

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 28 JANVIER 2020

DINSDAG 28 JANUARI 2020

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 20 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.20 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

01 Débat d'actualité sur le coronavirus et questions jointes de:

- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le nouveau type de coronavirus apparu en Chine" (55002741C)
- Jan Bertels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le coronavirus" (55002752C)
- Dominiek Sneepe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La nouvelle infection à coronavirus" (55002761C)
- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le coronavirus" (55002784C)

01 Actualiteitsdebat over het coronavirus en toegevoegde vragen van:

- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het nieuwe coronavirus in China" (55002741C)
- Jan Bertels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het coronavirus" (55002752C)
- Dominiek Sneepe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De nieuwe coronaziekte" (55002761C)
- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het coronavirus" (55002784C)

De **voorzitter**: De minister verkeert vandaag in goed gezelschap. Zij wordt vergezeld door de heer Gino Claes, strategisch adviseur van de FOD Volksgezondheid, dokter Paul Pardon, chief medical officer van de FOD Volksgezondheid, dokter Bert Winnen, kabinetschef Volksgezondheid en Tom Auwers, voorzitter van het directiecomité van de FOD Volksgezondheid.

Zoals u op de agenda hebt gezien, beginnen wij met een actualiteitsdebat over het coronavirus. Daarna volgt een tweede actualiteitsdebat over de KCE-studie met betrekking tot de materniteiten en daarna volgen de rest van de mondelinge vragen.

Ik geef nog even de regels mee voor het actualiteitsdebat. In tegenstelling tot de werkwijze bij de andere vragen heeft elke fractie het recht om het woord te nemen, maar ik begin natuurlijk met degenen die vragen hebben ingediend. Het is niet de bedoeling dat als iemand van een bepaalde fractie al een vraag heeft gesteld een ander lid van diezelfde fractie nog het woord neemt. Dat zijn de spelregels.

Quatre questions sur le coronavirus ont été introduites. La première est la question n° 55002741C de Mme Tillieux qui n'est pas présente.

01.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, je m'exprimerai pour le groupe socialiste sur ce dossier.

Le **président**: Je vous invite dès lors à poser la question à la place de Mme Tillieux. Ce n'est pas une habitude mais comme il s'agit d'un débat d'actualité, allez-y!

01.02 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, madame la ministre, un nouveau type de coronavirus est apparu en Chine, voici quelques semaines. Ce 27 janvier 2020, un total de 2 700 cas étaient confirmés dont

80 victimes.

Le virus, de la famille du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), a touché environ treize pays, ce qui souligne sa propagation, et il y aura probablement de nouveaux cas dus à la période d'incubation.

Il faut noter que le SPF Affaires étrangères a décidé de rapatrier les Belges et leurs familles sur place qui se trouvent dans la région de Wuhan.

Les symptômes de cette infection sont semblables à des cas de grippe, ce qui peut évidemment et malheureusement retarder le diagnostic. Dans les cas les plus graves, l'infection peut provoquer une pneumonie, un syndrome respiratoire aigu sévère, une insuffisance rénale et même la mort. Par ailleurs, les autorités chinoises ont confirmé des cas de contamination interhumaine.

Ce matin dans la presse, on a appris – ce qui complète quelque peu la question qui avait été déposée au préalable – que la Belgique, en comparaison avec la France, l'Angleterre ou l'Allemagne, pour ne citer que des pays européens relativement proches, est moins exposée. Néanmoins, on voit qu'il y a deux cas en France, un cas présumé en Allemagne. Il convient dès lors peut-être de commenter les chiffres que nous avons reçus et de donner une explication au-delà du fait que nous n'avons pas de ligne aérienne directe.

Madame la ministre, en 2018, 338 000 voyageurs belges se sont rendus en Asie pour un séjour de quatre nuits et plus. Y a-t-il des risques avérés si l'on voyage en Asie? Ou est-ce uniquement limité à la région de Hubei? Des mesures spécifiques ont-elles déjà été prises dans ce cadre en Belgique? Si un virus méconnu tel que celui-ci se propage en Belgique, quelles mesures sont-elles envisagées pour endiguer une éventuelle épidémie? Sommes-nous prêts à réagir en cas de contamination en Belgique? À ce jour, quelles sont les mesures recommandées par l'OMS dans ce cadre?

Enfin, j'ai lu dans la presse ce matin que la KUL, notamment, cherchait un vaccin. Avez-vous des éléments à nous apporter par rapport à ce vaccin? Des pistes sérieuses se dégagent-elles?

01.03 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, de internationale impact van het nieuwe type coronavirus, met oorsprong in de provincie Hubei in de stad Wuhan, wordt steeds duidelijker en groter, na besmettingen in de Verenigde Staten, Thailand, Zuid-Korea, Japan, Frankrijk en nu ook een besmetting in Duitsland. In Duitsland gaat het om iemand die niet zelf in China is geweest, maar in contact kwam met iemand die in China is geweest.

De internationale impact wordt ook aangetoond, doordat de WHO bezig is om na te gaan of het een internationale gezondheidscrisis is in het kader van de *public health emergency of international concern*. De WHO upgradede trouwens vorige week het risico.

China nam ondertussen zelf al drastische maatregelen met het oog op het Chinees Nieuwjaar en de grote volksverhuizingen die dat teweegbrengt.

Het belangrijkste is natuurlijk de risico's hier bij ons. In sommige luchthavens worden al koortscontroles gedaan. U hebt gezegd dat dat voor België niet nodig is voor reizigers die komen van China of uit landen die rechtstreeks in verbinding staan met China. Ik wil best aanvaarden wat de experts zeggen, met name dat overdreven paniek niet nodig is. We moeten uiteraard wel waakzaam zijn. We hebben, hopelijk, geleerd uit de ervaringen met het SARS-virus in 2003, maar we moeten waken voor een onderschatte perceptie bij de bevolking.

Mevrouw de minister, hoe doet u de dagelijkse inschatting van het risico voor België, gelet op het feit dat sommige besmette patiënten geen rechtstreeks contact met China hadden?

Welke maatregelen neemt u? Ik heb vastgesteld dat er al informatie op de websites van de FOD en Sciensano wordt verstrekt en dat u richtlijnen hebt gegeven aan sommige zorgverstrekkers.

Hoe worden de Europese klinische netwerken momenteel samen met onze labo's betrokken bij de opsporing en de behandeling van de nieuwe 'epidemie'.

Is het netwerk nu beter gewapend dan zeventien jaar geleden of bij de MERS-epidemie van bijna tien jaar geleden?

01.04 Dominiek Sneepe (VB): Mevrouw de minister, ik zal hier niet meer het hele geval uit de doeken doen, aangezien mijn collega's dat al hebben gedaan, maar ik wil wel enkele extra accenten leggen.

De gevallen waarmee wij intussen al in Europa worden geconfronteerd, toont eens te meer aan dat een virus niet stopt aan de grenzen van een stad, land of continent. Zoals bij het SARS-virus, dat maanden in het potje bleef, merken we ook hier weer dat China het potje liever gedekt houdt. Zoals we van communistische systemen kunnen verwachten, wil men uiteraard geen inmenging van buitenaf. Gelukkig begint men nu in te zien dat de epidemie niet verder alleen kan worden afgehandeld. Een dergelijke houding werkt uiteraard de verspreiding van het virus in de hand. Zo was het blijkbaar ook niet nodig om op het moment waarop het virus reeds volop om zich heen greep, een nieuwjaarsbanket met toch wel 40.000 aanwezigen in Wuhan af te blazen.

Vandaar dat de vraag rijst of we van China wel de reële cijfers doorkrijgen. Of moeten we dat zwaar onderschatten? Volgens de pers heeft België plannen klaarliggen om het virus tegen te gaan. Blijkbaar hebben we stevige plannen en ik zou graag weten welke dat juist zijn.

Her en der worden op luchthavens reeds maatregelen genomen. Hoe toereikend zijn die? Wordt bijvoorbeeld de lichaamstemperatuur gemeten bij passagiers die uit de besmette gebieden komen? Is er dan ook een mogelijkheid om mensen met een verhoogde lichaamstemperatuur in quarantaine te zetten?

Na wat opzoekingswerk meen ik begrepen te hebben dat het hier reeds gaat om de zevende variant van het coronavirus. Betekent het dan dat het virus zich telkens aanpast en resistent wordt aan de behandelingen? Wat moeten we ons daarbij voorstellen? Waaruit bestaat trouwens de behandeling? Aangezien het om een virus gaat, zullen antibiotica dus niet helpen. Hoe gevaarlijk moeten we het virus voor ons hier in België dan inschatten?

Wat hebben we geleerd van de vorige coronavirussen inzake verspreiding en behandeling?

Uit de media bleek dat het virus via markten met levende exotische dieren verspreid zou worden. Zal België, eventueel via de EU of de VN, druk uitoefenen op China om die markten met levende exotische dieren bestemd voor consumptie, te verbieden?

01.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de minister, ik zal proberen mij te beperken tot de vragen die nog niet werden gesteld.

Er is sprake van een vijftiental Belgen in Wuhan, die op vrijwillige basis gerepatrieerd zouden kunnen worden. Men zou overleggen met andere landen om na te gaan of de repatriëring gezamenlijk georganiseerd kan worden.

In Frankrijk wil men mensen die op de betreffende vlucht zaten, twee weken afzonderen. Toen men minister Goffin voor VTM Nieuws vroeg of ons land ook zo'n afzondering plant, wist hij daar niet meteen op te antwoorden. Hij verwees daarvoor naar u, mevrouw de minister. Het leek wel alsof er geen overleg was geweest. Was er al dan niet overleg? Welke conclusies werden daaruit getrokken?

Ook in het Verenigd Koninkrijk wordt er gesproken over veertien dagen afzondering bij terugkeer van een vlucht. Er wordt tevens gezocht naar personen die de voorbije veertien dagen in de besmette omgeving in China verbleven. Wordt zo'n zoektocht in België ook gepland?

Enerzijds, hoeven we niet te panikeren, want we hebben bekwame specialisten en we moeten vertrouwen hebben in de instanties die de kwestie volgen. Anderzijds, moeten we wel voorbereid zijn op besmettingen hier. In Duitsland was er onlangs nog een melding van een besmetting. Het ging daarbij om iemand die besmet werd zonder zelf in China geweest te zijn. Meer nog, de besmetting werd overgedragen door iemand die zelf nog geen symptomen vertoonde.

De symptomen kwamen pas tot uiting in China, waarna de diagnose kon worden gesteld. Aangezien er blijkbaar besmettingen mogelijk zijn zonder symptomen, verandert dat de procedure van aanpak voor ons?

In Duitsland werd er een hotline ingericht waar mensen terechtkunnen met vragen over het virus en besmettingen. Wordt dat ook bij ons gepland?

In de Verenigde Staten zou er een stormloop zijn op mondmaskers. Houden wij daar ook rekening mee? Worden er voorzieningen getroffen, bijvoorbeeld door een voorraad mondmaskers aan te leggen? Wat is het advies in verband met het dragen van mondmaskers?

In Nederland worden er quarantaineplekken in kaart gebracht. Men bekijkt er dus waar mensen in afzondering gebracht kunnen worden. Hebben wij in België ook mogelijke quarantaineplaatsen? Zullen ook wij die in kaart brengen?

De **voorzitter**: Mevrouw Gijbels, u rondde uw vragen net binnen de toegemeten spreektijd af.

Ik wijs er de leden op dat wij nu ook over chronometers beschikken, net zoals in de plenaire vergadering. De tijdsweergave gebeurt op een scherm dat u van in de vergaderzaal kunt bekijken. De minister en de voorzitter hebben een zicht op het tijdsverloop. De spreektijd voor mondelinge vragen bedraagt normaal gesproken twee minuten. Ik zal daar niet zo nauw op toezien als in de plenaire vergadering, maar het is wel een indicatie voor uw spreektijd.

01.06 Sophie Rohonyi (DéFI): Madame la ministre, vous avez déjà été interrogée sur cette question du coronavirus, jeudi dernier, en séance plénière, sauf que nous attendions toujours les conclusions de l'OMS. Entre-temps, cette dernière les a rendues. Elle a, dans un premier temps, conclu à une menace modérée au niveau international pour, ensuite, se corriger et conclure à une menace élevée. L'OMS renonce toutefois toujours à proclamer l'état d'urgence international.

Il n'en demeure pas moins que, pendant ce temps, le virus continue de se propager jusqu'à nos frontières. En France, trois personnes ont été contaminées à Paris et à Bordeaux. Ces personnes qui avaient séjourné en Chine ont été placées en isolement et seraient hors de danger. Un autre cas suspect est apparu à Berlin. Vous affirmiez ainsi qu'en toute logique, il n'y a pas de raison que la Belgique soit épargnée par le virus. Vous avez donc annoncé avoir mis en place plusieurs mesures, des protocoles en cas de suspicion, avoir informé tous les médecins et les hôpitaux des marches à suivre et pris toutes les mesures de précaution. En revanche, vous refusiez toujours de prendre des mesures supplémentaires comme la mise en quarantaine des cas suspects.

Pourtant, des chercheurs basés à Hong Kong ont estimé que les gouvernements devaient prendre des mesures draconiennes pour restreindre les déplacements de populations s'ils veulent endiguer la propagation du virus. De même, vous avez déclaré jeudi, toujours en séance plénière, qu'en fonction de la situation et si une éventuelle expansion de l'épidémie devait être observée, des recommandations seront formulées en concertation avec les services de santé des Régions et Communautés et que ces recommandations seront communiquées aux médecins de première ligne, aux hôpitaux ainsi qu'aux autorités en charge des ports et aéroports sans oublier nos services diplomatiques.

Ceci m'amène, madame la ministre, à vous demander si les professionnels de la santé ont bien été informés des précautions d'hygiène à prendre mais aussi de la conduite à tenir face à un patient suspect. En France, les médecins de ville qui pourraient prendre en charge un tel cas doivent contacter, pour analyse clinique et classement du cas, un infectiologue référent et/ou le SAMU. Avez-vous une idée du profil des personnes décédées en Chine? S'agit-il de personnes à l'immunité particulièrement faible? Dans l'affirmative, les mesures d'information à destination des professionnels de la santé mais aussi des patients en tiennent-elles compte?

Je me permets également de rebondir sur la question qui vous a été adressée par ma collègue, parce que c'est essentiel. Y a-t-il une concertation avec vos collègues, ministres de la Mobilité et des Affaires étrangères, en ce qui concerne le rapatriement et les conseils aux voyageurs? Je constate que des informations sont disponibles sur le site du SPF Affaires étrangères, mais *quid* des terminaux, par exemple, de notre aéroport national?

Une évacuation de nos ressortissants, comme l'ont décidée la France et les États-Unis, est-elle prévue? Dans la négative, à partir de quel seuil critique ces évacuations auraient-elles lieu? Dans l'affirmative, selon quelles modalités? Enfin, pouvez-vous me confirmer qu'on peut être contagieux durant la phase d'incubation, autrement dit, sans manifester de symptômes? Si oui, en quoi cela impacte-t-il les mesures que vous avez prises ou que vous comptez mettre en place?

