat, il serait néanmoins logique d'avoir une certaine transparence.

Madame la ministre, pourriez-vous nous dire combien de conventions article 81 sont en vigueur actuellement? Ces conventions ont-elles toutes fait l'objet d'un avis favorable de la Commission de remboursement? Sinon combien de conventions ont-elles été conclues malgré un avis défavorable de la Commission de remboursement? Comment justifiez-vous le fait de ne pas avoir respecté l'avis négatif de la Commission de remboursement?

Pourriez-vous nous dire quelle est l'évolution du nombre de conventions conclues ces dernières années? Comment expliquez-vous cette évolution?

Quel est le budget consacré à la mise en œuvre de ces conventions? Je souhaiterais obtenir un budget année par année sur les trois dernières et les trois prochaines années sur la base des projections dont vous disposez peut-être.

Avez-vous fixé un montant maximal pour le budget consacré à ces conventions? Si oui, quel est-il? Sinon, pourquoi? Ne considérez-vous pas que ce système de conventions article 81 doit être encadré pour ne pas qu'il mette à mal notre système de santé dans son ensemble?

Où en est le projet d'*horizon scanning* dans le cadre de la collaboration BeNeLuxA? Quelles sont les prévisions à court et moyen termes en matière de nouvelles thérapies?

Par ailleurs, ne pensez-vous pas qu'il faille absolument, aujourd'hui, relancer une approche européenne forte et ambitieuse plutôt que se limiter à quelques pays limitrophes, avec des appels d'offres à l'échelle européenne ou à tout le moins avec un maximum de pays pour permettre de plus grandes commandes de ces médicaments innovants et ainsi négocier des prix à la baisse? Je sais que vous avez eu des contacts avec les Pays-Bas. Ceci dit, les Pays-Bas et la Belgique, cela reste beaucoup trop petit à l'échelle européenne.

05.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ajouterai quelques éléments. J'ai opté pour un mode d'approche qui reprend différents éléments dans le temps.

Le pacte signé en avril 2015 avec les firmes pharmaceutiques devait aboutir à des économies pour les patients et à une diminution du budget des médicaments à charge de l'INAMI. Transparence et recherche indépendante et publique en étaient les moteurs.

À partir de juin 2016 et à plusieurs reprises, des modifications législatives ont renforcé les négociations directes et les éléments confidentiels en dehors de la Commission de remboursement des médicaments. Ma collègue Anne Dedry et moi-même nous sommes opposées à ces modifications législatives. Aujourd'hui, nous nous retrouvons, apparemment – mais j'y reviendrai dans une autre question –, face à une limitation, voire une suppression du budget destiné à Farmaka, agence indispensable pour fournir les informations et d'analyser les prix des médicaments mis sur le marché.

Le budget des soins de santé est soumis à des économies. Une limitation de croissance est prévue; le budget de la part des médicaments devrait être limité à 0,5 %. Or, il faut bien constater que ces dernières années, ce budget a augmenté de façon bien plus importante. Le journal *Médor* estime les dépenses relatives à cette procédure, dite "article 81", à 2,8 milliards, soit une augmentation de 600 % entre 2015 et 2018, alors que la norme de croissance imposée au budget des soins de santé en général était limitée en général. Vous avez contredit ces chiffres, mais dans vos arguments, vous donnez les montants pour la période de 2011 à 2015, soit 1,28 milliard. Toutefois, vous n'avez donné aucun élément budgétaire pour la période de 2015 à 2018. Cette réponse ne satisfait donc pas et ne permet pas de se rendre compte correctement des éléments.

Enfin, si on compare les prix pratiqués en Belgique à ceux pratiqués dans les autres pays, on ne peut pas dire que nous ayons les prix les moins chers. Cette procédure ne garantit donc pas des prix plus bas pour les médicaments innovants de manière systématique.

Afin de pouvoir comprendre et se positionner, j'aurais voulu savoir quels sont les chiffres relatifs au budget des médicaments de 2011 à 2016 et les estimations 2017-2018, en identifiant les médicaments qui sont relatifs à l'article 81.

Il serait intéressant de disposer des chiffres, en séparant les dépenses, les compensations et les remboursements de dépassement de la part des firmes. En effet, tout cela constitue un *melting pot* où il est particulièrement difficile de s'y retrouver.

05.04 Minister **Maggie De Block**: Collega's, het is niet de eerste keer dat de artikel 81-conventies hier het voorwerp van vragen uitmaken. Het kenniscentrumrapport 288 AS werd op 18 juli 2017 door de medewerkers van het kenniscentrum uitgebreid gepresenteerd en besproken met de leden van de

commissie Tegemoetkoming geneesmiddelen en de werkgroep overeenkomsten artikel 81.

Als rechtstreeks gevolg van de publicatie van het kenniscentrumrapport en de bespreking met de CTG en werkgroep is er in de komende weken ook nog overleg gepland dat gericht is op een grondige evaluatie van de plaats van de artikel 81-overeenkomsten binnen het beheer van het geneesmiddelenbudget. Dat zal een zowel inhoudelijke als functionele evaluatie worden met een focus op een meer doeltreffend en gericht gebruik van de overeenkomsten voor deze geneesmiddelen waarvoor de bestaande therapeutische en/of budgettaire onzekerheden het afsluiten van een overeenkomst rechtvaardigt.

Wat de specifieke vraag betreft naar de publicatie van de CTG-evaluatierapporten is het inderdaad zo dat door werkbelasting momenteel geen CTG-evaluatierapporten actief op de website van het RIZIV gepubliceerd zijn. Het is echter wel zo dat iedere persoon die inzage wenst in één van deze rapporten op eenvoudige vraag een kopie van het rapport toegestuurd kan krijgen, en dit in het kader van de openbaarheid van bestuur.

Wat het aanleveren van bijkomende evidentie na een eerste periode van terugbetaling in het kader van een artikel 81-overeenkomst kan ik u melden dat deze studieresultaten niet confidentieel zijn. Het is enkel de bijlage van een artikel 81-overeenkomst die het budgettaire compensatiemechanisme bevat, die vertrouwelijk is en blijft.

Indien het aanleveren van de bijkomende evidentie deel uitmaakt van de artikel 81-overeenkomst, is het bedrijf er contractueel toe verbonden om deze evidentie aan te leveren. Een analyse door een onafhankelijk orgaan kan een verbetering van het huidige systeem ondersteunen. Met uitzondering van die vertrouwelijke bijlage kunnen de overeenkomsten volledig worden geëvalueerd. De vertrouwelijkheid van de bijlage moet van rechtswege gerespecteerd worden en is cruciaal voor het behoud van de artikel 81 overeenkomsten.

Ze laten toe om, ondanks bestaande onzekerheden, de innovatieve geneesmiddelen ter beschikking van de Belgische patiënten te stellen. Het alternatief is ofwel een volledige terugbetaling van het geneesmiddel op basis van de fasciale prijs.

Mevrouw Gerkens, u spreekt over "les prix".

Ce sont les prix faciaux, parce que vous ne connaissez pas les autres prix qui se trouvent dans l'annexe.

Het andere alternatief is het niet terug te betalen, waardoor onze patiënten die cruciale geneesmiddelen worden ontzegd.

Je vous donne à présent un état des lieux des conventions.