01.07 **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le président, madame la ministre, sans vouloir surfer sur la peur, mais plutôt avec un besoin d'obtenir les bonnes informations, je souhaite vous poser quelques questions précises visant principalement quatre niveaux: le dépistage et le diagnostic, les capacités d'accueil et de soins classiques et intensifs, la recherche pour une vaccination et l'information à la population.

Pour ce qui concerne précisément le diagnostic, pourriez-vous m'apporter des précisions quant aux informations que les autorités de notre pays ont reçues? Sur quelle base nos médecins généralistes sont-ils en capacité de suspecter un cas de coronavirus? Comment s'articule la chaîne opérationnelle avec l'hôpital Saint-Pierre et les autres hôpitaux? Y a-t-il des médecins généralistes référents ou des spécialistes désignés comme référents dans le cadre du coronavirus? Confirmez-vous que les personnes décédées après avoir contracté le coronavirus sont uniquement des personnes âgées, immunodéprimées ou qui souffraient de problèmes de santé préexistants?

Il me semble que le taux de mortalité résultant du coronavirus est actuellement estimé à 3 %. Pouvez-vous confirmer cette information? Comment sont estimées les capacités d'accueil nécessaires en hôpital et dans les services de soins intensifs de notre pays? À combien sont estimées les personnes les plus exposées en Belgique? Par ailleurs, il semble que l'hôpital de Leuven travaille à la confection d'un vaccin. Cette information est-elle exacte? À ce niveau, comment travaille la communauté scientifique? Ce travail est-il coordonné au niveau européen ou de l'OMS, afin de concentrer les moyens, les recherches et les avancées de ces dernières?

Considérant que dans peu de temps, la grippe fera sans doute son grand retour, une gestion particulière est-elle planifiée cette année, compte tenu du coronavirus? En termes opérationnels et en termes d'information, afin de rassurer dans une juste mesure, existe-t-il un canal d'information supplémentaire mis en place pour la population en dehors des points d'information médiatiques habituels? À cet égard, comment votre département gère-t-il la situation avec le département des Affaires étrangères? Des mesures sanitaires spécifiques sont-elles envisagées pour les personnes arrivant en Belgique et venant de Chine? Sait-on, par exemple, combien de personnes sont venues en Belgique depuis la région chinoise, qui est l'épicentre du coronavirus, depuis le 16 décembre? Enfin, les gouverneurs ont-ils un rôle à assumer dans la transmission d'informations, afin d'accompagner le plus efficacement possible les services publics de première ligne à la population que sont les communes?

01.08 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb vier vragen. Ik hoop dat er daarvan drie over een maand overbodig zullen blijken.

Als echter ook in België meerdere mensen besmet zouden worden met het coronavirus, welke impact zal de afname van de ziekenhuisbedden daarop dan mogelijk hebben? In het verleden waren er gelijkaardige gevallen, maar nu hebben wij minder ziekenhuisbedden. Wij zien dat in China in allerijl ziekenhuizen gebouwd worden. Ik ga ervan uit dat dit hier niet nodig zal zijn, maar zijn wij daarop voorbereid?

01.09 Minister **Maggie De Block**: (...)

01.10 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Ik wil u gewoon vragen of het verminderde aantal ziekenhuisbedden ons al dan niet in de problemen kan brengen.

Zaterdag was er in Brussel een melding van een mogelijke besmetting in België. Wij weten hoe de pers werkt. De pers is eerder van die zaken op de hoogte dan de ziekenhuizen zelf. Wij hebben er alle vertrouwen in dat uw communicatie heel goed tot bij de ziekenhuizen raakt, maar hoe gebeurt de crisiscommunicatie tussen de ziekenhuizen op zo'n moment? Bent u daarmee bezig?

Ik ga ervan uit dat u de ziekenhuizen klaar wilt hebben, voor het geval dat er toch iets zou gebeuren. Bestaat er een soort checklist of controle zodat u er zeker van bent dat de ziekenhuizen klaar zijn voor het opvangen van een mogelijke epidemie in België? Zijn wij, op de lange termijn, in België toe aan de erkenning van infectiologen of specialisten in de besmettingenziekten?

Als mijn informatie klopt dan zouden België en Albanië de enige landen zijn die die specialiteit nog niet erkend hebben. Het is nu absoluut niet van tel, maar in een ander kader, namelijk de mogelijke resistentie tegen bepaalde antibiotica, lijkt het mij aangewezen om in de toekomst die specialiteit ook in België te erkennen. Dat is echter een langetermijnvraag.

01.11 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mevrouw de minister, het is nu zeker dat het coronavirus van mens tot mens kan worden overgedragen. Als wij het virus met de griep vergelijken, dan kunnen wij zeggen dat het besmettelijker en ook dodelijker is. Als wij het met het SARS-virus vergelijken, dat een aantal jaren geleden in China en omstreken heerste, is het minder dodelijk, maar wel besmettelijker. Gelet op de evolutie van de voorbije dagen groeit de kans dat er effectief een epidemie kan komen in Europa. Het eerste geval is ondertussen bevestigd en in China zelf zien wij ook dat – u zult kunnen bevestigen of mijn informatie juist is – het virus aan het circuleren is en voornamelijk aanwezig is buiten Wuhan, op plekken waar mensen naartoe zijn gegaan met het openbaar vervoer vanuit Wuhan.

Het verschil met de Mexicaanse griepepidemie die wij een aantal jaren geleden hebben gekend, is dat er geen vaccin of behandeling is. Wij kunnen enkel de symptomen en de complicaties behandelen. Er is wel onderzoek naar een vaccin, maar wij weten ook dat dat waarschijnlijk te laat zal komen omdat de besmetting snel rondgaat, in China toch.

U hebt ervoor gezorgd dat de artsen en ziekenhuizen een eerste informatie hebben gekregen. Als huisarts kan ik bevestigen dat ik gisteren in mijn eHealthBox inderdaad twee pagina's informatie heb gekregen, waarvoor dank. Als huisarts wordt men immers direct aangesproken door heel veel mensen als er zoiets gebeurt en zo kunnen wij toch een begin van informatie geven.

De vraag is of wij in België voorbereid zijn op een eventuele epidemie?

Er zijn al een heel aantal vragen gesteld, maar ik ga even kort mijn vragen stellen, mevrouw de minister.

Bij een eventuele epidemie moeten wij ervoor zorgen dat er zo weinig mogelijk transmissie van mens tot mens is en daarom is het belangrijk een maskervoorraad te hebben. Hebben wij die strategische stock vandaag wel in België? Zijn wij daarop voorbereid?

Wat is de houding ten aanzien van onze landgenoten die in China verblijven?

Bent u bezig met het opzetten van een nationaal coördinatie- en crisisteam, zoals dit bestond ten tijde van de H1N1-epidemie? Als de epidemie er eenmaal is, is het immers belangrijk om heel snel en kordaat te kunnen reageren. Ik veronderstel dat u dit volop aan het voorbereiden bent.

Zijn de ziekenhuizen voorbereid op een eventuele epidemie?

Zijn de bedrijven voorbereid, want wij hebben in China gezien dat er economische gevolgen zijn bij een eventuele epidemie?

01.12 **Nawal Farih** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, wij hebben vernomen dat er cruciale aanbevelingen zijn verspreid onder de dokters. De vragen die ik u voorleg, komen echter voornamelijk uit de zogenaamde dorpsstraat, dus van de burgers.

De artsen en ziekenhuizen zijn erover geïnformeerd dat in de eerste fase het isoleren van de patiënt het belangrijkste is. Hoe kunnen wij alle Belgische patiënten ervan op de hoogte stellen dat zij best niet naar de huisarts gaan, maar thuis blijven om verder onderzoek te laten verlopen zodat zij ervoor zorgen dat er geen andere mensen besmet raken in de wachtkamer? Komt er een informatiecampagne om de bevolking daarover te informeren? Zo ja, zijn er daartoe al procedures gestart? Wanneer zal die campagne gelanceerd worden?

Wij staan ook aan de vooravond van een nieuwe griepieuk. De symptomen van een besmetting met het coronavirus zijn erg gelijkaardig. Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat er geen paniek losbreekt in ons land? Hoe vermijden wij dat mensen beginnen te denken dat zij het coronavirus hebben opgelopen? Kunnen de patiënten zelf een onderscheid maken tussen de gewone griep en een besmetting met het coronavirus? Hoe moeten huisartsen daarmee omgaan? In deze commissie voor Gezondheid heb ik vernomen dat artsen via de eHealthBox al info hebben ontvangen, maar hoe kunnen wij ervoor zorgen dat die informatie tot bij alle Belgische burgers geraakt zodat er geen paniek heerst in heel ons land?

Voor al ouderen zijn kwetsbaar voor een besmetting met het coronavirus. De procedures omtrent de herkenning en de omgang met het virus zijn verstuurd naar de ziekenhuizen. Is er ook al informatie bezorgd aan de woonzorgcentra? Is er daaromtrent afstemming met de Gemeenschappen?

01.13 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer de voorzitter, collega's, bedankt voor al uw vragen. Ik apprecieer het dat u wenst dat er geen paniek bij de bevolking ontstaat, ook al werd in de vragen door een aantal onder u zwaarbeladen taal gebruikt zoals "paniek" en zelfs "doden".

Vooreerst bespreek ik de symptomen van een besmetting met het coronavirus.

Inderdaad, het is een respiratoire symptomatologie, zeer gelijkend op een luchtwegontsteking en een gewone griep. Dat wij nog een griepiek verwachten, is een samenloop van omstandigheden. Wij hebben dan ook terecht de raad gegeven om niet in een wachtzaal te gaan zitten of naar de spoedafdeling te gaan, maar om een dokter aan huis te vragen. Hij kan ausculteren, het verschil horen, vaststellen hoe ziek u bent, hoe uw hydratatie-toestand is en of u desgevallend nog voldoende zuurstof hebt.

Ingeval een en ander verdacht zou zijn, hebben wij, zoals mevrouw Merckx heeft opgemerkt, richtlijnen naar de artsen gestuurd, waarin zelfs de contactnummers per provincie staan. Er is immers inderdaad een samenwerking met de Gemeenschappen. Er staat ook een nummer waarnaar buiten de kantooruren kan worden gebeld. Indien men niet goed weet wat te doen, kan men zich via die nummers informeren.

Wij hebben ook de mogelijkheid om in onze laboratoria tests te doen om na te gaan of er inderdaad een coronavirus in het spel is. Wij hebben ons referentielaboratorium in Leuven bij de KUL. In voorkomend geval wordt de patiënt natuurlijk geïsoleerd in het Sint-Pietersziekenhuis of vanuit een ander ziekenhuis naar het Sint-Pietersziekenhuis verplaatst en daar onderzocht.

Tot nu toe zijn er al enkele patiënten binnengekomen, maar telkenmale was de test negatief. Ik heb gelezen dat zulks ook in Engeland het geval was. Alleen in Frankrijk zijn er drie positieve gevallen en in Duitsland is er één positief geval. Voor het overige is er in Europa niks. Oostenrijk is genoemd, maar dat zou ook een negatief of niet geconfirmeerd geval zijn geweest.

Er is hier gesteld dat de betrokkenen niet in afzondering worden geplaatst. Zij worden echter wel degelijk in het Sint-Pietersziekenhuis, dat een referentieziekenhuis voor infectieuze, heel besmettelijke ziekten is, opgevangen. In dat ziekenhuis is er de mogelijkheid de patiënten in afzondering te houden, tot het resultaat van het bloedonderzoek er is. Is het bloedonderzoek positief, dan moet het nog eens worden geconfirmeerd. Er wordt dan een tweede staal onderzocht. Dat duurt opnieuw een paar uur. De patiënt wordt nog altijd in het ziekenhuis gehouden en symptomatisch behandeld met alle nodige voorzorgen.

Monsieur Prévot, vous avez demandé s'il était possible d'avoir un vaccin. Des recherches sont en cours, notamment à Louvain, mais il ne sera pas disponible pour cette épidémie.

Het duurt toch wel wat langer dan een paar dagen om een vaccin te ontwikkelen. Het gaat hier om een recent gedetecteerd nieuw type coronavirus, het moet dus op maat ontwikkeld worden. Wij mogen geen valse hoop wekken als zouden wij de mensen kunnen vaccineren tijdens deze epidemie van het virus.

De symptomen verlopen zoals bij alle aandoeningen. Dat kan gaan van een kuch of een hoest tot ademhalingsmoeilijkheden. Oudere mensen en mensen met een comorbiditeit, dat bleek ook uit een aantal gevallen in China, zijn natuurlijk vatbaarder en worden meer aangetast. Waarschijnlijk lopen zij het meeste gevaar.

De herkomst van deze variant van het coronavirus is bron voor verder onderzoek in China zelf. Men weet dat het gemuteerd is en zo mensen kan besmetten, maar men weet niet van welk dier het afkomstig is. Men weet dat het om zoönose gaat, maar men kent de bron nog niet. U weet dat men daar veel levende dieren verkoopt op de markt. De markten zijn voorlopig gesloten en laten wij hopen dat daarmee die bron droogvalt.

Onze gezondheidsautoriteiten zijn zeer waakzaam en volgen de situatie in China op de voet op. Er wordt ook een inschatting van de mogelijke risico's in ons land gemaakt. Wij hebben reeds een aantal maatregelen genomen. Mijnheer Bertels, er bestaat een Europees netwerk voor zeldzame ziekten, maar niet voor infectieuze ziekten. Het is echter wel zo dat er contacten zijn met de andere landen, via de vergadering van het Health Security Committee, waarin alle lidstaten vertegenwoordigd zijn en hun maatregelen bespreken. De voorzitter van de FOD Volksgezondheid zetelt als vast lid in het Health Security Committee. Als ik het goed voorheb, was er gisteren een vergadering. Er is onderling contact. Indien nodig is er een verbinding mogelijk. Er is ook het ECDC *risk assessment*, waarmee de nodige richtlijnen in Europa worden gegeven.

Het is een goede zaak dat wij samenwerken.

Mevrouw Sneppe, u vraagt of de Chinezen transparant genoeg communiceren. Ik moet wel zeggen dat er een groot verschil in communicatie is nu in vergelijking met de SARS-epidemie. Zijn de cijfers exact? Is er een verschil mogelijk van 2,3, 4 of 10? Dat weten we niet, maar ze werken zeer transparant. Ze hebben ook draconische maatregelen genomen. Er zijn 60 miljoen mensen in quarantaine. Er mogen zelfs geen auto's rijden. Men mag alleen met een speciale permit rijden. Treinen, scholen, alles is gesloten. Het zijn momenteel bijna spooksteden. Zij hebben toch redelijk snel de wetenschappelijke informatie over het virus met ons gedeeld, zodat wij in onze labo's konden zien of wij in staat waren om dat virus te detecteren. Dat bleek ook het geval te zijn. Vorige keer ging dat toch allemaal moeizamer.

Met betrekking tot de cijfers geven zij alleen maar de bevestigde gevallen. Dat is ook wat de andere landen doen. Er is een lijst waarop landen buiten Europa het aantal bevestigde gevallen vermelden.

Het gaat natuurlijk over een virus. De kans op een epidemie is dan ook zeer groot want een virus verspreidt zich, gaat de wereld rond. Het virus kan verzwakken, maar evengoed kan het virulenter worden. Men ziet momenteel geen mutaties in het virus maar elk virus kan muteren. Anders was dit virus er ook niet geweest.

Er is momenteel geen antiviraal middel. We moeten dit dus symptomatisch behandelen met vocht en zuurstof.

Er is ook gevaar voor een surinfectie zoals altijd bij zware virale infecties. Bacteriologische surinfecties zoals bijvoorbeeld pneumonie zullen met antibiotica moeten worden behandeld. De gezondheidszorg in ons land is van goede kwaliteit, wij zouden dit normaal gezien moeten aankunnen.

Ook wat het aantal ziekenhuisbedden betreft hoeven wij ons nog niet direct zorgen te maken. China heeft 1,3 miljard inwoners. Ik begrijp dan ook dat zij twee extra veldhospitaal met 1.000 bedden moeten bouwen. Wij zullen niet meteen een halve stad moeten platgooien om er een veldhospitaal op te zetten. Ik ben er gerust in dat wij voldoende capaciteit aan bedden hebben. Het is goed dat u zich zorgen maakt, maar ik meen dat dit overbodig zal blijken.

Er was ook een vraag van mevrouw Gijbels over eventueel contact met minister Goffin. Wij hebben elkaars telefoonnummer en wij bellen mekaar uiteraard. Wij hebben ook elk ons deel in het verhaal met onze eigen bevoegdheden. Minister Goffin is bevoegd voor Buitenlandse Zaken en Defensie. Buitenlandse Zaken is verantwoordelijk voor repatriëringen via Defensie of in een Europees samenwerkingsverband. Onze diensten werken samen.

Minister Goffin werd gevraagd wat er zal gebeuren als patiënten in België landen. Van zodra patiënten op een vliegtuig stappen, worden wij verwittigd en ontvangen wij een aantal gegevens. Geval per geval wordt vervolgens onderzocht welke maatregelen moeten worden genomen. Hoeveel patiënten zitten er op het vliegtuig? In welke toestand bevinden zij zich? Zijn er mensen met koorts op het vliegtuig of gaat het om mensen die enkel uit voorzorg terug naar ons land komen?

De beslissing tot evacuatie werd genomen omdat men meende dat deze mensen daar in die provincie opgesloten zaten en niet uit eigen beweging konden terugkomen. Men vroeg zich af wat er zou gebeuren mocht er gevaar dreigen op het vlak van de veiligheid en de openbare orde. Medisch urgente redenen lagen dus niet aan de basis van de beslissing om hen te repatriëren. Bovendien gebeurt alles vrijwillig. Zij die willen blijven, kunnen dit ook. Er wonen daar ook landgenoten met hun Chinese partner en kinderen. Wij hebben tot nu toe nog niet de toestemming gekregen van de Chinese autoriteiten om ook Chinese burgers naar hier te laten overkomen. Dit zal in de komende uren ongetwijfeld duidelijk worden.

Dat is voor de hele Europese bevolking zo, niet alleen voor ons land. Al onze landgenoten in de regio werden gecontacteerd door onze ambassadeur in China, maar er waren eigenlijk weinig mensen bereid om terug te komen. Andere landen tellen veel meer landgenoten in Wuhan. Er zijn bijvoorbeeld 500 Fransen aanwezig, wat toch van een andere grootteorde is. Wij hebben weet van 15 tot 17 Belgen met familie in totaal, die willen terugkomen.

Is het coronavirus besmettelijk zonder symptomen?

Dat is de grote vraag. Wetenschappelijk gezien is de kans groot dat het virus, vooraleer de symptomatologie

zich uit, besmettelijk is, omdat het nu eenmaal wordt overdragen via de lucht. Bij niezen of hoesten is er natuurlijk een grotere snelheid waarmee het virus zich verder kan verspreiden. Binnen een afstand van een meter tegenover iemand die niest of hoest, valt het mee, zegt men, maar de Nederlanders en de WHO geven tips over de manier waarop men het best kan snuiten: men doet dat bijvoorbeeld het beste in een papieren zakdoek, die men na gebruik direct weggooit. Ik heb ook gelezen dat men in de elleboog moet niezen, volgens de Nederlanders, maar dat vind ik niet zo gemakkelijk.

Sommige mensen hebben maskers gekocht. Vooral in Frankrijk was dat het geval. Die maskers zijn alleen beschermend voor mensen die besmet zouden kunnen zijn. Men ziet altijd mensen met maskers lopen, onder andere op luchthavens, maar dat is nog niet direct aan de orde.

Er zijn verschillende mogelijkheden om patiënten af te zonderen. Maar, nogmaals, dat moet geval per geval worden bekeken. Men kan de personen thuis afzonderen en onder begeleiding plaatsen. Bloedafnames kunnen thuis gebeuren. Men kan ze ook doen als reizigers landen en dan vijf of zeven dagen later opnieuw. Over die modaliteiten zijn wij nog aan het overleggen en aan het zoeken naar een wetenschappelijk onderbouwde werkwijze.

De Nederlanders wilden de mensen eerst in quarantaine plaatsen, maar zijn nu wat van mening aan het veranderen. Ik heb ook gelezen dat men in Nederland de kosten van de quarantaine en de repatriëring zelf zou moeten betalen, maar ik denk niet dat wij zo ver zouden gaan. Als personen in het Sint-Pietersziekenhuis op onze diensten terechtkomen, verblijven zij sowieso in afzonderlijke kamers. Ook op de afdeling intensieve zorg bestaat die mogelijkheid.

Wat moet er gebeuren, als iemand besmet is?

Zoals in die brieven staat, moeten de juiste contacten worden gelegd. De patiënt moet naar het juiste ziekenhuis gebracht worden. Dat ziekenhuis moet daarvan verwittigd worden, want die patiënten worden natuurlijk niet in de wachtzaal van de spoedafdeling binnengebracht, maar direct apart genomen. Het referentielaboratorium van de KUL is paraat. Op het ogenblik volstaat het referentieziekenhuis. Daar kunnen wij de patiënten opvangen en in goede omstandigheden verzorgen.

De Gezondheidsinspectie informeert alle mensen met wie de patiënt in contact geweest zou zijn. Tot nu toe zijn er echter geen positieve gevallen. Via de anamnese wordt bekeken wie uit de omgeving van de patiënt besmet zou kunnen zijn. Het kan gaan om mensen uit de familie, werkkring of misschien hier uit de commissie.

De FOD Buitenlandse Zaken, onder bevoegdheid van collega Goffin, past zijn reisadviezen aan, naar gelang van de situatie. Ik heb gezien dat er, wat de uitwisseling van studenten betreft, ook op de universiteiten maatregelen worden genomen. Men kan de betrokken studenten al dan niet laten vertrekken of terugkeren. Dat gebeurt vrijwillig.

Voor de anamnese is het belangrijk te achterhalen of de patiënt 14 dagen voor het begin van de symptomen in China was, dan wel in die periode contact had met iemand die daar is geweest. In alle gevallen die tot nu toe in Europa beschreven zijn, was er een rechtstreekse of onrechtstreekse link met China.

De patiënt wordt geïsoleerd en het personeel wordt natuurlijk beschermd via de reguliere droplet- en contactprocedures in onze ziekenhuizen.

Men vroeg naar een hotline. Ik vind dat een rare naam in geval van een virale besmetting, maar er is wel een contact mogelijk via Volksgezondheid. Wij hebben ook een rubriek FAQ, *frequently asked questions*, die op het internet geconsulteerd kan worden. Daar krijgen mensen antwoorden op de meest frequente vragen. Als wij vragen krijgen die er nog niet in staan, wordt dat altijd aangepast.

Wij vragen ook om niet naar wachtzalen of spoed te gaan, maar uw arts aan huis te laten komen. Het advies werd hier voorgelezen door mevrouw Rohonyi. Voor wie dit nog niet gevonden had, er werd inderdaad al een eerste advies uitgebracht.

Madame Rohonyi, un avis erroné a été corrigé. Néanmoins, nous avons pris toutes les précautions requises. En effet, que ce soit modéré ou plus sérieux, les règles sont identiques.

De maatregelen zijn dezelfde.

Er is ook heel veel informatie te vinden op de website van Sciensano. Daar kunt u bijvoorbeeld de brieven lezen die wij aan de huisartsen en de ziekenhuizen hebben gestuurd.

Madame Rohonyi, les cas suspects sont isolés à l'hôpital, le temps qu'une prise de sang soit effectuée et, si nécessaire, qu'un contrôle ait lieu.

We hebben ook de nodige informatie op www.maggiedeblock.be/coronavirus gezet waar u op trefwoorden kunt zoeken. Wij trachten via alle kanalen de nodige informatie bij de mensen te krijgen. Zondagavond ben ik nog bij VTM en RTL geweest om daarover te praten.

Er wordt uiteraard samengewerkt met de Gemeenschappen. De coördinatie blijft natuurlijk wel bij Volksgezondheid liggen. Er is tevens overleg tussen de ziekenhuizen. De artsen die gespecialiseerd zijn in infectieziekten hebben onderling contact en volgen de zaken van nabij. Op dat vlak is er geen probleem in ons land.

Mevrouw Merckx, wat betreft het feit dat dit virus minder dodelijk maar wel besmettelijker zou zijn, dat is inderdaad de huidige conclusie. We weten echter dat elk virus op ieder ogenblik kan muteren. Het kan dus virulenter worden. We zullen moeten bekijken hoe het evolueert. Een virus kan echter evengoed verzwakken als het de wereld rondgaat. We moeten er in elk geval voor zorgen dat er zo weinig mogelijk slachtoffers vallen.

De Wereldgezondheidsorganisatie zegt dat er op dit ogenblik geen extra maatregelen moeten worden genomen op de luchthavens. Desondanks waren de Italianen toch gestart met temperatuurmetingen. Inmiddels zijn ze daarmee gestopt, wat goed nieuws is want zo iets veroorzaakt natuurlijk paniek.

Wij hebben dat indertijd ook gedaan voor ebola maar we hebben daarmee geen enkel geval gevonden. We moesten dat indertijd allemaal organiseren omdat we een draaischijf waren voor *connecting flights*. Onze luchthaven had toen als enige in Europa contact met de drie getroffen West-Afrikaanse landen. Zij die toen al in deze commissie zetelden, zullen zich de discussies daarover ongetwijfeld herinneren. Wij lieten onze luchthaven doorgaan met het organiseren van die vluchten omdat de mensen die daar destijds actief waren, dokters, verplegers en logistieke medewerkers, zeker moesten weten dat zij gerepatriëerd konden worden als zij ziek zouden worden. Dat was een eerste bekommernis. Ten tweede, waren er weinig mensen die naar die landen vlogen. Wij hebben toen afgesproken dat wij het vliegtuig tot zijn maximale capaciteit mochten opvullen met logistieke ondersteuning voor ginds, zoals labomateriaal en al wat men daar nodig had. Wij hebben dus veel hulp kunnen bieden aan de mensen in de getroffen gebieden. Onze luchthaven sluiten was de verbinding met ginds doorknippen en alle humanitaire hulp onmogelijk maken. We hebben de moed gehad om dat niet te doen en dat werd geapprecieerd door de WHO. Dat heeft van ons allen wel een grote inspanning gevraagd.

Wat is vandaag de procedure? Als er iemand op een vliegtuig koorts krijgt of ziek wordt – bij ebola waren er ook nog symptomen als misselijkheid – wordt er vanuit de lucht al verwittigd dat er een verdacht geval is. Dat is altijd de procedure: als een passagier ziek wordt, wordt die opgewacht wanneer het vliegtuig landt en wordt die direct geëvacueerd. Die procedure blijft in voege. Men weet wat te doen en indien nodig kunnen wij nog raad geven.

Wat maskers betreft, die zijn eigenlijk alleen voor mensen die al besmet zijn, om verdere besmetting te voorkomen. Preventief is dat misschien wat geruststellend voor sommige mensen, maar soms ook niet.

De nationale coördinatie berust bij de FOD. Momenteel richten wij binnen Sciensano een wetenschappelijk comité op, met mensen van de FOD Volksgezondheid erbij. Zo kunnen wij meer ondersteuning geven. Terwijl ik hier zit, kunnen die mensen die mensen nieuwe informatie verwerken. Morgen wordt dit comité geïnstalleerd en kan het alles mee opvolgen voor ons.

Mij werd gevraagd naar de verschillen met griep. Er zijn grote gelijkenissen met griep. We kunnen op het zicht niet beoordelen of iets een griep is of een besmetting met het coronavirus. Dat is niet mogelijk. Controle van het bloed moet dan toch gebeuren.

Dit komt natuurlijk op een lastig moment. Een virus vraagt echter niet of wij daar klaar voor zijn.

Eén zaak is goed: wij hebben hier nooit rechtstreekse vluchten uit Wuhan gehad. De vluchten naar en uit Beijing en andere steden gaan wel door. Wat dat betreft, zijn wij natuurlijk wel bijzonder waakzaam.

Men heeft ons ook al gevraagd of pakjes uit China besmet kunnen zijn. Alibaba is de bol.com van China, zal ik maar zeggen. Die pakjes komen ofwel per container ofwel per vliegtuig. Zo'n container uit Sjanghai is 49 dagen onderweg. Ik neem aan dat een virus, dat een paar uren leeft, dus al dood is. Bovendien raad ik niemand aan in de cargoruimte van een vliegtuig te kruipen. Daar is het min 50 graden. Dat zal ook wel voldoende zijn om dat virus te vernietigen. Wij blijven natuurlijk waakzaam. Ik wist tot voor kort zelfs niet dat Alibaba bestond, en ik zie dat mevrouw Jiroflée ook even met haar ogen knippert. Ik ben nu eenmaal geen grote pakjeskoper. Ik winkel hier.

Mijnheer de voorzitter, ik meen dat ik alles overlopen heb, maar als er een tweede vragenronde nodig is, zal ik ook op die vragen antwoorden.

De **voorzitter**: Ik heb het ook niet bijgehouden. Ik vertrouw op de leden.

Wie nog een vraag wil stellen kan dat doen. Ik zal dezelfde volgorde volgen in de tweede ronde. Maar vragen stellen hoeft niet. Het is niet verplicht.

01.14 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, madame la ministre, merci de nous avoir fait un instantané de la situation.

Vous avez commencé en disant que vous ne parlez pas, pour paraphraser certains collègues, de "vent de panique". J'ai quand même entendu des discussions. Il est humain, alors qu'une épidémie touche plusieurs pays et qu'on évoque des décès, qu'il y ait une recherche d'informations auprès des responsables, notamment les responsables politiques.

Ce matin, j'ai pris le train. Il y avait trois sujets de conversation: la reconnaissance de paternité de Delphine Boël par notre ancien souverain; la manifestation en vue de soutenir et de maintenir la sécurité sociale; le coronavirus. Je pense que c'est quand même une préoccupation pour notre population. Il faut, et il fallait en tout cas, pouvoir donner une information claire.

01.15 Maggie De Block, ministre: Avez-vous une gradation?

01.16 Patrick Prévot (PS): Je vous laisse faire l'échelonnement de la gradation, madame la ministre. Je vous dis qu'il y avait trois sujets, dont le coronavirus.

Merci d'avoir fait les rétroactes de ce dossier, d'avoir expliqué que, et c'est malheureux, cette pathologie respiratoire arrive à un moment où on attend une épidémie de grippe. Je pense qu'il était de bon aloi de transmettre une information aux médecins. Vous avez dit que cela avait déjà été fait, avec notamment un numéro de téléphone de référence. Je pense que c'est une bonne chose.