En date du 25 septembre 2017, une ou plusieurs conventions sont en cours pour 81 molécules individuelles. Parmi celles-ci, après une proposition de la CRM, 46 ont été conclues sous forme de convention "article 81bis", ce qui représente 57 %. Pour 27 %, on en dénombre 22 après absence de proposition motivée de la CRM et, pour 16 %, on en relève 13 après avis négatif de la CRM.

Les conventions conclues après proposition négative du Conseil de remboursement remontent à l'époque où la CRM n'avait pas la possibilité de proposer une négociation pour une convention. Dans tous les cas où une convention a été conclue après un avis négatif, le ministre a jugé opportun que le groupe de travail recherche des possibilités pour un remboursement temporaire.

Le nombre de conventions en cours pour lesquelles une procédure de négociation a été entamée au cours des années suivantes s'élève comme suit: six en 2013; 13 en 2014; 28 en 2015; 29 en 2016; en 2017, nous en sommes à cinq. Au fil des ans, nous avons donc assisté à une augmentation mais non à une explosion des chiffres. Pour cette année, on assiste même à une diminution.

Les conventions "article 81" sont utilisées pour gérer les incertitudes. Différents éléments interviennent. D'abord, l'incertitude thérapeutique majeure qui représente des données souvent immatures pour élaborer des solutions anticipées à l'EMA, sur base des résultats des études de phase 2. Ensuite, les incertitudes budgétaires majeures, c'est-à-dire un coût de traitement élevé par patient qui a un impact budgétaire élevé pour une population cible souvent large. Enfin, de plus en plus de médicaments de classe 2 dans la spécialité de référence sont remboursés temporairement sur la base d'une convention.

Vu l'incertitude thérapeutique et l'incertitude budgétaire, la CRM propose presque systématiquement l'utilisation des conventions "article 81" et suivants.

Er bestaat geen afzonderlijk budget voor artikel 81-geneesmiddelen. Voor de evolutie van het geneesmiddelenbudget, inclusief de artikel 81-geneesmiddelen, verwijzen we naar de auditverslagen en het MORSE-rapport, gepubliceerd door het RIZIV.

Het is belangrijk te weten dat het afsluiten van de overeenkomsten een van de instrumenten binnen het geneesmiddelenbeleid is om het budget beter onder controle te houden.

Er bestaat eveneens geen enkel verband tussen de totale uitgaven en de totale terugstortingen door bedrijven met een geneesmiddelenovereenkomst, omdat elke overeenkomst individueel wordt bepaald op basis van de therapeutische en budgettaire onzekerheden.

En ce qui concerne l'*horizon scanning* et l'initiative BeNeLuxA, une réunion a été organisée le 27 juin 2017 pour informer tous les membres de l'Union européenne du projet, y compris la description des attentes et les critères d'analyse de l'*horizon scanning*. J'étais présente à cette réunion avec l'équipe "pharma" de mon cabinet et des membres de mon administration. J'y ai présenté une introduction. Dix-neuf ministres ont assisté à cette réunion, ainsi que des délégations des autres pays. Cette réunion était à mon avis très importante. Une personne du Centre fédéral d'expertise (KCE) y a présenté une analyse du projet "article 81".

D'ici le 1^{er} novembre 2017, les commentaires des États membres seront demandés, ainsi que leur engagement éventuel à participer à la réalisation de ce projet. La question de savoir si une participation à l'initiative BeNeLuxA est possible est régulièrement posée par des pays. Avant la publication des conditions de référence sur le site www.beneluxa.org, nous constatons un intérêt accru particulièrement vis-à-vis de l'extension de l'initiative dans le domaine du remboursement conjoint et de la négociation. Les procédures nationales doivent être coordonnées entre elles.

L'objectif principal de l'initiative BeNeLuxA est d'accélérer la disponibilité de médicaments innovants à un coût abordable et, par conséquent, l'objectif est beaucoup plus large que seulement acheter les médicaments au prix le plus bas.

05.05 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord.

05.06 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse et d'avoir fait l'inventaire du nombre de conventions, des raisons, etc. Il n'y a pas de budget spécifique mais bien un budget qui correspond à toutes ces conventions "article 81".

Si je comprends bien, les budgets totaux qui correspondent à toutes ces conventions "article 81" se retrouvent dans le rapport de l'INAMI? Si tel est le cas, tant mieux. Je vous demanderai alors de bien vouloir transférer ce fameux rapport à la commission. Il n'est pas publié aujourd'hui mais j'imagine qu'on peut en disposer de par la transparence des documents. Par contre, si les budgets totaux n'y figurent pas, pourriez-vous nous renvoyer une réponse par écrit, car même s'il n'y a pas de budget spécifique, il y a un budget total qui doit correspondre à toutes ces conventions "article 81"? C'est mathématique. Ce n'est pas possible autrement.

Je voudrais m'arrêter sur un point au niveau européen, madame la ministre. Il est vrai qu'une annexe reste confidentielle et qu'elle contient la négociation sur le prix. De nombreux médicaments innovants sont en attente mais il y a surtout aussi plein de médicaments innovants qui vont arriver et dont l'enjeu est important: le vaccin contre le cancer, tout ce qui concerne la réparation ADN, etc. Par conséquent, pour les patients, il faut absolument avancer au niveau européen avec un grand nombre de pays et il ne faut pas se limiter à certains aspects. Ce volet de la négociation du prix ne doit plus se faire État par État et encore moins pour un pays aussi petit que la Belgique. Il faut qu'on puisse avancer sur une négociation, y compris sur les volets confidentiels, à l'échelle européenne. Si nous ne le faisons pas, nous serons demain en difficulté d'offrir aux patients un remboursement de médicaments innovants indispensables.

Enfin, madame la ministre, il faut plaider pour une transparence suffisante. Je trouve dommage que vous vous rendiez compte maintenant qu'il faut faire une évaluation de l'application de l'article 81 (contenu,

budget, etc.). De plus, je trouve anormal que ce fameux rapport ne soit pas disponible sur le site et que, par ailleurs, les volets budgétaires semblent encore faire défaut. Je ne vous demande pas de me révéler des informations secrètes relatives aux budgets par médicament, mais bien de me communiquer les budgets totaux. Madame la ministre, nous avons besoin de plus de transparence en la matière.

05.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, vous dites qu'il n'existe pas de budget spécifique et que vous ne pouvez donc pas donner de chiffres relatifs au budget consacré à ces conventions "article 81". C'est inacceptable.

De plus, ces conventions sont normalement assorties de toute une série de procédures de remboursement en cas de dépassement, etc. Ces budgets sont importants. Nous pouvons connaître tous les budgets dans tous les autres domaines des prestations de soins de santé, mais là, vous nous parlez d'une enveloppe et non de chiffres précis.

Au chapitre de l'évaluation, il faut évidemment améliorer la transparence et le dispositif. Nous attendons cela depuis longtemps. Des budgets ont réellement été consacrés à ce poste des médicaments et nous avons donc le droit de les connaître. Ces chiffres-là doivent être publiés et expliqués, à l'intérieur de l'enveloppe des médicaments. Bien que je ne sache pas le prouver, je pense même que c'est cette enveloppe-là qui fait exploser la croissance du budget des médicaments, comparée aux croissances autorisées dans les autres secteurs des soins de santé. Nous y reviendrons au cours des discussions relatives au budget et à votre note de politique générale pour l'an prochain.

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

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bekwame helpers" (nr. 20300)
- de heer **Éric Massin** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zogenaamde bekwame helpers en de mantelzorgers" (nr. 21178)

06 Questions jointes de

- **Mme Nathalie Muylle** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les aidants qualifiés" (n° 20300)
- **M. Éric Massin** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les aidants qualifiés et les aidants proches" (n° 21178)

06.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik heb een vraag over een situatie die we allemaal al wel eens gehoord hebben. Ik geef het voorbeeld van een leerkracht die helpt met de insuline-inspuitingen op school van een leerling met diabetes type 1. Dat gebeurt vandaag ook al op een heel erg goeie manier. Maar vaak komt er van directies de opmerking dat het hier gaat om medische handelingen, wat niet strookt met het KB 78. U heeft ook steeds gezegd dat we dit op een heel veilige manier moeten kunnen doen. Daarin volg ik u ook. U heeft gezegd dat u dit mee zou nemen met de herziening van het KB of de wet van 2015. Ik was deze zomer dan ook aangenaam verrast toen ik via de media vernam dat u werkt aan een regeling rond de bekwame helpers, zodat zij bepaalde technische aspecten van een ingreep toch zouden kunnen uitvoeren, hoewel hun beroep geen gezondheidsberoep is.

Van u had ik graag vernomen hoever u vandaag staat met deze oefening.

06.02 Éric Massin (PS): Madame la présidente, madame la ministre, ma question sera semblable à celle de ma collègue.

En septembre, vous annonciez que vous comptiez reconnaître juridiquement le travail des aidants qualifiés au moyen d'une loi en cours d'élaboration. D'après les journaux du groupe Mediahuis, cette nouvelle réglementation viserait à régler également le problème des aidants proches qui accomplissent des actes médicaux. Nous nous situons donc bien dans le même cadre.

La loi relative à l'aidant proche accompagnant une personne en état de grande dépendance a été publiée au *Moniteur belge* en juin 2014. Vous faites des promesses. Or, depuis l'année dernière, il apparaît clairement que les négociations piétinent.

Madame la ministre, pourriez-vous nous en dire davantage au sujet de la nouvelle réglementation? Où en est la rédaction de la loi? Visera-t-elle également les aidants proches qui accomplissent des actes médicaux? Avez-vous eu des contacts avec l'ASBL Aidants proches? Enfin, pouvez-vous nous dire clairement si vous avez définitivement abandonné l'idée de créer un véritable statut pour les aidants proches, assorti de droits sociaux et d'aides financières et ce, sous la présente législature?

06.03 **Minister Maggie De Block:** Het is inderdaad correct dat ik, in het kader van de hervorming van het KB 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, werk aan een aanpassing van het concept van onwettige uitoefening binnen de huidige wet uitoefening gezondheidszorgberoepen, de WUG-wet. Deze aanpassing werd in maart 2017 toegelicht aan de commissie voor de Volksgezondheid. Ik vertrek van het principe dat gezondheidszorg enkel door gezondheidszorgbeoefenaars wordt verstrekt, maar voorzie inderdaad in een aantal uitzonderingen, waaronder de "bekwame helper".

Een bekwame helper is een persoon uit de omgeving van de patiënt. Dat is ook de reden waarom dit in de krant is verschenen. Er werden voorbeelden gegeven van een kinderverzorger in een crèche en een leerkracht op school die, na duidelijk omschreven delegatie van een gezondheidszorgbeoefenaar en binnen een welbepaald kwaliteitskader, een of meerdere gezondheidszorgverstrekingen bij een zorgvrager uitvoeren. Het kan echter even goed gaan om een begeleider van een jeugdkamp of iemand die vrijwilligerswerk doet bij bejaarden in een rusthuis. Het voorbeeld van de leerkracht werd natuurlijk wel direct opgepikt.

Deze uitzondering vormt een oplossing voor de aangehaalde problematiek en heeft als doel zowel de gezondheid en de levenskwaliteit van de zorgvrager als de kwaliteit van de gegeven zorg te waarborgen. Ik wil hierbij benadrukken dat het steeds om een vrijwillige keuze gaat van de persoon uit de omgeving van de patiënt die deze taak op zich wil nemen. Met andere woorden: men kan niemand verplichten om dat te doen. Men kan bijvoorbeeld aan iemand die werkt met een diabeticus niet zeggen dat hij verondersteld wordt om te kunnen gaan met een pompje voor diabetes en met een diabetesmeting en om te weten wat een hypo en een hyper is, enzovoort. Er moet altijd sprake zijn van vrijwilligheid.

In de schoot van de interministeriële conferentie wordt dit onderwerp behandeld door de kabinettenwerkgroep Gezondheidszorgberoepen, omdat het natuurlijk ook moet worden besproken in overleg met de deelstaten. Het omzetten van de concepten in de wetgeving is voorzien voor 2018.

Monsieur Massin, en ce qui concerne les aidants proches, il existe depuis 2014 une exception à l'exercice illégal. Un médecin ou un praticien de l'art infirmier peut actuellement leur déléguer certains actes sous certaines conditions.

Dans le cadre de l'adaptation de la loi LEPS, je n'ai eu aucun contact au sujet des aidants proches avec l'ASBL "Aidants Proches". Cette association n'a pas non plus émis d'avis à l'occasion de la série de consultations publiques relatives à la réforme de l'arrêté royal. Le texte a été présenté et la possibilité de réagir pendant des mois a été donnée à chacun sur un site internet. Nous avons reçu énormément de suggestions et de remarques mais aucune de l'ASBL "Aidants Proches".

Dans l'accord d'été, il a été décidé par le gouvernement de prendre des mesures en faveur des aidants proches. En exécution de la loi Courard du 12 mai 2014, la reconnaissance générale des aidants proches sera élaborée et facilitera l'identification de ce groupe.

L'objectif est d'arriver au niveau fédéral à une définition uniforme de l'aidant proche. Le fait d'avoir une seule définition et de prévoir l'agrément apportera plus de simplification, de transparence et de clarté aux aidants proches.

L'arrêté royal réglant l'agrément des aidants proches est en cours d'élaboration au sein des cellules stratégiques compétentes en la matière. Les cas de soins lourds pourront alors être isolés de ce groupe.

06.04 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor het positieve antwoord. We hopen dan ook dat dit snel omgezet wordt in wetgeving.

06.05 **Éric Massin** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous dites qu'une législation est en cours de rédaction, auprès des cellules stratégiques, pour la définition des aidants proches. Dans le cadre de ma question, pouvez-vous confirmer qu'il y aura à l'avenir un réel

statut pour les aidants proches, assorti de droits sociaux et d'aides financières?

06.06 Maggie De Block, ministre: Comme je l'ai dit, nous allons les reconnaître. Cela signifie leur donner un statut. Il y a une diversité d'aidants proches. Là réside la difficulté. Il faut voir quels droits seront liés au statut.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur" (n° 20319)**

- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les exigences de formation des infirmiers et des aides-soignants" (n° 20440)**

07 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het functiemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst" (nr. 20319)**

- **mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opleidingsvereisten voor de verpleegkundigen en de zorgkundigen" (nr. 20440)**

07.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, le 4 juillet 2017, le Conseil fédéral de l'art infirmier (CFAI) a émis deux avis concernant le modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur, l'un sur l'autorisation d'exercer et l'autre sur les études et la formation. Pour résumer, ce sont des avis qui sont d'ailleurs disponibles sur le site du SPF Santé publique. Je dois rappeler que tout un travail a été réalisé pendant près de 2 ans au sein du groupe de travail ad hoc constitué au sein du Conseil fédéral de l'art infirmier, à la fois avec des membres du Conseil fédéral, mais également avec des experts de la profession d'infirmier, de différents niveaux de formation et lieux d'exercice. Il y a même eu une consultation élargie de la profession d'infirmière en novembre 2016.