Vous avez rappelé également que la KULeuven et l'hôpital Saint-Pierre étaient les lieux de référence. En ce qui concerne précisément ma question quant à la recherche ou l'élaboration d'un éventuel vaccin, si vaccin il y a, ce sera en tout cas pour une éventuelle future épidémie mais pas pour l'épidémie actuelle.

Nous sommes rassurés également de savoir que vous avez le numéro de téléphone de votre collègue M. Goffin. Plus sérieusement, je pense qu'il faut pouvoir garder les contacts *ad hoc*, notamment en vue des rapatriements. Pour cela aussi, vous nous avez rassurés.

Comme nous l'avons vu par rapport au délai d'incubation, il faudra de toute façon refaire le point sur ce dossier dans quelques jours. Les chiffres auront certainement évolué, une cartographie différente sera proposée, avec un indice de risque par pays qui sera actualisé. C'est là que nous pourrions nous rendre compte de la propagation éventuelle ou non, de l'épidémie, singulièrement en Europe.

Pour le surplus, puisque ma collègue Mme Jiroflée et vous-même, madame la ministre, étiez étonnées, je vous confirme que Ali Baba arrive maintenant à Liège Bierseet. Mais quand les marchandises arrivent par containers et par bateau en 49 jours, pour un virus qui ne subsiste que quelques heures, je pense que le risque n'est pas présent. Je vous remercie.

01.17 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw omstandig antwoord.

Ik denk dat dit wel nodig was. Onze burgers worden elke dag geconfronteerd met beelden van nieuwe besmette personen en van mensen die beschermingspakken en mondklappers dragen. De impact daarvan op onze burgers is groot.

Wij moeten aantonen dat er in ons land een verhoogde waakzaamheid is, wat ik toch hoop, dat wij paraat staan en dat onze procedures werken. Ik ben blij dat u vandaag hebt bekendgemaakt dat er informatie staat op de website van de FOD Volksgezondheid. Onder de bevolking leeft onder meer de vraag of men nog pakjes mag ontvangen die uit China komen, zoals de pakjes van Alibaba, die massaal met het vliegtuig toekomen in Bierzet.

01.18 Minister Maggie De Block: Het staat op de website.

01.19 Jan Bertels (sp.a): Het staat op de website, maar het is minder duidelijk op dan hoe u het nu hebt uitgelegd. Er staat geschreven dat het waarschijnlijk geen probleem is. Mensen lezen dat alsof er misschien wel een probleem is...

01.20 Minister Maggie De Block: (...)

01.21 Jan Bertels (sp.a): Ik denk dat mensen vaak het omgekeerde lezen.

U hebt de procedures goed uitgelegd. Ik wil u nog een suggestie geven, maar u hebt die vraag ook al van de apothekers gekregen. Het lijkt mij niet slecht dat u een communicatie zou doen, niet alleen aan de huisartsen en de ziekenhuizen die daarmee bezig zijn, maar ook aan alle eerstelijns zorgverstrekkers, zodat zij rechtstreeks door de overheid op de hoogte worden gebracht. Dat zou niet slecht zijn, want nu krijgt men de reactie dat ze het niet weten. U hebt gelijk wanneer u zegt dat ze het kunnen weten, maar ze zeggen wel dat ze het niet weten.

01.22 Minister Maggie De Block: (...)

01.23 Jan Bertels (sp.a): Ik ben het daar intellectueel mee eens, maar de perceptie is anders. Als een apotheker zegt...

01.24 Minister Maggie De Block: (...)

01.25 Jan Bertels (sp.a): U weet evengoed dat, als een apotheker in zijn apotheek zegt niet op de hoogte te zijn gebracht, de burger dat gelooft. Dat wordt nu ook zo verspreid. U hebt zelf de berichtgeving gezien.

01.26 Minister Maggie De Block: (...)

01.27 Jan Bertels (sp.a): U kunt dat gemakkelijk oplossen door die informatie te verstrekken.

01.28 Minister Maggie De Block: (...) om te zeggen wat ze moeten doen. (...) Ik ben 25 jaar huisarts geweest. Als men met zijn vak bezig is, dan houdt men zich daarmee bezig.

01.29 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, u moet mij daarvan niet betichten. Ik zeg maar wat de apothekers aan u en aan de buitenwereld communiceren. U hebt contact met de beroepsverenigingen, neem er dus contact mee op. Dat lijkt mij toch gemakkelijk.

Ik heb nog een specifieke vraag. U hebt verwezen naar de samenwerking met de Gemeenschappen en met de artsen infectieziektenbestrijding. In Vlaanderen moet men tijdens de kantooruren per provincie bellen naar de artsen infectieziektenbestrijding van het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap en buiten de kantooruren naar een ander nummer. Ik begrijp niet waarom, in tegenstelling tot in het andere landsdeel, dit nog per provincie geregeld is. Ik weet dat dit door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid georganiseerd is, maar die werkwijze werkt niet altijd.

Er is nog een bijkomend element dat ik niet goed begrepen heb. Een labo in Leuven staat op het punt om

een vaccin te kunnen ontwikkelen. Tegelijk stelt de verantwoordelijke van dat labo dat er meer proactieve investering nodig is om te vermijden dat er pas vaccins kunnen worden ontwikkeld op het moment dat een virus al is uitgebroken. Ik weet niet goed waarnaar hij verwijst. Weet u waarop hij doelt? Wenst hij dat het laboratorium meer middelen verkrijgt voor onderzoek? Dat is een puur informatieve vraag, waarover u zich niet moet opwinden.

De **voorzitter**: Mevrouw de minister, voor de goede orde, ik laat eerst alle leden aan het woord die wensen te repliceren en eventueel nog vragen willen stellen. Daarna geef ik het woord terug aan u. Nu zit de heer Bertels twee minuten over zijn spreektijd.

01.30 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer Bertels, u zei dat u het kort en krachtig zou houden. Ik zal u tonen hoe dat moet.

Mevrouw de minister, bedankt voor uw uitleg. Ik ben daar heel wat wijzer uit geworden.

Ik heb begrepen dat zowel wij als de Chinezen blijkbaar geleerd hebben van vorige virusuitbraken. Dat verheugt mij. Ik hoop dat de vinger aan de pols blijft, dus dat wij waakzaam blijven zolang er gevaar dreigt.

Ik heb nog een technische vraag over de zevende variant. Zoals ik het begrijp vormt corona de basis van het virus en komen er vervolgens verschillende zaken bovenop, waardoor er varianten ontstaan. Begrijp ik het juist dat van de zevende variant er naast de basis geen bijkomende overeenkomsten zijn met de overige zes varianten? Ik stel het nu enigszins simpel voor, maar ik ben dan ook maar een simpel mens.

01.31 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de minister, de algemene boodschap is volgens mij dat we waakzaam zijn en dat er nergens paniek voor nodig is. Paniek is inderdaad nooit een goede raadgever.

Op dit moment moet nog slechts een beperkte groep mensen in de gaten gehouden worden, zowat vijftien personen. Toch hoop ik, wanneer blijkt dat er nog besmettingen bijkomen of als blijkt dat het virus zich heel gemakkelijk verspreidt waardoor die groep landgenoten groter wordt, dat wij echt klaarstaan om meteen een plan uit te rollen.

Ik hoop dat u en minister Goffin elkaars telefoonnummers uitgewisseld hebben. Om de mensen gerust te stellen, toch ook heel belangrijk, denk ik dat in de communicatie niet van de ene naar de andere mag worden verwezen. De mensen moeten duidelijk weten wat het plan van aanpak is en dat wordt best in één boodschap meegegeven.

01.32 Sophie Rohonyi (DéFI): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses toujours très complètes.

Le but de nos questions n'était en aucun cas de céder à la panique, comme l'a dit ma collègue. Leur but était d'informer la population et de vous interpellier sur les mesures que vous avez prises ou qui sont en passe d'être prises. Face à un tel virus, il est très important de réagir calmement mais rapidement. On le sait, c'est la rapidité de réaction qui nous permettra d'endiguer le phénomène et de contenir les éventuels cas. Vous avez pris une série de mesures et les lignes directrices ont été envoyées aux médecins mais il est vrai que l'on pourrait élargir l'information à d'autres professionnels de la santé.

Je souhaite encore quelques précisions. Des accords ont été conclus avec les laboratoires pour analyser les cas suspects. Cela concerne-t-il uniquement le laboratoire de la KULeuven ou également d'autres laboratoires? Quant à l'isolement à l'hôpital Saint-Pierre, vous avez expliqué la procédure en cours, ce qui est très positif. Vous avez également souligné que vous n'étiez pas du tout inquiète quant à la capacité de cet hôpital, dans la mesure où le nombre de lits était suffisant. Je l'entends, mais ce n'est pas uniquement une question de lits, c'est aussi une question d'accompagnement par le personnel soignant. Or on sait très bien que le personnel soignant est surchargé et qu'il travaille dans des conditions déjà extrêmement difficiles. Le personnel soignant, que ce soit à l'hôpital Saint-Pierre ou dans d'autres hôpitaux, est-il aujourd'hui en mesure d'accompagner les cas suspects?

01.33 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, nous entendrons les réponses de la ministre aux dernières questions qui ont été posées et qui sont légitimes dans pareille situation. Je remercie la ministre de la Santé et le ministre des Affaires étrangères. Nous avons reçu des informations claires, précises et transparentes sur la situation, en réponse aux questions que nous avons posées. Dans pareille situation, il

est extrêmement important de donner une bonne information à la population. J'attire cependant l'attention des collègues: il faut le faire tout en sachant que la population tout entière n'est pas forcément scientifique. Le message qui doit lui être délivré doit être le plus clair et le plus pratique possible.

La concentration d'une information à un seul endroit est utile pour que le citoyen sache vers qui se tourner. En tant que parlementaires, nous devons donner la bonne information et lutter contre la désinformation. Dans la situation actuelle, il y a beaucoup de désinformation, ce qui ne fait que semer la panique. Si nous souhaitons que les autorités prennent les dispositions qui s'imposent de manière professionnelle et rapide, cette juste information doit être la priorité.

01.34 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb geen bijkomende vragen. Ik wil wel mijn dank uitspreken en de oproep van mijn collega ondersteunen. We weten waar de informatie te vinden is. Het is een oproep aan ons allemaal om mee de juiste informatie te verspreiden.

01.35 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord.

Ik vind het goed dat u in het kader van de crisis op de rol van de eerstelijnszorg rekent. Ik zou echter niet aanraden dat iedereen met koorts de huisarts thuis laat komen, maar alleen als er een verband is met China of met iemand die in China is geweest.

We hebben in de toekomst een sterke eerstelijnszorg nodig. Er is een tekort aan huisartsen. Als er een epidemie komt, denk ik dat er toch een probleem kan rijzen. Het debat over dat onderwerp moet echter nu niet gevoerd worden.

Ik heb ook enkele kanttekeningen.

Ik blijf een beetje op mijn honger bij de antwoorden. Als het tot een epidemie komt, dan zullen meer mensen moeten worden gehospitaliseerd. Het bevolkingsaantal hier is niet zo groot als in China, maar werden er extrapolaties gemaakt? Bent u daarmee bezig? Ik hoop dat het comité van Sciensano zich daarmee bezighoudt om te weten of er genoeg ziekenhuiscapaciteit is om voorbereid te zijn op een epidemie. Een crisis moet toch voorbereid worden. Ik denk ook aan de maskervoorraad. Het lijkt mij belangrijk om over voldoende maskers te kunnen beschikken in België. Op die vragen heb ik onvoldoende een antwoord gekregen.

01.36 Maggie De Block, ministre: Merci monsieur le président, j'adresserai les questions supplémentaires.

Monsieur Prévot, vous dites que les évaluations ont lieu de temps en temps, mais nous en effectuons en réalité plusieurs fois par jour.

01.37 Patrick Prévot (PS): Je voulais dire: au sein de cette assemblée.

01.38 Maggie De Block, ministre: Si vous parlez de cette assemblée, en effet, il n'est pas nécessaire de faire le point trois fois par jour.

01.39 Patrick Prévot (PS): Je peux vous téléphoner plusieurs fois par jour, mais je ne sais pas si cela va vous plaire!

01.40 Minister Maggie De Block: Mijnheer Bertels, wij staan paraat; de procedures zijn er. Er waren al verdachte gevallen, die later negatief bleken, en die hebben ons toegestaan om onze procedures te testen en, zo nodig, bij te sturen. Dat heeft aangetoond dat onze procedures goed zijn.

Wij zullen vragen om ook de kwestie in verband met de pakjes te verduidelijken op de FAQ. De auteurs hebben hard gewerkt aan de FAQ en die worden ook actueel gehouden, net als de website van Sciensano.

Waarom zijn al die nummers nodig? Dat is, omdat wij verplicht zijn dat te doen. Het betreft hier immers deelstaatmaterie ten gevolge van de zesde staatshervorming. Ik hou mij dus aan de bevoegdheden. Het zou natuurlijk gemakkelijker zijn, mocht er maar één nummer staan. Wij mogen dat echter niet doen. Het is en blijft immers om deelstaatmaterie. Wij werken dus samen met de Gemeenschappen. Zo is het.

Proactief een vaccin ontwikkelen, is moeilijk. Het is immers een heel recente mutatie. De mutatie moet er

eerst zijn, vooraleer een vaccin kan worden ontwikkeld.

Mevrouw Sneppe, u vraagt of er zeven varianten bestaan. Corona is een groep virussen, zoals SARS en MERS er ook waren. Dat heeft te maken met de afbeelding van het virus in de microscoop. Aan de wand kunnen er inderdaad verschillen zijn. Het betreft nu een nieuwe variant. Het is een nieuwe vorm van coronavirus, die is ontstaan. Het is waarschijnlijk afkomstig van een of ander beest en is gemuteerd, zodat het op mensen overdraagbaar is. De kern is echter wel gemeenschappelijk. Daarom noemen ze het de groep van de coronavirussen.

01.41 Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw de minister, bij het SARS duurde het lang, vooraleer China meldde dat er een probleem was. Dat duurde enkele maanden. Wij weten het natuurlijk niet, maar het kan bijvoorbeeld zijn dat het Wuhanvirus, zoals wij het maar zullen noemen, in oorsprong misschien ook het SARS-virus was.

01.42 Minister Maggie De Block: Mevrouw Sneppe, neen, van het virus van vandaag heeft men het vermoeden dat het van dierlijke oorsprong is.

Mijn medewerker, de heer Pardon, zal meer uitleg geven.

01.43 Medewerker van de minister: Mevrouw Sneppe, het coronavirus is een RNA-virus. De genetische sequentie kan dus duidelijk worden vergeleken.

China is nu heel transparant geweest en heeft heel vroeg de detectie bekendgemaakt, met name op 9 januari 2020. China heeft een en ander ook aan andere wetenschappelijke centra medegedeeld, die daardoor in de mogelijkheid zijn de nodige tests en nu ook het vaccin te ontwikkelen.

Ik geef een voorbeeld en maak daarvoor de vergelijking met het griepvirus. Ieder jaar wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie bekeken welk virus in aanmerking komt om een pandemie te veroorzaken. Op basis van die voorspelling wordt het vaccin ontwikkeld. Dat gebeurt ieder jaar opnieuw. Ieder jaar opnieuw buigen experts zich daarover. Wanneer door hen het advies wordt gegeven, wordt het vaccin ontwikkeld.