Ces différents avis étant sur le site, je ne les reprendrai pas ici. Mes questions sont donc les suivantes. Quelles suites allez-vous donner à ces avis du Conseil fédéral concernant le modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur? Comment comptez-vous, le cabinet et vous-même, organiser la concertation avec les acteurs de terrain sur ces questions? Comment vous positionnez-vous par rapport à la position du Conseil fédéral sur la nécessité de développer une relation de subsidiarité entre les professionnels des services aux personnes dans le cadre du "care" et les praticiens de l'art infirmier? Pourriez-vous, enfin, nous éclairer sur la réflexion menée et les évolutions futures au sujet de la délégation des tâches entre professionnels de la santé?

07.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, nous avons déjà eu l'occasion d'échanger à plusieurs reprises sur ces modifications de titres, de compétences et de formations exigées de la part des infirmiers suite aux directives européennes.

En Belgique, il est difficile d'avoir une évolution et des mesures claires parce que nous avons ces fameuses formations d'infirmières dites "brevet" ou "HBO 5", que de nombreuses institutions recourent à ces infirmiers et infirmières-là, et estiment, en matière budgétaire, ne pas pouvoir faire autrement si on les oblige à prendre des infirmiers et infirmières ayant suivi le cursus de 4 ans.

Par ailleurs, il y a les aides-soignants, vis-à-vis desquels de nombreux avis et expressions des acteurs de soins infirmiers disent qu'il faut améliorer leur formation et leur donner un titre et une fonction d'assistant ou d'adjoint en art infirmier pour mieux rencontrer les exigences de soins.

Enfin, les modifications du cursus formatif des infirmiers, avec l'allongement des études, fait en sorte que la première année ne contient plus de stages, comme ceux qui étaient présents dans les formations en temps plus réduit.

Or il était prévu initialement que pouvaient devenir aides-soignants celles et ceux qui avaient fait une première année. Nous constatons, aujourd'hui, que des étudiants ont réussi cette première année d'infirmier, qui n'ont fait que quinze jours de stage d'observation et qui ne répondent pas aux exigences de stage attendues pour les aides-soignants.

Madame la ministre, vu les différends à propos du cursus, de la reconnaissance et de la fonction d'infirmier breveté et d'aide-soignant, entre vous et les Communautés, allez-vous, pour que les entités fédérées puissent répondre aux exigences, prendre des mesures à propos de cette première année d'études qui permet de pouvoir exercer la fonction d'aide soignant sans avoir effectué le stage nécessaire? Il serait judicieux d'apporter des réponses avant la réforme de l'arrêté royal n° 78.

Le CFAI a émis des propositions sur le métier et les fonctions pour les soins infirmiers dans le futur, en définissant des tâches, les compétences, les attentes, la hiérarchie et un mode de fonctionnement entre les différents prestataires de soins infirmiers. J'aurais voulu savoir comment vous entendez les intégrer dans les mesures que vous comptez prendre dans le cadre de ces réformes nécessaires.

Selon mes informations, la Communauté flamande a reçu une réponse négative de la Commission européenne concernant sa formation de l'enseignement professionnel dit HBO5. Cette information est-elle correcte et quelles sont les conséquences par rapport à cet avis rendu? Ne faudrait-il pas renoncer à cette formation sous l'intitulé d'infirmier?

07.03 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, changer le cours des études et introduire des stages au cours de la première année ne relève pas de ma compétence, car cela concerne l'éducation. Je ne veux pas dire à mes collègues des entités fédérées ce qu'ils doivent faire. C'est un sujet sensible et c'est à eux de décider. C'est la raison pour laquelle nous nous retrouvons au sein de la Conférence interministérielle. Il faut respecter cet état de choses.

J'ai en effet reçu l'avis du Conseil fédéral de l'art infirmier (CFAI) concernant le modèle de fonction pour les infirmiers du futur. Cet avis comporte beaucoup de similitudes avec ma vision du futur des soins infirmiers. Néanmoins, j'ai informé ledit Conseil que je n'avais pas l'intention de créer un nouveau titre professionnel d'assistant de soin, et que je souhaitais continuer avec les titres professionnels actuels dans les soins infirmiers, à savoir l'aide-soignant et l'infirmier.

Les responsabilités dans le domaine des soins infirmiers doivent être sans ambiguïté tant pour les patients que pour les autres professionnels de la santé. L'introduction d'une nouvelle profession d'assistant ne me semble pas judicieuse.

Suite à cet avis, j'ai demandé au CFAI de clarifier certains points. J'ai reçu deux signaux clairs du secteur de la santé disant que la réglementation actuelle de la profession d'aide-soignant devait être revue. La liste actuelle des actes que peuvent poser les aides-soignants est très limitée et devrait être revue, en tenant compte d'un meilleur soutien de l'infirmier. Pour cette raison, j'ai demandé au CFAI, conjointement avec la Commission technique de l'art infirmier, de bien vouloir se pencher sur une actualisation des critères de reconnaissance ainsi que sur les compétences et les actes des aides-soignants.

J'ai également demandé au CFAI de se prononcer sur les spécialisations des infirmiers; les nombreuses spécialisations actuelles des infirmiers seront à repenser. Je pencherais plutôt vers des domaines de spécialisation génériques. J'ai demandé au CFAI de définir des critères de reconnaissance et de compétences par domaine de spécialisation pour l'infirmier spécialisé dans le modèle futur.

Je lui ai demandé le même travail pour les infirmiers de pratique avancée. Ce profil de formation universitaire est intéressant. Ce sont des masters; cela peut réellement amener une plus-value dans le système de santé.

S'agissant de la concertation, j'ai laissé aux acteurs de terrain qui sont tous représentés dans le CFAI la possibilité de s'expliquer et de s'exprimer autour de ces questions. Je confirme la position du CFAI concernant la nécessité de développer une relation de subsidiarité entre les professionnels de l'aide et les praticiens de l'art infirmier. Nous y travaillons actuellement dans un groupe de travail inter-cabinets.

J'ai aussi reçu récemment un avis du Conseil fédéral de l'art infirmier concernant l'enregistrement des aides-soignants suite à la réussite d'une première année en soins infirmiers. Le Conseil attire mon attention sur la première année de formation d'infirmier qui n'organise plus de stages pratiques au chevet du patient en première année. Le CFAI me demande d'exiger un nombre minimum d'heures de stage au chevet du patient comprenant des soins aux personnes âgées durant la première année des études d'infirmier afin de pouvoir être enregistré. Mais, selon moi, il est totalement indispensable d'avoir accumulé l'expérience pratique requise auprès des patients avant de pouvoir se faire reconnaître comme aide-soignant. C'est la raison pour laquelle je compte faire adapter, au plus vite, les critères d'agrément d'aide-soignant.

Concernant les infirmiers brevetés, je ne peux que répéter que la commissaire européenne chargée de la directive européenne concernant l'infirmier responsable de soins généraux m'a informée que toute formation d'infirmier responsable de soins généraux doit satisfaire aux exigences minimales de formation décrite dans la directive mais qu'un niveau de formation n'est pas imposé. Cette formation peut donc être organisée dans l'enseignement supérieur professionnel, au niveau bachelier et au niveau master.

J'estime que nous devons avoir les meilleurs infirmiers possibles, ce que l'Europe exige. Donc, il revient au ministre des Communautés compétent pour l'enseignement de s'assurer que les formations d'infirmier correspondent aux exigences minimales fixées par la directive et transposées dans la législation belge. Je vous ai déjà conseillé d'interroger les ministres compétents à ce sujet.

Encore une fois, j'ai écrit une lettre aux ministres compétents pour l'Enseignement pour leur indiquer que leur demande relevait de la Commission, à savoir une formation à chaque niveau satisfaisant totalement aux niveaux d'exigence minimums décrits dans la directive.

07.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je vous avoue que j'attendais un engagement très clair en termes de concertation avec le secteur de façon générale mais plus particulièrement le CFAI. Ils ont en effet rendu leurs avis. Il va falloir maintenant travailler sur la base de ces avis pour pouvoir avancer dans les textes. Je ne peux qu'insister sur la nécessité de travailler en totale concertation avec les acteurs concernés, sur la base de textes et pas seulement de discussions. Cela permettra d'éviter des versions différentes en fonction des interlocuteurs et une clarté pour tous sur le contenu de ces textes.

Par ailleurs, je suis étonnée! Depuis un certain temps, on parle des assistants de soins, or vous êtes restée muette sur ce sujet. Vous évoquez les aides-soignants, les infirmiers, l'enjeu en termes de formation différenciée. Pour ceux qui peuvent porter le titre d'infirmier, j'estime qu'on doit absolument avancer sur une formation plus importante. Les exigences de qualité doivent être respectées, y compris concernant les heures de stage.

Aujourd'hui, les gradués pourraient très bien évoluer vers l'assistant de soins.

Il est vrai que c'est une compétence qui relève des Communautés sur l'aspect formation en tant que tel. D'un autre côté, vous avez parlé de la CIN. L'enjeu est la coordination entre d'une part, les études et, d'autre part, le titre obtenu par rapport à la fonction qu'ils vont exercer. C'est là que cela se passe aujourd'hui et c'est là que vous êtes pleinement partie prenante. On aura un infirmier. Aura-t-on un aide-soignant et à côté un assistant de soins? Ou l'aide-soignant devient-il l'assistant de soins? Ou ceux qui ont aujourd'hui une formation moins poussée deviennent-ils demain les assistants de soins? Ces questions sont cruciales. Il faut y répondre.

Vous renvoyez aux Communautés mais elles ne sont pas seules. Vous êtes partie prenante à la décision. Je me permets donc d'insister: au-delà de la concertation avec le secteur, collaborez étroitement avec les Communautés pour finaliser rapidement ce dossier.

07.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je suis un peu perturbée par votre réponse. Les critères d'agrément relèvent de votre compétence. Les aides-soignantes doivent se conformer à certaines exigences. Si la reconnaissance de leur statut ne comprend pas celle d'un nombre particulier de stages auprès de patients, vous devez alors prendre des mesures. De vous-même, vous ne pouvez évidemment pas changer le cursus, mais vous pouvez indiquer quelles sont les conditions d'agrément et, le cas échéant, préciser que la formation en cours ne permet plus de s'y conformer et fermer de la sorte l'accès à la profession pour certaines personnes.

J'ignore s'il faut changer les critères d'agrément en réduisant le nombre de stages prévus, ou si vous devez informer les professeurs que leurs étudiants risquent de ne plus être reconnus comme aide-soignant.

Ensuite, j'entends bien que vous ne souhaitez pas ajouter une catégorie dans les soins infirmiers. Nous allons de nouveau nous retrouver dans une impasse. Votre réponse m'étonne. Vous annoncez que vous allez exiger des compétences, quelle que soit la filière de formation. C'est un discours que je peux accepter si les critères retenus sont bien explicités. Je constate que vous visez spécifiquement les infirmières

brevetées, mais pas les psychothérapeutes.

07.06 **Maggie De Block**, ministre: Ce n'est pas vrai!

07.07 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Si! Dans ce dernier cas, vous aviez souhaité que la formation se déroule dans le cadre universitaire. Pour les aides-soignantes, vous exigez certaines compétences, mais en laissant le panel ouvert. Cela pourra peut-être se faire dans d'autres secteurs.

07.08 **Maggie De Block**, ministre: Je refuse ...

07.09 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): C'est une comparaison, tout simplement, et je la trouve légitime.

07.10 **Maggie De Block**, ministre: (...)

07.11 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Je trouve qu'il est intéressant de relever que l'on peut agir différemment.

07.12 **Maggie De Block**, ministre: Il y a toutes les formations d'infirmières qui ...

07.13 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Mais oui.

07.14 **Maggie De Block**, ministre: Mais ne commencez pas à établir une comparaison avec les psychothérapeutes, qui sont aussi très variés.

07.15 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): C'est simplement la manière de procéder que je compare. Et je suis d'accord avec vous: la situation est complexe. Mais ce qui est énervant, c'est qu'elle est complexe et qu'elle perdure depuis autant de temps.

Apparemment, la formation prévue par la Communauté flamande est mise à mal par les exigences européennes. Vous devrez donc intervenir.

Le CFAI vous a donné des réponses et des avis sur les différentes formations, ...

07.16 **Maggie De Block**, ministre: (...) qu'ils ont demandé d'adapter le curriculum de HBO5. C'est la ministre flamande de l'Enseignement qui s'en occupe. Et pour les francophones, c'était d'abord Mme Milquet et maintenant, c'est Mme Schyns.

07.17 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Tout à fait. Mais en même temps, reconnaissez que vous êtes obligée d'aboutir à des accords entre tous les ministres, ...

07.18 **Maggie De Block**, ministre: C'est ce qu'on fait. Je vous ai dit qu'on a des groupes de travail intercabineaux. Qu'est-ce que cela veut dire? Ce n'est pas avec le ministre de l'Économie que je le fais!

07.19 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Je le sais bien. Mais depuis combien de temps le fait-on? Et où en est-on aujourd'hui? J'ai l'impression qu'on en est toujours au même point qu'il y a presque un an dans la reconnaissance, dans les titres, dans les actes pouvant être posés par les uns et les autres. Et quand ce n'est pas clair de votre côté, les ministres de l'Enseignement ne savent pas s'adapter et vice-versa. Donc, on est toujours dans une impasse.

Enfin, le CFAI a donné des avis sur les spécialisations depuis plusieurs mois. Et j'attends de vous que vous vous positionniez par rapport à ces avis et que vous ne vous contentiez pas de nous dire que vous avez demandé des avis.