Heeft men geluk en is het inderdaad dat virus, dat circuleert, dan is het vaccin heel effectief. Indien er, ongelukkiglijk, een ander virus circuleert, dan zal de vaccinatie minder effectief zijn.

01.44 Minister Maggie De Block: De mensen die nu gevaccineerd zijn tegen de gewone griep, zijn misschien immuun tegen de griep die zal komen, maar niet tegen het coronavirus.

Er werd de vraag gesteld wat er zal gebeuren, als wij meer gevallen vaststellen. Er waren de voorbije dagen een klein aantal gevallen, minder dan in andere landen, die allemaal negatief bleken te zijn: de betrokken patiënten waren dus niet besmet. Wij volgen het aantal natuurlijk wel op de voet op, wij houden contact en zien of de genomen maatregelen voldoende zijn.

De capaciteit van het referentielabo bij de KUL volstaat, maar wij hebben de mogelijkheid van een back-uplabo bij Sciensano. Hetzelfde geldt voor het personeel; het gaat nu over een klein aantal gevallen. De grootste groep mensen met een griep, zijn besmet met de seizoengriep. Dan gaat het over jaarlijks een half miljoen besmettingen. Die komen natuurlijk niet allemaal in de ziekenhuizen terecht. Het is toch wel van een veel kleinere omvang.

Mevrouw Merckx, het is zeker niet mijn bedoeling dat iedereen met een beetje koorts naar de huisarts moet bellen. Ik herinner mij dat bij de Mexicaanse griep velen het huis niet durfden uit te komen, omdat ze ziek waren. Er moet nu dus steeds een link zijn, men moet zelf in China zijn geweest of kennissen of familieleden met een Chinese achtergrond hebben. De anamnese is hier natuurlijk essentieel.

Comme l'a dit Mme Taquin, les messages doivent être clairs. Mais, en tant qu'élus susceptibles d'être approchés et membres de cette commission, vous pouvez également transmettre l'information.

Mevrouw Creemers heeft ook gezegd dat het aan de commissieleden is om de informatie te verspreiden. Daarom is het goed dat de mondelinge vragen worden gesteld in het kader van een actualiteitsdebat zodat de gegevens voor de burger gebundeld kunnen worden.

Wat de andere onderwerpen vandaag in de trein betreft, zal ik mij van enige commentaar onthouden, want die behoren niet tot mijn bevoegdheid.

De **voorzitter**: Ja, laten wij daar maar geen debat over beginnen.

À moins que quelqu'un souhaite encore prendre la parole, je propose de clôturer le débat sur le coronavirus. Je remercie madame la ministre et ses collaborateurs pour leur présence et leurs réponses aux questions.

Nous passons au second débat concernant l'étude de la KCE sur les maternités.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Débat d'actualité sur les maternités et questions jointes de:

- Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La fermeture de 17 maternités en Belgique" (55002627C)
- Patrick Prévot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La probable fermeture de la maternité du CHR de la Haute Senne à Soignies" (55002638C)
- Kattrin Jadin à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'étude du KCE sur les maternités" (55002768C)
- Barbara Creemers à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'étude du KCE concernant les maternités" (55002781C)
- Sofie Merckx à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'étude du KCE concernant les maternités" (55002875C)
- Laurence Hennuy à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'étude du KCE concernant les maternités" (55002905C)

02 Actualiteitsdebat over de materniteiten en toegevoegde vragen van:

- Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De sluiting van 17 kraamklinieken in België" (55002627C)
- Patrick Prévot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De vermoedelijke sluiting van de kraamafdeling van het CHR de la Haute Senne te Zinnik" (55002638C)
- Kattrin Jadin aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De studie van het KCE over de kraamafdelingen" (55002768C)
- Barbara Creemers aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De KCE-studie over de materniteiten" (55002781C)
- Sofie Merckx aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De KCE-studie over de kraamafdelingen" (55002875C)
- Laurence Hennuy aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De KCE-studie over de kraamafdelingen" (55002905C)

Chers collègues, nous passons au deuxième débat inscrit à notre agenda. Six questions ont été déposées par des membres de certains groupes au sujet des maternités.

Comme ce fut le cas lors du premier débat, après avoir écouté ces questions, je donnerai la parole aux membres des autres groupes qui n'ont pas déposé de questions et qui souhaitent s'exprimer.

02.01 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, madame la ministre, selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 17 maternités devraient fermer leurs portes en Belgique. Cette proposition est motivée par les seuls critères d'efficience et donc à connotation fortement économique.

Trois maternités sont concernées en province de Liège dont celle de Huy qui a été agrandie le 4 octobre dernier, après que des investissements de l'ordre d'un million d'euros ont été consentis, grâce à de l'argent public. Ces investissements ont été réalisés en vue d'offrir un accueil encore plus adapté aux futures mamans mais aussi afin de garantir l'entrée du centre hospitalier hutois dans le réseau des hôpitaux publics de la province de Liège. Je rappelle que ce réseautage hospitalier résulte d'une initiative que vous avez prise. Lesdits investissements ont donc été mûrement réfléchis tout en considérant que les services de maternité devaient, par excellence, demeurer des services de proximité.

Madame la ministre, jugez-vous opportun de lancer de tels chantiers alors que la réforme des réseaux

hospitaliers est encore à ses balbutiements et à peine amorcée, et que le secteur a besoin de stabilité pour les concrétiser? Les investissements réalisés par le service de maternité de Huy – et ce n'est certainement pas le seul à avoir fait de tels investissements – seront-ils donc tout simplement perdus? Si les trois maternités de la province de Liège doivent fermer leurs portes, pouvez-vous garantir que les services des autres hôpitaux auront la capacité technique et humaine d'accueillir, dans d'excellentes conditions, les futures mamans qui devront être réorientées? Que dites-vous à ces hommes et ces femmes qui se sont investis sans compter dans ces services et qui ne pourront pas, d'un coup de baguette magique, réorienter leur carrière, changer d'affectation ou de lieu de travail?

02.02 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, madame la ministre, nous avons déjà eu l'occasion d'aborder, par l'entremise des questions d'actualité la semaine dernière, le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Pour l'avoir lu, j'en retiens l'impression qu'il a été élaboré sous le prisme de la rentabilité. C'est déjà le premier point qui me pose problème.

Sans vouloir me livrer à du sous-localisme, j'ai appris que, parmi les trois maternités présentes sur le territoire où je vis, celle du CHR de la Haute Senne de Soignies serait – toujours selon ce rapport – menacée de fermeture. Pour justifier cette décision, le KCE évoque un seuil de rentabilité de 557 accouchements annuels par maternité. Cependant, à la lueur des chiffres du CHR de Soignies, qui se situerait donc sous ce seuil, seule une année – à savoir, 2016 – s'est retrouvée dans ce cas. En effet, pour les années suivantes, plus de 600 accouchements furent pratiqués. Or c'est bien l'année 2016 qui a été prise comme référence par le KCE.

Pour les parents résidant dans la région du Centre et, plus particulièrement, pour Soignies et ses alentours, cette suppression entraînerait de lourdes conséquences, puisqu'ils seraient obligés de parcourir davantage de kilomètres pour être accueillis dans de plus vastes structures hospitalières – par exemple, à Mons ou La Louvière. Sans chercher à pratiquer du *storytelling*, je vous informe que ma belle-sœur a accouché voici quelques semaines à l'hôpital de Soignies. Bien qu'elle ne vive pas totalement coupée du monde, je la défie de rejoindre – aux heures de pointe ou non – l'hôpital de La Louvière ou de Mons en moins de trente minutes: c'est tout bonnement impossible.

Les conséquences seraient aussi dommageables pour le bébé à naître, dans la mesure où il se retrouverait dans des mégastructures impersonnelles, mais également pour le personnel soignant – qui devrait être réaffecté à d'autres tâches, si une maternité fermait. Quant aux infirmiers qui accueilleraient davantage de naissances au sein de ces structures plus imposantes, leurs conditions de travail seraient encore plus compliquées qu'elles ne le sont actuellement.

En ce qui me concerne, je pense que les maternités doivent rester un service de proximité, accessible tant financièrement que géographiquement.

Madame la ministre, ces recommandations du KCE visent à supprimer 17 maternités. Quel est votre avis, éventuellement actualisé au regard du débat que nous avons eu jeudi dernier sur ce rapport? Comptez-vous lancer une concertation avec les hôpitaux afin d'évoquer ce rapport?

Nous sommes évidemment dans un processus de bassins, de fusions. Mon collègue en parlait juste avant, certaines structures ont consenti de gros investissements ces dernières années. Il faut en tenir compte, bien entendu. Il faut également pouvoir avoir ce débat en concertation avec les professionnels de la santé.

En ce qui concerne précisément le CHR de Soignies, comment expliquez-vous que seuls les chiffres de 2016 aient été retenus alors que la maternité connaît une augmentation constante d'accouchements depuis 2017? Ne pensez-vous pas que cela pourrait engendrer des risques pour les femmes de la région en raison de la distance avec d'autres maternités, les plus proches se situant à Mons ou La Louvière?

Comptez-vous rencontrer des représentants des 17 hôpitaux? Certes, le débat doit être mené de manière sereine, et il y a très certainement çà et là des situations où la suppression ou la réorganisation sera utile voire indispensable. Mais pour le cas de Soignies dont je vous parle, je pense que les experts qui ont établi ce rapport sont allés un peu vite en besogne.

Le président: Chers collègues, je considère que nous sommes en phase de test. Néanmoins, essayez de vous limiter à deux minutes!

02.03 Kattrin Jadin (MR): Monsieur le président, ceci étant, si mon collègue a parlé trois minutes, je prendrai également le temps pour mon intervention. Je suis convaincue que vous êtes pour le principe d'égalité de traitement.

Le président: Bien sûr!

02.04 Kattrin Jadin (MR): Monsieur le président, madame la ministre, j'ai lu l'interview que vous avez donnée, ce samedi, d'une grande page dans le *GrenzEcho* où vous expliquiez et défendiez l'étude du KCE et ses conclusions qui viseraient à fermer plusieurs maternités, dont celle d'Eupen. C'est aussi par rapport à cet élément que je vous interrogerai aujourd'hui. Cela a eu l'effet d'une bombe dans ma région.

Je sais que cette étude n'est pas contraignante mais je me pose toutefois quelques questions quant à la façon de procéder. Au lieu d'entrer d'abord en contact avec les hôpitaux concernés, le KCE a publié les résultats et les recommandations de son étude et a ainsi créé la polémique à tous les niveaux. La presse l'a évoqué, le personnel et les patients craignent la fermeture et paniquent; les partis populistes s'en réjouissent et alimentent le débat.

De plus, les critères d'analyse restent également très superficiels. Une maternité doit pouvoir être rejointe dans les 30 minutes. Or, dans ma région, plus on se rapproche de la frontière allemande, plus on met de temps pour arriver à l'hôpital d'Eupen et le trajet pour rejoindre Verviers n'est pas réalisable en une demi-heure. En outre, d'un point de vue médical, plus le chemin vers la maternité est court, plus les possibilités pour le gynécologue d'initier un accouchement naturel sont grandes.

Il me semble également que les réalités de terrain n'ont pas été prises en compte. Je songe notamment à l'emploi de l'allemand pour les germanophones. La direction d'un hôpital m'a également fait part de ses interrogations sur le nombre de naissances sur lequel l'étude se focalise. Il ne s'agirait pas des bons chiffres.

Madame la ministre, pourquoi le KCE n'a-t-il pas d'abord pris contact avec les hôpitaux avant de mettre l'analyse à disposition du grand public?

Sur quoi le KCE se base-t-il en définissant le critère d'accessibilité en 30 minutes? Comment celui-ci a-t-il été vérifié? Enfin, qu'en est-il des spécificités régionales, notamment l'administration des soins dans la langue de la région?

02.05 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb vier vragen, waarvan twee over het opzet van de studie.

Het aantal erkende bedden, en niet het aantal verantwoorde bedden, is opgenomen als proxy voor de gevestigde kapitaalinvestering. Dat kan de resultaten vertekenen en ziekenhuizen met een groter overschot aan erkende bedden meer benadelen in de efficiëntieanalyse. Blijft de relatie tussen de efficiëntie en het jaarlijkse aantal bevallingen even duidelijk bestaan als alleen de kosten van de personeelsinzet in de analyse worden meegenomen? Heeft het KCE die analyse ook gemaakt? Zo ja, wat was het resultaat daarvan? De investeringen gebeuren uiteindelijk door een ander overheidsniveau dan de financiering van de werkingskosten. Mijns inziens is een aparte analyse voor die beide variabelen dan ook relevant. Zijn er ook andere proxy's voor de investeringskosten overwogen? Waarom werden die wel of niet weerhouden?

In een KCE-studie uit 2017 staat iets over de minimale criteria. Er staat letterlijk: "Het risico bestaat dat ziekenhuizen binnen een locoregionaal netwerk hun patiënten naar elkaar doorverwijzen zodat alle huidige materniteiten de criteria behalen. Indien dat gebeurt, worden er onvoldoende efficiëntiewinsten geboekt door de ziekenhuizen." Is dat echt een probleem? Misschien is het doorverwijzen net een manier om kleinere materniteiten efficiënt te maken. Wat is uw visie op het doorverwijzen binnen de netwerken?

Ik heb vervolgens nog twee vragen over de resultaten, die ons niet helemaal duidelijk waren.

Er is al veel gezegd over de aanrijtijd van 15 minuten. Het gaat eigenlijk om 30 minuten, waarvan er 15 gebruikt worden voor de verrekking van de verkeersdrukte. Er wordt in het rapport verwezen naar een appendix met resultaten. Onze lokale groepen zijn geïnteresseerd in de resultaten van de bereikbaarheidsanalyse na de eventuele sluiting van een aantal materniteiten. Wij vinden die appendix echter niet. Zou het mogelijk zijn om ons op een of andere manier die grafieken te bezorgen? Ze zijn wel degelijk in de analyse opgenomen, maar ze zijn niet gepubliceerd.

Is er in de simulatie van de 15 of 30 minuten aanrijtijd rekening gehouden met de taalgrens? Wordt die bereikbaarheid in sommige gebieden behaald doordat vrouwen worden doorverwezen naar een ziekenhuis over de taalgrens? Als men om te bevallen in een ziekenhuis terechtkomt waar men niet de eigen taal spreekt, kan dit eventueel voor problemen zorgen.

02.06 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Madame la ministre, ce débat a déjà eu lieu en séance plénière, mais lorsque je dis que nos enfants ne sont pas des marchandises, que les accouchements ne devraient pas devoir répondre aux exigences de l'efficacité économique, je pense, avec cette phrase, avoir plutôt bien résumé le sentiment qui a fait suite dans la population.

Comme Mme Jadin l'a encore dit, dans pas mal de communes, où les maternités seraient éventuellement fermées, les habitants sont réellement choqués par cette annonce.

Hier encore, lors du conseil communal de Charleroi, du MR jusqu'au PTB, l'ensemble du conseil a voté une motion pour protester contre les possibles économies réalisées au détriment des mamans, des bébés et des soins à leur prodiguer.