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

08 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan pluriannuel relatif à l'evidence-based practice" (n° 20329)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies sur l'information indépendante des médicaments et la disparition de l'ASBL Farmaka" (n° 20348)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'ASBL Farmaka" (n° 20393)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la suppression du projet visant l'amélioration des pratiques des médecins en matière de prescriptions (Farmaka)" (n° 20394)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "*evidence-based medicine*" (n° 20519)
- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le licenciement collectif chez Farmaka" (n° 20632)
- M. Raoul Hedeboom à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la suppression des subsides alloués à l'ASBL Farmaka" (n° 20695)

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het meerjarenplan inzake *evidencebased practice*" (nr. 20329)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen op de onafhankelijke informatieverstrekking over geneesmiddelen en het einde van de vzw Farmaka" (nr. 20348)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vzw Farmaka" (nr. 20393)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schrapping van het project om artsen beter te laten voorschrijven (Farmaka)" (nr. 20394)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "*evidencebased medicine*" (nr. 20519)
- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het collectief ontslag bij Farmaka" (nr. 20632)
- de heer Raoul Hedeboom aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stopzetting van de subsidies aan Farmaka vzw" (nr. 20695)

08.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, en avril dernier, vous disiez que vous oeuvriez avec le KCE à un plan annuel *d'evidence-based practice*. Or, l'ASBL Farmaka qui met en oeuvre des projets visant à informer les médecins généralistes et le personnel soignant de manière scientifique et indépendante sur une utilisation rationnelle des médicaments, a annoncé devoir procéder au licenciement collectif de l'ensemble de ses employés en raison des économies décidées par le gouvernement sur l'information indépendante des médicaments (de 3,5 millions à 2 millions d'euros).

Madame la ministre, pourriez-vous nous éclairer quant au plan pluriannuel *d'evidence-based practice*? Qu'en est-il de la "structure proposant une vue d'ensemble des actions menées par les différents acteurs sur le terrain"? Qu'en est-il des économies décidées cet été par rapport à votre engagement d'avril dernier de "maintenir les moyens au même niveau et organiser une meilleure coopération tout en continuant à préserver l'autonomie"? Qui sera en charge des missions réalisées jusqu'à présent par l'ASBL Farmaka à moins de nous annoncer que vous faites marche arrière et que l'ASBL Farmaka peut poursuivre avec un financement adéquat? Comment comptez-vous fournir, sauf si vous maintenez l'ASBL Farmaka et surtout le financement adéquat à l'ASBL, des informations plus objectives aux prescripteurs, conformément à l'accord de gouvernement, que j'ai à nouveau consulté. C'est noté noir sur blanc.

08.02 André Frédéric (PS): Madame la ministre, l'ASBL Farmaka a récemment indiqué devoir procéder au licenciement collectif de l'ensemble de ses employés. Un licenciement collectif qui, selon l'ASBL, serait une conséquence directe des économies que vous opérez sur l'information indépendante des médicaments. S'il faut le rappeler, Farmaka était jusqu'ici subsidiée par l'AFMPS afin de soutenir l'usage rationnel des médicaments par les médecins généralistes et professionnels de la santé grâce, notamment, à des visiteurs médicaux indépendants et à la mise à disposition pour les professionnels de la santé d'un formulaire de soins aux personnes âgées. Les économies prévues au sein de l'AFMPS mettront apparemment fin à son activité en 2018.

Alors que notre pays fait face à une surconsommation importante de médicaments, spécifiquement d'antibiotiques, d'antiacides et d'antidépresseurs et que la polymédication chez les personnes âgées devient de plus en plus problématique, les nouvelles économies que vous semblez vouloir imposer sont donc tout à fait incompréhensibles; d'autant plus incompréhensibles que votre accord de gouvernement, que

Mme Fonck et moi avons relu, prévoyait une prescription plus efficace "tant du point de vue prix que du point de vue volume".

Votre accord précisait par ailleurs que "des informations plus objectives seront fournies aux prescripteurs et des incitants seront associés à une modification effective du comportement en matière de prescription dans le sens de prescriptions moins chères. Le gouvernement prendra des mesures supplémentaires pour diminuer dans le secteur résidentiel pour personnes âgées la surconsommation de médicaments déterminée objectivement."

Madame la ministre, confirmez-vous vouloir réduire le financement dédié à l'information indépendante des médicaments? Celui-ci passerait de 3,5 millions à 2 millions d'euros. Confirmez-vous ces chiffres? Confirmez-vous vouloir arrêter totalement de subsidier l'ASBL Farmaka? Il apparaît qu'une partie des économies dégagées serait destinée au Centre belge d'information pharmacothérapeutique. Si tel est le cas, à quelle hauteur et pourquoi?

Différentes études ont montré l'importance que peut avoir le rôle des visiteurs médicaux indépendants dans le cadre de la prescription des médecins. Pourquoi, dès lors, ne pas continuer à soutenir cette ASBL? Pourquoi ne pas respecter votre accord de gouvernement? Les médecins généralistes et le personnel soignant de première ligne pourraient donc à présent uniquement dépendre des informations transmises par les représentants commerciaux de l'industrie pharmaceutique. Est-ce là votre objectif? Ou envisagez-vous la mise en place de projets similaires à ceux menés jusqu'ici par Farmaka?

Enfin, depuis 2015, vous évoquez la mise sur pied d'un plan pluriannuel visant à soutenir l'*evidence-based practice* indépendante en Belgique. Quel est l'état d'avancement de ce plan? Toutes les organisations concernées, dont Farmaka, ont-elles été consultées dans ce cadre?

08.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik heb geen bijkomende vragen. De meeste vragen die ik had, zijn ook door mevrouw Fonck gesteld.

08.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, la contextualisation de ma question est évidemment identique à celle de mes collègues. Allez-vous abandonner la volonté d'avoir une information indépendante et le rôle de recherche et d'évaluation indépendante des médicaments mis sur le marché? Si jamais Farmaka venait à ne plus être reconnu ou subventionné, qui remplira le rôle nécessaire d'information sur une utilisation rationnelle des médicaments auprès des médecins généralistes et du personnel soignant de manière scientifique et indépendante?

08.05 Maggie De Block, ministre: Chers collègues, les différentes questions sont très similaires. Cela me donne un peu le sentiment qu'elles proviennent d'une même source. Mais ce sont des questions pertinentes.

Tout d'abord, monsieur Frédéric, il faut dire que le montant prévu pour l'*evidence-based practice* est de 3,5 millions Il reste de 3,5 millions, mais autrement répartis entre les acteurs de terrain. Il faut savoir que pour l'*evidence-based practice*, le fondement scientifique des soins de santé est crucial. Cela signifie qu'au moment de soigner un patient, le prestataire de soins doit toujours tenir compte des preuves scientifiques, de sa propre expérience en tant que prestataire, mais aussi des valeurs et préférences du patient. De plus, le contexte joue aussi un rôle important.

De nombreuses initiatives de qualité ont été organisées au niveau fédéral afin de stimuler l'*evidence-based practice* dans le secteur des soins de santé. C'est pour cela que nous avons demandé au KCE d'en faire l'étude et un plan. Il faut dire que ces initiatives étaient très fragmentées et qu'il n'y avait pas de coordination entre elles, d'où la nécessité de créer un plan *evidence-based practice* visant à optimiser l'ensemble du processus et à améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé. J'ai demandé au KCE d'examiner la façon de réaliser un tel plan.

In juli 2017 heeft het Kenniscentrum dan ook het eerste deel van de studie opgeleverd, met name het governanceplan. Op basis van deze studie is bepaald hoe evidencebased *practice* in de toekomst zal worden aangestuurd en gefinancierd op federaal niveau.

Een korte toelichting van het plan. Het plan is in eerste instantie gericht op eerstelijnszorg. Later kan dat eventueel worden uitgebreid naar de tweede lijn. De operationalisering van het evidencebased plan gebeurt aan de hand van de evidencebased plancyclus.