Ook de Vlaamse vroedvrouwen hebben gereageerd op de mogelijke sluiting en de studie van het Kenniscentrum. Ik citeer even uit hun verklaring: "Als wij evolueren naar enkel grotere materniteiten mogen de accenten niet alleen gelegd worden op efficiëntie. Bevallen is zoveel meer dan efficiëntie. Het is een gebeuren in een gemeenschap waar familie en vrienden een goede support kunnen geven. Dit gebeuren uit een gemeenschap weghalen, dreigt de kwaliteit van dit levensevent in het leven van moeder en kind naar beneden te halen. Niet alles wat economisch het beste lijkt, is ook de beste beslissing aan bed."

Ik zou nog even willen ingaan op drie punten uit de studie.

Ten eerste, het is belangrijk dat iedereen weet dat de kwaliteit in de kleine materniteiten niet in vraag wordt gesteld. Ik lees dan ook letterlijk de inleiding van het rapport: "De wetenschappelijke literatuur laat ons alvast niet toe om een verband te leggen tussen de kwaliteit van de zorg en de grootte van de materniteit. De veiligheid stelt dus geen probleem in een kleine materniteit." Het gaat dan ook om een puur economische analyse.

Ten tweede, in de studie van het Kenniscentrum kunnen wij ook lezen dat zij aannemen dat er extra bevallingen kunnen plaatshebben in de grote materniteiten. Er is daarbij enkel gekeken naar het aantal bedden en niet naar het aantal beschikbare verloskamers en operatiekwartieren. Als men meer bevallingen laat plaatshebben in de grote materniteiten zijn er natuurlijk ook meer verloskamers en operatiekwartieren nodig.

Ten derde, het voorstel om in de huidige materniteiten een verhoging van het aantal bevallingen met 17 % te bereiken, evenwel zonder extra personeel aan te werven, is toch wel hallucinant. In de grote hospitalen is er ook in de materniteiten vandaag al een verhoogde werkdruk. Bovendien klagen de vroedvrouwen in de materniteiten nu reeds dat zij met meer acute gevallen af te rekenen hebben door het verkorten van de ligduur na de bevalling. Daardoor is hun workload sterk gestegen.

Mijn vragen zijn de volgende.

Wat denkt u over de eventuele negatieve effecten van het sluiten van die materniteiten door de toename van de werklast in de overblijvende materniteiten? Hebt u een evaluatie gemaakt van de verkorting van de ligduur in de materniteiten? Wordt de beleving van vrouwen voldoende in beschouwing genomen in dit rapport? Als de workload nog meer wordt verhoogd, is er dan geen risico op een verhoging van het aantal keizersneden en geplande bevallingen?

Denkt u niet dat de sluiting van de 17 kleinere materniteiten een aantasting vormt van het recht om dicht bij huis te bevallen?

Tot slot, in het rapport wordt voorgesteld dat de vroedvrouwen die in de kleine materniteiten werken, zouden worden omgeschoold en op de geriatrie of de revalidatiedienst gaan werken. Dat staat zo letterlijk in het rapport, mevrouw de minister, en dat werd natuurlijk zeer slecht onthaald door de vroedvrouwenvereniging, want zij hebben dit beroep gekozen om het uit te oefenen.

02.07 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Madame la ministre, comme on l'a beaucoup répété, l'étude du KCE réalisée à votre demande, a été abordée sous l'angle de l'efficacité et non pas du tout sous l'angle de la qualité des soins. Selon le KCE, il n'existait pas de lien scientifique établi entre la taille des maternités et la qualité des soins. Or, il aurait pu être intéressant de prendre en considération le nombre de césariennes qui, en Belgique, reste plus élevé de 6 à 11 % que la norme préconisée par l'OMS. Non seulement le coût d'une césarienne est 38 % plus cher que le coût d'une naissance par voie basse, mais de plus, une césarienne sans indication médicale comporte des risques à long terme pour la mère et/ou pour l'enfant.

Par contre, l'étude indique que dispenser des conseils pour l'allaitement maternel peut être très chronophage pour les sages-femmes. Les maternités qui investissent davantage dans ce poste peuvent apparaître comme moins efficaces. Pourtant, il ne faut pas non plus rappeler que l'allaitement comporte de multiples avantages pour la santé. Cet élément aurait pu être pris en compte.

Comme l'a rappelé ma collègue Mme Jadin – mes collègues germanophones m'en ont d'ailleurs parlé –, l'étude ne prend pas en compte non plus la langue maternelle. En fermant une des deux maternités en Communauté germanophone, l'accessibilité en trente minutes pourrait être préservée, mais pas dans une maternité de langue allemande, ce qui cause tout de même un souci.

De plus, quelle est la place des maisons de naissance dans le futur paysage des maternités? Non seulement, elles proposent une alternative aux parents qui sont en quête d'une naissance la moins médicalisée possible, mais elles ont aussi un impact réel sur les coûts pour la sécurité sociale. Du coup, serait-il envisageable de compléter l'étude en prenant en compte l'organisation de la grossesse et de l'accouchement dans son ensemble, dans et hors de la maternité, et d'évaluer le degré d'opérationnalité de la première ligne? Je parle ici du nombre de sages-femmes et du nombre de médecins généralistes du *post-partum* immédiat depuis votre décision de raccourcir la durée du séjour en maternité?

Le **président**: Je dois vous féliciter car c'est vous qui avez le moins dépassé votre temps de parole.

02.08 Dominiek Sneye (VB): Mevrouw de minister, voor het Vlaams Belang blijft toegankelijke en kwalitatieve zorg prioritair. In de voorstellen in de studie van het KCE is dat blijkbaar niet zo belangrijk, in tegenstelling tot besparingen. Wij hebben er toch vragen bij dat de behouden kraamklinieken op slechts 30 minuten rijafstand bereikbaar zijn. Het moet maar wat drukker zijn, er moet maar een brug geopend zijn of een spoorwegoverweg dicht... In theorie klopt de stelling van 30 minuten misschien wel, maar in de praktijk zal dat in veel gevallen wel meer zijn.

Wij gaan ervan uit dat met het creëren van ziekenhuisnetwerken het aan de ziekenhuizen en de netwerken zelf toekomt om te beslissen wat ze willen houden en wat ze willen afstoten. Ook wat de kraamklinieken betreft, denken wij dat het de ziekenhuisnetwerken toekomt om te beslissen welke materniteit ze willen behouden en welke niet, of ook waar men er een nieuwe wil oprichten. Ook dat moet tot de mogelijkheden behoren. Laat u de beslissing aan de ziekenhuisnetwerken over of niet?

Een ziekenhuis is meer dan alleen maar een materniteit. In de studie zien we dat de materniteiten uit het ziekenhuisgegeven werden gelicht, wat een vertekend beeld kan geven. Als men dan toch beslist om materniteiten af te schaffen, kan dat volgens ons tot twee praktische problemen leiden. Ofwel zullen de moeders veel te vroeg vertrekken, waardoor ze onnodig bedden, tijd en personeel in beslag zullen nemen. Ofwel komen ze veel te laat, waardoor de bevalling in de auto of zelfs op straat gebeurt, wat uiteraard risico's voor moeder en kind inhoudt.

Mevrouw de minister, ik denk dat het probleem niet dat van de kraamklinieken op zich is, maar wel de hele ziekenhuisfinanciering en de organisatie van onze zorg. Daarom durven wij te stellen dat er dringend werk moet worden gemaakt van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Bij de huidige financiering zien ziekenhuizen die efficiënt en kostenbesparend werken, hun inkomsten wegvloeiën in de grote pot van de sector. Dat kan niet de bedoeling zijn. Wie goed werkt, moet daarvoor worden beloond. Ik hoop dan ook dat er reeds concrete plannen op tafel liggen om de ziekenhuisfinanciering grondig te analyseren en te hervormen, zodat niet de kraamklinieken de dupe zijn, noch de ziekenhuizen die wel hun best doen, noch de patiënten.

02.09 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, het is op zich goed dat wij over cijfers beschikken en dat wij een basis hebben om op verder te kunnen gaan en verdere plannen te kunnen

maken.

Daarom is deze doorlichting een goede zaak, maar tegelijkertijd denk ik dat wij, zoals mijn collega daarnet al zei, een materniteit niet los kunnen zien van het ziekenhuis en dat het een van de vele elementen is waaruit een ziekenhuis bestaat. Bovendien zullen de ziekenhuisnetwerken hopelijk binnenkort snel functioneel zijn en moeten wij het dus bekijken als een deel van een geheel.

Het is moeilijk om nu al te beslissen om één dienst binnen dat geheel van zorgverlening af te schaffen. Daarom mijn concrete vraag. Zijn dergelijke studies ook gepland voor andere disciplines? Wanneer kunnen wij die verwachten? Die zouden immers goed van pas komen om een goed beeld van het geheel te krijgen.

02.10 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, madame la ministre, je vous ai déjà interrogée sur ce rapport du KCE, qui recommande la fermeture de 17 maternités. Je vous interroge parce que le secteur demeure très inquiet de même que les femmes qui seront impactées. Ce rapport menace donc une maternité sur quatre en Wallonie et une sur six en Flandre.

Madame la ministre, pourquoi cette différence? Le KCE a-t-il tenu compte de la réalité de la Wallonie, qui est un territoire particulièrement dense et, pourtant, mal desservi en transports en commun? Vous connaissez la réalité de la clé de répartition 60/40 au niveau de la SNCB, par exemple. A-t-il tenu compte des chiffres de l'Observatoire de la santé du Hainaut, qui témoigne des inégalités, en termes de santé, et qui rendent, par exemple, les maternités de Lobbes et Auvelais particulièrement essentielles, afin précisément de ne pas accentuer davantage ces inégalités? A-t-il tenu compte du fait que, depuis 2016, au moment où les chiffres qui ont servi à l'étude ont été publiés, certaines maternités ont dû fermer? C'est le cas de la maternité de Vésale à Montigny-le-Tilleul, qui a fermé ses portes en août 2019? A-t-il également tenu compte du nombre d'accouchements, mais aussi du nombre de consultations pré- et post-natales et des suivis de grossesses à risques?

J'aimerais également vous poser les questions, auxquelles je n'ai pas pu obtenir de réponses lors de la séance plénière du 16 janvier dernier. En ce qui concernait l'encadrement du personnel des maternités qui seront supprimées, vous vous êtes engagée en séance plénière à mener un dialogue pour cela et j'en suis très heureuse, sauf que vous avez aussitôt précisé que les hôpitaux et les réseaux hospitaliers devraient aussi jouer un rôle. Il en découle que vous renvoyez la balle aux hôpitaux, alors que le suivi de ce personnel, qui n'a rien demandé à personne, relève de votre responsabilité. Je voulais donc connaître la part du rôle que vous estimez devoir être joué par ces hôpitaux dans la réorientation du personnel plutôt que par vos services. Je voulais également savoir comment vous comptez assurer le recrutement de nouvelles sages-femmes, sachant que ce secteur est désormais clairement ciblé par vos mesures d'économies. Comment comptez-vous respecter leur vocation? Le rapport du KCE souligne, par exemple, que les sages-femmes pourraient se voir offrir une formation complémentaire vers la pratique infirmière de même que davantage de sages-femmes seront nécessaires en dehors des hôpitaux pour les soins post-nataux à domicile, par exemple; en précisant que cette plus grande autonomie nécessitera, toutefois, d'élargir leur formation.

Il en découle que l'on attend, désormais, des sages-femmes qu'elles puissent se reconvertir vers d'autres professions ou qu'elles puissent suivre une formation plus longue et plus poussée. Cela pose non seulement la question du respect de leur vocation, mais aussi la question de savoir si les entités fédérées, compétentes en matière d'enseignement, ont été consultées par rapport à cette question. Quelle est leur position aujourd'hui?

Enfin, pouvez-vous nous garantir que le seuil minimum d'accouchements ne sera plus revu à la hausse, dans quelques années, menaçant de nouvelles maternités de fermeture? Dans les pays européens pris en exemple par le KCE, et par vous-même dans certaines interviews qui ont suivi, le seuil n'est pas de 600 accouchements par an, comme proposé aujourd'hui, mais de 1 000. En réponse à nos questions en séance plénière du 16 janvier, vous avez justement admis que certains ont souligné la nécessité de rehausser le seuil jusqu'à 900, voire 1 000 accouchements par an.

02.11 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, u ziet dat het een gevoelig thema is. Het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een gerenommeerde instelling. De oefening die het Kenniscentrum gemaakt heeft, moet zeker meegenomen worden in het debat. De kostenefficiëntie en de andere parameters die het Kenniscentrum gebruikt heeft, zijn belangrijk, maar mogen niet de enige elementen zijn.

Mevrouw de minister, ik heb dan ook twee opmerkingen.

Ten eerste, span de kar niet voor het paard. We hebben eerst een taakverdeling nodig, met een juridisch en financieel kader, binnen de ziekenhuisnetwerken, die momenteel opgebouwd worden. Voor dat kader er is, kunnen we geen diensten beginnen te sluiten, want het geheel moet worden bekeken. Men kan de ziekenhuisfinanciering en waarschijnlijk ook de toekomstige netwerkfinanciering vergelijken met Mikado. Men kan er niet gewoon één stokje uit trekken, anders zakt de hele stapel in. Het is dus van belang om het geheel te bekijken.

Ten tweede, voor sp.a is het belangrijk dat er warme zorg is met lokale basiszorg. De netwerkzorg moet dus ook nabij zijn. De meeste aanstaande moeders willen in een vertrouwde, veilige omgeving bevallen en bevallen moet volgens ons dan ook een onderdeel zijn van de lokale basiszorg. Dat kon men al lezen in de commentaren van de vroedvrouwen. De zorg voor moeder en kind valt onder de lokale basiszorg en onze ziekenhuisnetwerken moeten dus de kans krijgen om de organisatie van die lokale basiszorg uit te werken. Ik meen dat er daarbij binnen de ziekenhuisnetwerken een rol voor de lokale ziekenhuizen zal zijn weggelegd. Daar moeten we op inzetten, voor we aan emotionele discussies beginnen over het sluiten van materniteiten. Laat de ziekenhuisnetwerken dat op hun manier doen.

02.12 Minister **Maggie De Block**: Ik zal in herhaling vallen, want er zijn al gelijkaardige vragen in de plenaire vergadering gesteld.

Sinds de oprichting van het KCE, waar ik bij was, heb ik nog nooit zo veel heisa gezien over een ondersteunende studie van het KCE. Ik had zelf, namens de Kamer, in het KCE zitting, tot in 2011 toen ik staatssecretaris werd. Daarna werd ik vervangen door mevrouw Muylle. Vóór mij was dat mevrouw Avontroodt. Ik heb nooit gezien dat een studie van het KCE, een wetenschappelijk onderzoek door een onafhankelijk instituut, zo wordt aangevallen. Men maakt er hier soms een karikatuur van, met veel emotie. Er wordt een motie ingediend in de gemeenteraad van Charleroi. Als u daar niets anders te regelen hebt, mij goed. Het is goed dat u het doet, maar ik begrijp niet waarom een studie hiertoe aanleiding geeft.

Het betreft geen politieke beslissing, die wordt uitgevoerd. Het is een ondersteunende studie over de vraag waarom er een minimale activiteit nodig is op de materniteiten.