Deze omvat zes fasen: prioritering, ontwikkeling, validatie, decimatie, implementatie en evaluatie. Bepaalde van deze fasen, zoals de prioritering en de implementatie, zijn vandaag nog niet of onvoldoende aanwezig in het evidencebased *practice*-verhaal.

Voor elk van deze fasen duidt het plan een vaste evidencebased *practice*-partner aan. Daar heeft men de voorkeur laten uitgaan naar bestaande organisaties die de nodige expertise in huis hebben. Voor bepaalde fasen is er nog geen vaste partner aangeduid, zoals voor de fase implementatie. Dat zal ook gebeuren wanneer het tweede deel van de KCE-studie is opgeleverd, wat is voorzien voor 2018.

Voor de vaste evidencebased *practice*-partners wordt een meerjarenkader opgemaakt, met een meerjarenfinanciering bij het RIZIV. Na de vaste partners voor evidence based *practices* is er ook de mogelijkheid om evidencebased *practice*-projectpartners per fase aan te duiden.

Afhankelijk van de prioriteiten zullen dus eventueel ook ad-hocprojecten worden uitgeschreven, waarop de verschillende evidencebased *practice*-projectpartners kunnen intekenen. Deze projecten zullen dan eerder worden gefinancierd vanuit Volksgezondheid. De vaste evidencebased *practice*-partners en de projectpartners zullen nauw samenwerken.

La direction stratégique du plan *Evidence-Based Practice* est confiée au groupe de pilotage *Evidence-Based Practice*. Celui-ci est composé des représentants du SPF Santé publique, de l'INAMI, de l'AFMPS, du KCE et de ma cellule stratégique. Le pilotage au niveau tactique et opérationnel sera réalisé par le Network Administrative Organizations (NAO). Il s'agit d'une organisation indépendante sans aucun conflit d'intérêts avec d'autres partenaires du réseau. La création de ce Network Administrative Organizations est prévue en 2019. En attendant, le KCE se chargera d'assumer cette mission.

Le comité consultatif *Evidence-Based Practice*, composé de différentes parties prenantes, est l'organe d'avis du groupe de pilotage (*bestuursgroep*) et du NAO. Ce comité sera installé en 2018. Le groupe cible du plan est principalement composé de prestataires de soins, étant donné qu'ils doivent avoir rapidement accès à l'utilisation de *Evidence-Based Practice*.

Les patients et leur entourage sont bien évidemment aussi une partie prenante majeure. Ils bénéficient de soins *evidence-based* pour lesquels il est tenu compte de leurs préférences. De plus, ils sont également impliqués dans la fixation des priorités et lors du développement des directives.

Het evidencebased *practice*-plan voorziet, naast de cyclus met vaste- en projectpartners, in een aparte pijler voor de onafhankelijke geneesmiddeleninformatie. De onafhankelijke geneesmiddeleninformatie is belangrijk, maar valt moeilijk te integreren in de evidencebased *practice*-cyclus. Het plan bundelt voortaan alle activiteiten in het kader van de onafhankelijke geneesmiddeleninformatie en duidt hiervoor één vaste partner aan die gefinancierd wordt via het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

De onafhankelijke artsbezoeken, zoals deze momenteel worden georganiseerd door de vzw Farmaka en die door ons worden gefinancierd met 1,2 miljoen per jaar, zullen inderdaad in 2018 worden stopgezet. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat artsbezoeken een significant effect hebben op de praktijkvoeling, maar dat het effect meestal beperkt is. Dat wordt bevestigd in een nog niet gepubliceerde studie, omtrent de artsbezoeken van Farmaka, die de universiteit Antwerpen uitvoerde.

Zes maanden na de voorlichting over één geneesmiddelengroep stelt men bij 3 % van de artsen een positief effect vast op het voorschrijfgedrag. 3 % is misschien significant, maar als het slechts één geneesmiddelengroep betreft, dan is het effect toch zeer beperkt. Ook daar wordt de kosteneffectiviteit sterk in vraag gesteld. Farmaka bereikt 40 % van de huisartsen en heeft dus na 6 maanden slechts invloed op een wijziging in het voorschrijfgedrag bij 3 % van de artsen uit één bepaalde groep. Wanneer ik dit grondig bekijk, kan ik stellen dat dit voor 1,2 miljoen euro een mager effect is. Tevens is het een ouderwetse manier om de artsen voor te lichten. Wij kunnen het efficiënter aanpakken.

Het is de bedoeling dat de artsbezoeken worden ingewisseld door een efficiëntere benadering van de artsen. Hierbij zal onder andere gebruik gemaakt worden van de publicaties van het BCFI, zowel gedrukt als digitaal en dus opzoekbaar. In het tweede deel van de kenniscentrumstudie zal dieper worden ingegaan op de implementatietechnieken. De resultaten van deze studie en de expertise die Farmaka opbouwde met

betrekking tot communicatie met artsen, zullen meegenomen worden in de vijfde ontwikkeling van de pijler onafhankelijke geneesmiddeleninformatie.

Par ailleurs, depuis un certain temps, l'industrie pharmaceutique passe de moins en moins par les visites chez les médecins. Elle se focalise surtout sur d'autres moyens de communication. Il serait donc prématuré de dire que l'industrie pharmaceutique est déjà prête à compenser l'absence de visites indépendantes chez les médecins. Ce n'est pas vrai du tout.

Les montants exacts de financement des activités du pilier Médicaments doivent encore être convenus. Nous sommes actuellement en train d'analyser avec les ASBL concernées (Farmaka et BCFI) comment organiser les activités au sein du pilier d'information indépendante relative aux médicaments. Cependant, il est faux de prétendre qu'il s'agit ici d'une économie. Le montant global reste inchangé pour toutes les activités dans la *Evidence-Based Practice* (EBP) mais les mêmes moyens seront utilisés de manière plus efficace dans le cadre du déploiement de la totalité du plan EBP.

L'AFMPS étudie avec Farmaka et BCFI la possibilité d'affecter le personnel, qui a une certaine expertise, à une autre tâche dans le même domaine. Un montant important est prévu pour assurer cette transition.

08.06 André Frédéric (PS): Merci, madame la ministre, pour le caractère complet de votre réponse. J'en conclus que vous nous informez sur la mise en œuvre de la réflexion KCE sur le plan *evidence-based practice* avec une série de pistes. Vous nous dites qu'il n'y a pas d'économies, puisque les montants restent identiques, que ces montants – 3,5 millions – seront redistribués autrement. Vous nous dites que la volonté n'est pas automatiquement de demander aux entreprises pharmaceutiques d'opérer cette information des généralistes qui était jusque là indépendante; cela pourrait en effet paraître particulier.

Et si j'ai bien compris, vous semblez dire aussi que Farmaka, en l'état, coûte de l'argent pour des résultats assez réduits, mais qu'il y a, à côté de cela, une expertise au sein du personnel, qui pourrait être transférée vers d'autres structures à l'avenir. L'institution ne serait pas maintenue mais son personnel, en tout ou en partie, pourrait être récupéré. C'est une formule élégante. Je ne connais pas les détails de l'opération, mais a priori, je trouve qu'il y a une vision constructive.