De heer Bertels zei dat men de kar niet voor het paard moet spannen. De studie van het KCE dient als ondersteuning om op het terrein na te gaan wat men kan doen, als men in netwerken werkt. Wat zou een goede bezettingsgraad van de materniteiten zijn? Waar zal dat toe leiden? Houden we rekening met de afstand, die moet worden afgelegd? Het KCE heeft daarbij onderscheid tussen steden en rurale gebieden gemaakt en het heeft hiervoor samengewerkt. Men is niet gewoon een beetje gaan rondrijden van ziekenhuis naar ziekenhuis. Het KCE heeft hiervoor samengewerkt met het Nationaal Geografisch Instituut. Alle kaarten zitten in de appendix. Daarop kan men zien waar men binnen tien, vijftien of dertig minuten is, ook bij veel verkeer, bij een betoging in de stad, bij een file in de stad. Trouwens, hoeveel vrouwen zijn er vandaag langer onderweg naar de materniteiten in Brussel met al die opstoppen hier. Daarover zou men ook een studie kunnen maken.

Hoe dan ook, het betreft hier een advies, dat in overleg met de hospitalen zal kunnen worden besproken.

Madame Jadin, vous me demandez pourquoi je n'ai pas pris contact. Dans l'étude du KCE, il est indiqué avec qui ils ont coopéré.

De Deutschsprachige Gemeinschaft – ik spreek geen Duits, maar u weet wat ik bedoel –, de COCOM en de andere Gemeenschappen, onder meer het Agentschap Zorg en Gezondheid, waren vertegenwoordigd, zoals altijd. Zij zijn stakeholders van het KCE, zoals vele andere actoren.

Het KCE verzorgt zelf zijn communicatie. Natuurlijk word ik als minister een paar dagen op voorhand ingelicht over die communicatie, maar over de aard en inhoud van zijn communicatie wordt beslist door het KCE, anders zou het geen onafhankelijk instituut zijn en zou ik er censuur op kunnen toepassen. Dat gaat niet.

Over de methodologie wordt altijd goed overlegd binnen het KCE. Het heeft volgens mij zeker rekening gehouden met de bijzondere situatie in de Duitstalige Gemeenschap, waar men drie ziekenhuizen heeft voor 77.000 mensen...

02.13 **Katrin Jadin** (MR): Twee ziekenhuizen.

02.14 Minister **Maggie De Block**: Drie ziekenhuizen, bereikbaar voor 77.000 mensen. Zij staan in het rapport, u kunt ze daar terugvinden. Daar wordt rekening mee gehouden.

Mevrouw Creemers, u zegt dat er rekening wordt gehouden met het aantal erkende bedden. Dat is juist, maar dat bepaalt hoeveel personeel er wordt voorzien. Of een bed nu bezet of leeg is, het personeel is voorzien. Het aantal verantwoorde bedden is geen constante. Als er in een ziekenhuis tien bedden zijn en daarvan is één bed slechts de helft van het jaar bezet – één dag op twee een bevalling –, dan kunnen we er toch over nadenken hoeveel middelen daarheen gaan en hoe dat ziekenhuis die middelen zou kunnen gebruiken op andere diensten waar middelen te kort zijn.

Dat is bijvoorbeeld het geval geweest in Geraardsbergen – ik noem dat een moedige keuze –, waar men ervoor heeft gekozen om een te kleine materniteit met 200 bevallingen per jaar te sluiten, in samenspraak met de omliggende ziekenhuizen, en het vrijgekomen budget te investeren in de poliklinische begeleiding van zwangere en bevallen vrouwen. Zeker voor een kwetsbaar publiek is dat zeer waardevol: niet de drie of vier dagen in het ziekenhuis zijn bepalend, maar wel de begeleiding voor en na de bevalling, waar de vroedvrouwen dus ook een rol in kunnen spelen.

Ik begrijp de emotie in alle dorpen en steden, maar dat zwangere vrouwen nu plots op straat gaan bevallen, lijkt mij niet aan de orde, en als dat toch eens zou gebeuren, dan zal het wel een erg vlugge en vlotte bevalling zijn. Ervaring leert dat het niet altijd zo vlot verloopt, maar ik heb dan ook maar twee kinderen gekregen.

Mevrouw Creemers, in antwoord op uw vraag kan ik u meedelen dat de kaartjes zich in de appendix bevinden. Wanneer u het volledig verslag openklikt, dan ziet u dat alle kaartjes in de appendix consulteerbaar zijn. Misschien moet u het nog eens proberen. De kaarten zitten in de appendix van pagina 150 tot 160. Het KCE werkt met zijn rapporten overigens altijd in volledige transparantie.

De aanrijdtijden heb ik al besproken. Met de aanrijdtijden werd rekening gehouden. Sta mij ook toe erop te wijzen dat wij verhoudingsgewijs vier keer zoveel materniteiten hebben als in Frankrijk. Als er dus al ergens een vrouw op straat bevalt, dan zal dat eerder in Frankrijk gebeuren dan hier. In de studie werd rekening gehouden met alle mogelijke perikelen waarmee men te maken kan krijgen. In 80 % van de gevallen hebben vrouwen de keuze uit meer dan acht materniteiten die zich voldoende dichtbij bevinden, die bereikbaar zijn. Wie uit acht materniteiten nog geen keuze kan maken, is wel zeer kieskeurig. Wanneer echter de eerste wee zich aandient, zal de vrouw wel gauw weten waar naartoe.

Mevrouw Merckx, u sprak over het recht om dicht bij huis te bevallen. Ik zou de Grondwet er eens op moeten nalezen om te weten of dat recht erin ingeschreven staat. Ook in huis bevallen is overigens een recht. Dat dicht bij huis bevallen geldt overigens eerder in België dan in de ons omringende landen. Vrouwen hebben inderdaad de vrije keuze: de vrouw kan niet alleen de gynaecoloog kiezen, maar ook de materniteit waar zij naartoe gaat. Wij zien dat die keuze gevrijwaard kan blijven.

Mevrouw Snelpe, ik heb al duizend keer gezegd dat het niet om een besparing gaat. Het KCE heeft onderzocht hoe het aantal materniteitsbedden kostenefficiënter ingezet kan worden opdat de middelen vervolgens besteed kunnen worden in de diensten waar er meer middelen nodig zijn.

Nogmaals, dat moet beslist worden binnen het netwerk. Deze studie zal wel al voor één zaak gezorgd hebben, met name dat de dialoog binnen de netwerken er wel degelijk over zal worden gevoerd.

Natuurlijk komen er nog nieuwe studies aan, mevrouw Gijbels. Er is altijd een hele lijst. Het KCE beslist daar zelf over. Ik heb injunctierecht, als minister, maar ook het Parlement heeft dat. Elk jaar is er een oproep: wie wil welke studies opvragen? Het KCE moet zijn prioriteiten bepalen. Het bepaalt de volgorde waarin mensen van zijn vaste staf moeten worden ingezet en soms rekruteert het ook specialisten ad hoc, wanneer het om andere zaken gaat. Ik meen dat hier grondig werk geleverd is. Dat mag toch gezegd worden. Wij mogen fier zijn op ons Kenniscentrum. Dat heeft een zeer goede internationale reputatie. Het maakt ook altijd vergelijkingen met wat zich in andere landen voordoet. Kortom, er is nog een hele lijst aan studies op komst.

Waarom cijfers van 2016? Wel, omdat deze studie toch wat tijd heeft gevergd. Mochten we de cijfers van 2018 al kunnen gebruiken, zouden wij dat ook doen.

Wij zien dat het aantal bevallingen daalt. Het stijgt niet. Wat wel stijgt, is het aantal vroedkundigen. Ik zal de genderneutrale term gebruiken. Hun aantal is verdubbeld op vijf jaar tijd. Wij hebben het moeder-kindtraject gelanceerd opdat, wanneer ouders, grootouders en kinderen niet onder dezelfde kerktoren wonen, de zwangere of pas bevallen vrouw toch hulp kan krijgen van een vroedkundige. Vroeger kon dat alleen in de steden. Nu zijn er ook vroedkundigen die aan huis komen. Daardoor steeg het aantal vroedkundigen wel enigszins, maar als er op vijf jaar een verdubbeling van het aantal is, vraag ik mij toch af wat wij over een paar jaar met al die mensen moeten doen, daar er altijd maar minder kinderen per vrouw geboren worden.

Wat de methodologie van het KCE en zijn conclusies betreft, op het terrein kan met deze studie gewerkt worden. Het is nu aan de ziekenhuisnetwerken om onder elkaar uit te maken wat de situatie is.

Men vraagt mij of ik met de ziekenhuizen overleg zal plegen. Ik zie niet in waarom. Ik heb ter zake geen beslissingen te treffen. Waarom moet ik op basis van een studie van het KCE die voor iedereen consulteerbaar is de 104 ziekenhuizen bezoeken om dit met hen te bespreken? Dat is echt mijn rol niet. Ik doe dat dan ook niet. Als ik dat voor alle studies van het KCE moet doen, ben ik nog veel meer op de baan dan nu het geval is.

Kunnen wij de vrouwen en mannen die op de desbetreffende diensten werken, eventueel met de vrijgekomen middelen niet anders inzetten, om dergelijke onderbezette materniteiten te behouden? Het KCE stelt een oplossing voor, maar zonder te raken aan de kwaliteit, aan de toegankelijkheid en natuurlijk ook aan de keuzevrijheid. Er zijn eigenlijk 21 materniteiten die niet voldoen. Omdat het KCE met de toegankelijkheid en het gebrek aan mobiliteit rekening heeft gehouden, is het aantal beperkt tot 17 materniteiten. Er is dus nog voldoende keuzemogelijkheid voor de vrouwen.

Ik heb erop gewezen dat het om een kwalitatief goede studie gaat. Ik blijf daarvan overtuigd. We moeten nog afwachten wat er op het terrein mee zal gebeuren. Wij moeten echter toch de moeite doen om de studie eens goed te lezen, te bekijken wat erin staat en de emotionaliteit enigszins te laten verdampen. Op basis van emotie beslissingen nemen die de efficiëntie, de toegankelijkheid en de keuzevrijheid zouden beperken, is immers niet goed.

Er staan bijvoorbeeld materniteiten bij die zouden moeten worden gesloten, zoals de materniteit in Geraardsbergen, die in 2019 al is gesloten. De studie was onderweg, 17 materniteiten worden er dan 16. Misschien staan er nog materniteiten in die ondertussen al gesloten of gefuseerd zijn.

Mme Rohonyi m'a demandé pourquoi on enregistreait une différence avec la Flandre. Il s'agit d'une étude nationale avec les mêmes paramètres. Cependant, la Flandre a déjà connu plus de fusions que ce n'est le cas en Wallonie.

Omdat er bij die fusies mogelijk ook materniteiten werden samengesmolten of afgeschaft en er dus in Vlaanderen al een beweging achter de rug is om daarmee rationeel om te gaan, liggen in Wallonië meer materniteiten dicht bij mekaar dan in Vlaanderen.

Ik vind het goed dat er emotie is, maar de karikaturen die men ervan maakt alsof moeders op de grond of op straat zullen moeten bevallen, of moeders die op de fiets of te paard naar de materniteit zullen moeten rijden, vind ik ondermaats. Misschien moet men de studie even voor een maand opzijleggen en ze dan met wat minder emotie herlezen om kennis te nemen van wat er echt staat. Als men iets emotioneel leest of hoort, onthoudt men steeds iets anders dan hetgeen er staat. Dat is soms het geval.

U kunt in uw motie in de gemeenteraad van Charleroi dan wel verklaren dat er daar niets mag veranderen. Tenzij men dat in Charleroi zelf organiseert natuurlijk en de ziekenhuizen onderling afspraken kunnen maken.

02.15 Hervé Rigot (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses qui, je l'avoue, me laissent quelque peu sur ma faim à de nombreux niveaux.

Le postulat de base du KCE n'est pas anodin. Je ne crois pas une seconde qu'il soit le simple fruit d'une réflexion naïve sur le futur de nos maternités, faute de priorités ou de travail. Vous l'avez dit, c'est un travail de longue haleine qui a été mené avec un postulat de départ qui n'est pas de chercher à savoir comment améliorer les services offerts dans les maternités actuelles mais bien comment faire en sorte que l'ensemble

des futures naissances puissent être gérées par moins d'hôpitaux et, donc, de fait, dans l'état actuel des choses, moins de qualité.

Vous dites ne pas comprendre l'émotion que cela suscite. Je vous dirai que je ne comprends pas que cela n'en génère pas chez vous. Il s'agit ici d'orientations politiques qui, si elles devaient être mises en place, toucheraient fondamentalement les futures jeunes mamans et leurs futurs enfants.

Comparaison n'est pas raison: vous avez comparé à plusieurs reprises ce qui se passe en Belgique avec d'autres pays, notamment la France. J'attends de savoir aussi si on a pu comparer, dans ce cas, la qualité des soins qui sont donnés en France par rapport à la Belgique et évaluer la conséquence du choix de diminuer le nombre de maternités sur la qualité des soins futurs et plutôt que de faire simplement une comparaison mathématique sur le nombre d'accouchements possibles.

Madame la ministre, la maternité reste un service de première proximité par excellence. Dans ce cadre, la mise en place de réseaux prévoit que l'offre hospitalière de proximité doit être la plus proche possible de la population. C'est le principe de subsidiarité qui figure dans votre réforme. Je n'invente rien. Seuls les services hautement spécialisés doivent être centralisés et on défend cette option de centralisation des spécialisations.

Mais, pour garantir une accessibilité de trente minutes, singulièrement à Huy, cas que je soulignais ici, mais également à Eupen, comme souligné dans d'autres zones, il va falloir des moyens. C'est une réalité de terrain. Cette accessibilité aux soins de santé doit être garantie pour tous, sans quoi elle va générer du stress inutile et peut mettre en danger les futures mamans et leurs bébés.

Contrairement à ce que vous dites, madame la ministre, je n'ai pas le sentiment que c'est juste un acte purement technique et médical. Je pense dès lors que nos futures mamans méritent notre plus grande attention.

On est d'accord! J'en suis convaincu.

02.16 Maggie De Block, ministre: Monsieur Rigot, le KCE dit que la qualité des soins dans nos maternités est généralement bonne. Mais on se rend compte que, pour les accouchements naturels et sans risques, qui sont juste un peu douloureux, le fait qu'il y ait beaucoup d'expertise ou non n'intervient pas. Par contre, pour les cas difficiles, par exemple lorsque l'enfant est mal positionné...

Bij moeilijke gevallen, zoals een stuitligging bijvoorbeeld, hangt de kwaliteit van de zorg weer af van de exposure, van het aantal gevallen die de gynaecoloog en de ploeg al hebben meegemaakt. Er is wel een hoger risico als er niet genoeg expertise aanwezig is. Dat staat beschreven.

Vous dites qu'il faut les meilleurs soins pour les mamans et les enfants. Quand ces derniers naissent très prématurés, ils doivent être suivis dans des services spécialisés; il n'y en a pas partout.

Quoi qu'il en soit, je suis d'accord avec vous quand vous dites qu'il faut les meilleurs soins pour les mamans et les bébés. Mais il faut faire une différence entre les accouchements tout à fait naturels, sans complications et ceux qui sont très difficiles.