08.07 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik sluit mij aan bij collega Frédéric. Ik schrik ook wel van de percentages die u aanhaalde, zeker in het kader van de bezoeken en de effecten daarvan. U weet dat Domus Medica ook spreekt over een effect van 4,8 % in het voorschrijfgedrag. Dat ligt in de lijn van wat nu zal worden bevestigd. 3 % of 5 %, het blijft uiteraard niet veel. Wat mij sterk treft is dat slechts 40 % van de artsen wordt bezocht. Op dat vlak strekt er zich dus nog een zeer groot wingebed uit.

Wanneer men mij daarover bevraagt, antwoord ik altijd dat onafhankelijkheid zeer belangrijk inzake rationeel geneesmiddelengebruik. Ik hoop dat wij met het budget van 1,2 miljoen betere technieken zoeken — digitaal opzoekbaar, zoals u zegt — om zoveel mogelijk artsen, en duidelijk meer dan 40 %, te motiveren om hiertoe over te gaan en zich goed te informeren inzake onafhankelijk rationeel geneesmiddelengebruik.

08.08 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, en ce qui me concerne, je voudrais juste insister sur la nécessité de maintenir une approche indépendante au niveau de l'information et du contact avec les patients. Il est sans doute possible d'améliorer et de revoir l'ensemble des structures, mais avec cette préoccupation d'indépendance et de contact direct avec les médecins.

Il est vrai que les techniques et les moyens de recherche de l'information changent. Les firmes pharmaceutiques sont aussi en train d'évoluer. Il n'empêche que les délégués qui rencontrent les médecins sont encore nombreux. Les médecins sont également nombreux à pouvoir disposer de contacts et d'informations autres qu'émanant des délégués des firmes.

Je vous invite à prendre en compte la nécessité de disposer d'un organe capable d'analyser les médicaments, de procurer une information indépendante et de consulter un maximum de médecins avec les méthodes les plus efficaces.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van de heer Dirk Janssens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de

uitrol van het geplande 5G-netwerk" (nr. 20614)

09 Question de M. Dirk Janssens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le déploiement du réseau 5G prévu" (n° 20614)

Voorzitter: Nathalie Muylle.

Présidente: Nathalie Muylle.

09.01 **Dirk Janssens** (Open Vld): Mevrouw de minister, begin september verscheen in de media dat een collectief van wetenschappers uitstel zou hebben gevraagd voor de geplande uitrol van het 5G-netwerk. Ik heb overigens begrepen dat er ondertussen een 6G-netwerk op til zou zijn.

Dit collectief dat bestaat uit 180 wetenschappers en dokters uit 35 landen, heeft de Europese Commissie gevraagd een moratorium op te leggen voor de geplande uitrol. In de brief die het daartoe aan de Europese Commissie gericht heeft, waarschuwt het collectief voor een grotere blootstelling aan straling, die onder meer kanker en onvruchtbaarheid tot gevolg zou hebben. Het collectief beroept zich op oude en recente studies.

Deze studies zouden allemaal schadelijke gevolgen voorspellen voor de menselijke gezondheid wanneer draadloze producten getest worden in omstandigheden die gelijkaardig zijn aan de werkelijke blootstelling. De wetenschappers zeggen bezorgd te zijn dat een grotere blootstelling aan 5G-straling zal resulteren in tragische, onherstelbare schade.

Het eigenaardige en het contradictoire van het verhaal is dat het populair-wetenschappelijk maandblad Eos zowel de 180 wetenschappers als de studies waarop zij zich beroepen onder de loep nam en dat daaruit bleek dat de 180 wetenschappers niet allemaal dé grote expert zijn wat de materie betreft. Voor België tekenden onder meer een gepensioneerd bioloog en een gepensioneerd insectenspecialist.

Ook de bronnen waarop de wetenschappers zich beroepen, zijn niet altijd even betrouwbaar. Zo beroepen zij zich op studies die reproduceerbaar zijn, alsook op een recente Amerikaanse studie op proefdieren die nog niet afgerond is en die de peer review nog niet gepasseerd is.

De vraag rijst dus: wat is het nu? Dit alles brengt mij tot de volgende vragen aan u.

Ten eerste, wat is uw standpunt inzake de effecten van straling op de volksgezondheid?

Ten tweede, hoe beoordeelt u de standpunten van dit collectief van wetenschappers?

Ten derde, hoe beoordeelt u het standpunt van de Wereldgezondheidsorganisatie?

Ten vierde, welke rol moet de overheid spelen bij een eventuele nuancering van deze berichten die reeds breed opgepikt worden?

09.02 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer Janssens, wij houden het voorlopig bij de uitrol van het geplande 5G-netwerk. Ik ben voorstander van een evidencebasedbeleid waarin ook het voorzorgsprincipe zijn juiste plaats krijgt. Ik steun daarvoor op de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Enkele jaren geleden heeft een debat plaatsgevonden naar aanleiding van het uitrollen van het 4G-netwerk voor mobiele telefonie en daarvoor in verband met het 3G-netwerk. Hierover had de Hoge Gezondheidsraad enkele adviezen uitgebracht waarover ik trouwens in de commissie al een vraag van mevrouw Caprasse heb beantwoord. Ik heb dat antwoord voor u meegebracht.

Elke nieuwe generatie van mobiele telefonie overtreft de vorige qua efficiëntie met betrekking tot het gebruik van het radiospectrum. Dat is een positief gegeven, maar het gaat inderdaad ook gepaard met hogere radiofrequenties en soms ook met sterkere zendvermogens. Het is legitiem om in dat verband vragen over een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid te stellen.

Men neemt echter het voorzorgsprincipe in acht en algemeen aanvaarde wetenschappelijke principes die gericht zijn op het voorkomen van de thermische effecten zijn ook van toepassing op de 5G-netwerken. In ons land worden die principes op een heel strikte manier ingevuld. Ik verwijs naar de normering voor

zendmasten die tot de meest stringente van Europa behoort. Omdat de normering van zendmasten echter deel uitmaakt van de bevoegdheden van de Gewesten, ook op het vlak van de gezondheidseffecten, denk ik dat ook daar terecht een vraag kan worden gesteld.

Het op de markt brengen van producten zoals mobiele telefoons, behoort echter tot de federale bevoegdheden. In deze optiek heeft mijn administratie in de afgelopen jaren een aantal acties ondernomen zoals de uitgave van informatiedragers en het voeren van communicatiecampagnes. Daarnaast werd een reglementering met betrekking tot de verplichte vermelding van stralingswaarden bij verkoop van mobiele telefoons en ook het verbod op kinder gsm's ingevoerd.

Ik ben er ook van overtuigd dat we daarmee het voorzorgsprincipe maximaal invullen. We volgen dus het voorzorgsprincipe en nemen de WHO-aanbevelingen mee, evenals die van de gezondheidsraad.

09.03 Dirk Janssens (Open Vld): Ik dank u van harte voor uw antwoord. Ik stel deze vraag voor een deel op basis van een vraag die ik kreeg van de woordvoerder van één van onze grootste operatoren. Hij vertelde me dat België tot de veiligste systemen behoort en voldoet aan alle Europese normen. Tot daar is er geen probleem.

Ik vind het zeer goed dat we het hebben over het voorzorgsprincipe. De woordvoerder vertelde me er ook bij dat we dergelijke vragen eigenlijk niet moesten stellen aan de bevoegde minister, omdat charlatans hierdoor meer aandacht krijgen dan ze eigenlijk verdienen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 16.43 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.43 uur.