Le **président**: Madame la ministre, je vous demande de bien vouloir laisser continuer M. Rigot qui s'exprime dans le cadre de sa réplique.

02.17 Hervé Rigot (PS): Je comprends l'émotion sur le sujet. Je l'entends bien. Elle est présente chez nous également.

Le **président**: Monsieur Rigot, je vous demande de bien vouloir conclure.

02.18 Hervé Rigot (PS): Madame la ministre, je me réjouis du fait que la qualité est maintenue. Mais la question de la mobilité reste présente.

Par ailleurs, l'analyse évoque notamment la question de l'efficacité. N'oublions pas que, pour le fédéral, le coût d'un accouchement dans une petite maternité n'est pas supérieur au coût d'un accouchement dans une maternité de plus grande taille. Par contre, la question se pose de savoir ce qui se passera demain, si dans

les services des urgences, on constate que des futures mamans sont sur le point d'accoucher et qu'on doit organiser un transport médicalisé des hôpitaux de première ligne vers des hôpitaux de seconde ligne, faute de maternité. Cela représentera un coût supplémentaire qui devra être pris en charge.

En outre, si les maternités acceptent d'être déficitaires, on peut accepter ce choix qui est un choix politique, madame la ministre. Selon moi, les services médicaux peuvent être déficitaires à certains niveaux.

Nous estimons, de plus, que les maternités doivent rester à taille humaine car cela permet de garantir une qualité de soins, mais aussi d'accueil. Le PS défend donc une politique de soins accessibles à tous, tant géographiquement que financièrement, dans un environnement de qualité, avec du personnel compétent, à des coûts efficients.

Et si le nombre d'accouchements doit être porté à 1 000 pour que la maternité de Huy puisse subsister, je répondrai simplement qu'il faut déplacer les spécialistes vers les hôpitaux, et donc déplacer l'offre vers la demande. En tout cas, la maternité de Huy sera en mesure de garantir ces 1 000 accouchements dont vous auriez besoin, ou le KCE aurait besoin, pour maintenir l'offre.

Le **président**: Monsieur Prévot, je vous donne maintenant la parole en vous demandant d'essayer de respecter vos deux minutes de temps de parole.

02.19 Patrick Prévot (PS): Madame la ministre, je suis également un peu étonné que vous soyez vous-même étonnée des remous que cette étude a suscités.

La presse a relaté les conclusions de cette étude. Et on a pu se rendre compte que la méthodologie que vous défendez visiblement est pour le moins discutable. Vous avez dit que la méthodologie a intégré tous les paramètres.

Non, ce n'est pas exact, parce que vous ne tenez pas compte des particularités locales ou régionales. J'ai cité le cas précis de mon frère, qui ne peut pas se rendre à la maternité en moins de trente minutes. Et je vous assure qu'il y va en voiture; il ne prend ni le cheval ni la trottinette ni aucun autre moyen de transport loufoque.

Vous avez pris l'exemple – parmi d'autres – d'un endroit près duquel se trouvait une maternité. Pour ma part, je ne réagis pas émotionnellement. Vous serez, du reste, très contente d'apprendre que, ce soir, je dois participer à un conseil communal, au cours duquel une motion sera déposée par différents partis – parmi lesquels le Mouvement réformateur, qui siège à vos côtés au sein du gouvernement – et votée à l'unanimité. J'ai également lancé une pétition, après m'être rendu compte de l'émoi suscité par cette étude du KCE. Personnellement, je ne me base pas sur "l'émocratie", mais uniquement sur les critères fixés par le KCE. Le seuil établi est de 557 accouchements minimum par an. Or Soignies se situe allègrement au-dessus de ce seuil depuis 2017.

J'ajoute que les critères de proximité et de distance – également définis par le KCE – ne sont pas non plus respectés. Dès lors, je ne comprends pas que ce rapport estime, en guise de conclusion, qu'il faudrait fermer la maternité de Soignies. De même, je ne m'explique pas que vous continuiez à défendre, bille en tête, ce rapport sans qu'aucune réflexion concertée avec le secteur ait eu lieu. Au demeurant, vous avez vous-même fait remarquer qu'une discussion était en cours en Région wallonne à propos du réseau hospitalier.

02.20 Kattrin Jadin (MR): Madame la ministre, je rebondirai sur deux éléments.

Vous avez tout d'abord déclaré que trois hôpitaux sis à proximité de celui d'Eupen pourraient accueillir toute femme qui souhaiterait accoucher dans cette ville. C'est faux, parce que cela repose sur un critère à propos duquel je n'ai pas obtenu de réponse et qui concerne la faculté de se voir administrer des soins dans sa langue. Nous n'en avons pas discuté. Si l'on ferme l'hôpital d'Eupen, il ne restera plus que celui de Saint-Vith qui est situé à 65 kilomètres de là, sans autoroute. C'est donc tout bonnement impossible.

Ensuite, je suis très étonnée, madame la ministre, d'entendre que la Communauté germanophone (Deutschsprachige Gemeinschaft) aurait pris part à l'étude qui a été publiée. C'est une information dont je ne disposais pas. C'est pourquoi je reviendrai vous interroger, en particulier au sujet des conclusions soutenant la fermeture de la maternité d'Eupen.

Enfin, depuis le 1^{er} janvier, les réseaux hospitaliers sont en construction. J'espère qu'ils joueront pleinement leur rôle, y compris en ce qui concerne les maternités en zones rurales. Je répète qu'il ne s'agit que d'une étude et qu'aucune décision politique n'a été prise. Il va de soi que le Mouvement réformateur souhaite conserver des maternités proches et accessibles sur l'ensemble du territoire, en particulier dans les zones rurales, pour que nos mamans puissent accoucher et être prises en charge à proximité de leur domicile.

02.21 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor de antwoorden.

Ik zal niet goed gekeken hebben naar de kaartjes, maar ik doe een tweede poging.

Er wordt hier met heel veel emotie gekeken naar de studie omdat deze materie dicht bij de mensen staat. Ik geef een mooi voorbeeld uit de regio waar ik vandaan kom. Uit het ziekenhuisnetwerk in Limburg is van onderuit de idee gegroeid om in Bree een materniteit te sluiten. Er is daarrond heel weinig ophef geweest. Als de emotie wat bedaart en als de ziekenhuisnetwerken zelf een beslissing kunnen nemen, dan heb ik er het volste vertrouwen in dat dit goed komt.

02.22 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, u begrijpt niet dat die studie van het KCE voor zoveel heisa zorgt. U zegt dat nog nooit te hebben meegemaakt.

Ik zal u even uitleggen waarom ik denk dat er zoveel heisa is ontstaan.

Ten eerste, het doel van die studie was om te onderzoeken hoe men op een wetenschappelijke manier kan besparen.

Hoe is dat in zijn werk gegaan? In 2017 maakte het Kenniscentrum een eerste studie. Men gaat er duidelijk van uit, en dat is al jaren aan de gang, dat er in België veel te veel hospitaalbedden zijn. In die studie van 2017 zegt het Kenniscentrum dan ook dat er niet aan te ontsnappen valt dat er diensten zullen moeten sluiten en dat, als men dan toch beslist om die richting uit te gaan, er daarvoor stevig studie- en cijferwerk moet worden gedaan. Dan is er de tweede studie gekomen, als gevolg van de eerste. De vraag was of er nog kon worden bespaard in de materniteiten. De onderzoekers van het Kenniscentrum voelden aan dat dit veel emotie zou kunnen teweegbrengen. In die studie wordt immers nagegaan of de organisatie van de materniteiten efficiënt verloopt, waarbij de kosten worden afgewogen tegen de geleverde resultaten. Dat lijkt schokkend. Is het wel aanvaardbaar dat men zich een dergelijke vraag stelt over zo'n oeroude en vitale zorg? Is het zelfs ethisch verantwoord? Het was duidelijk dat die studie voor debat zou zorgen. In die studie stond de vraag of hetzelfde resultaat kan worden bereikt tegen een lagere kostprijs. Het gaat dus wel degelijk om een besparing op de zorg voor moeder en kind, een besparing op het vlak van de bevallingen.

De tweede reden waarom de mensen geschokt zijn door die studie is het enthousiasme waarmee u ze hebt onthaald, mevrouw de minister.

U hebt op uw website gezegd dat u denkt dat het een opportuniteit is. U bent natuurlijk al jaren met die besparingslogica bezig. De mensen gaan helemaal niet akkoord met die besparingslogica, want zij voelen wat er de laatste jaren in ziekenhuizen is gebeurd: besparen, besparen, besparen. Het is niet voor niets dat de verpleegsters in de laatste maanden op straat zijn gekomen tegen die besparingen. Wij hebben er onder meer door de strijd van de verpleegsters voor kunnen zorgen, hier in het Parlement, via het amendement van de PVDA, dat er 400 miljoen meer naar de ziekenhuizen zal gaan. Dat is de richting die wij uit moeten.

Ten derde, mevrouw De Block, de mensen zijn het beu dat zij telkens moeten opdraaien voor de besparingen. Anderen betalen de rekening van de crisis vandaag niet.

U zegt dat er minder bevallingen zijn en dat er dus minder vroedvrouwen nodig zijn, maar het is niet omdat er minder bevallingen zijn...

02.23 Minister Maggie De Block: U luistert niet naar wat ik zeg.

Er is sprake van een verdubbeling op vijf jaar. Die trend gaat dus omhoog, terwijl het aantal bevallingen daalt. Ik zeg niet dat er minder vroedvrouwen moeten zijn, maar wel dat die exponentiële stijging totaal van de pot gerukt is.

02.24 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mevrouw de minister, u laat uitschijnen dat er minder vroedvrouwen nodig zijn. Het rapport zelf heeft het daar ook over. In het rapport stelt men voor dat vroedvrouwen zich omscholen en dat er een beperking komt op het aantal studenten in de opleiding vroedkunde. Ik meen dat die redenering niet helemaal opgaat. Ik heb zelf drie kinderen gehad. Bij een eerste of een tweede bevalling heeft men een vroedvrouw veel intenser nodig omdat men het daarna wel kent. Het is niet omdat er minder bevallingen zijn dat vrouwen minder steun nodig hebben van vroedvrouwen. Integendeel, er zijn vandaag meer kwetsbare vrouwen en er zijn ook steeds meer vrouwen zonder sociaal netwerk. De natuurlijke manier waarop vrouwen vroeger advies vonden over bevallen en hoe een bevalling door te maken, valt weg. Ik meen dan ook dat er meer nood is aan vroedvrouwen.

02.25 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je reste sur ma faim car j'estime que mes questions sont passées à la trappe.

Je vous posais la question du champ délibéré et assez restreint de l'objet de l'étude du KCE dans lequel la qualité des soins n'a pas été prise en compte. Quand on fait une réflexion globale sur les maternités, il faut aussi prendre en compte le rôle de la première ligne. Tous les accouchements ne doivent pas nécessairement faire partie de la seconde ligne. Or c'était le parti pris de cette étude et je ne suis pas d'accord sur ce point.

Je n'ai pas eu de réponse sur la prise en compte du nombre de césariennes, alors qu'il s'agit de données chiffrées et objectives. Il n'y a pas eu non plus de réponse quant à l'allaitement maternel dans les maternités ni sur le rôle des maisons de naissance et le rôle de la première ligne par rapport à la seconde.

Il serait intéressant que cette étude ait une vue d'ensemble. Est-il possible d'élargir le spectre de l'étude et de prendre en compte la qualité des soins, car le terme "efficience" n'est pas suffisant à mes yeux?

02.26 **Dominiek Sneye** (VB): Mevrouw de minister, als het over moeders en kinderen gaat kan het niet anders dan ook over emoties gaan. Wel kan ik u deels volgen als u zegt dat we het rapport met enige afstand moeten bekijken. Ik blijf wel op mijn honger wat betreft mijn vraag hoe het nu staat met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Los van de emotie en andere invalshoeken moet er immers vooral daaraan gewerkt worden. Niet de materniteiten zijn het probleem, de ziekenhuisfinanciering op zich is het probleem.

Ik ben verheugd dat collega Jadin het opnam voor de Duitstaligen en ik hoop dat ze hetzelfde wil doen voor de Vlamingen in Brussel zodat die ook zorg kunnen krijgen in hun eigen taal. Ik heb gemerkt dat ook dit dossier een communautair kantje heeft want Vlaanderen heeft al netwerken gevormd terwijl Wallonië de minder goede leerling is in dit verhaal. Ook in dit dossier pleit ik dus voor een splitsing van de sociale zekerheid en een overheveling van de bevoegdheden naar de Gemeenschappen.

02.27 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Merci, madame la ministre, pour vos réponses, même si elles me laissent complètement sur ma faim, comme mes collègues, et à l'instar des questions que je vous ai adressées en séance plénière.

Que les choses soient claires: nous ne remettons pas du tout en cause l'indépendance du KCE. Nous remettons en cause les éléments qui ont servi à établir cette étude, et leur caractère incomplet. Entre-temps, des maternités ont dû fermer. Les maternités n'ont pas uniquement comme devoir de gérer des accouchements, mais aussi des suivis pré et post-natals. Elles jouent aussi un rôle dans la détection de maladies chez le nourrisson. Ce suivi nécessite une certaine proximité qui serait mise à mal avec la fermeture de ces maternités. Il n'est pas du tout question de réagir sous le coup de l'émotion, mais d'être réaliste et pragmatique. C'est notre rôle.

Je regrette également que vous soyez favorable à cette fermeture sur la base de cette étude avant même que l'on ait pu obtenir des garanties réelles, notamment quant à la reconversion des sages-femmes vers d'autres professions. Par conséquent, leur vocation ne sera pas respectée. Vous laissez les réseaux hospitaliers gérer seuls ces réorientations et je trouve cela particulièrement injuste. Quant à l'argument qui consiste à dire que nous n'avons pas à nous plaindre parce que la situation serait plus grave en France, je ne pense pas que dire que le pire existe ailleurs soit un argument. En France, j'observe qu'il faut parfois plus d'une heure de trajet pour aller accoucher. Comme je l'ai dit, cela pose de vrais problèmes d'accessibilité. En vingt ans, la moitié des maternités ont dû fermer en France. De plus, je pense qu'il ne faut pas comparer des pommes et des poires. En France, cette politique de fermeture massive des maternités a eu lieu pour viser

le seuil de 300 accouchements par an. Nous ne poursuivions pas du tout la même logique en Belgique.

Je me permets aussi de vous lancer un appel. Vous soulignez très justement le rôle du KCE dans l'établissement d'études objectives. Je vous propose de solliciter une autre étude, qui serait plus large et qui viserait notre politique des naissances. En effet, aujourd'hui, si des économies peuvent être réalisées, ce n'est pas nécessairement sur l'existence de ces maternités en tant que telles, mais sur des pratiques, notamment sur les césariennes qui coûtent très cher à la sécurité sociale et qui ne sont pas toujours forcément justifiées.

La fermeture de ces maternités va priver ces femmes du droit de choisir vers quel type d'institution se diriger, lorsque la grossesse n'est pas à risque. Cela pose un vrai problème et nécessite une vraie réflexion. Vous pourriez la mener avec le KCE.

02.28 Jan Bertels (sp.a): Kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg en basiszorg zijn voor de sp.a belangrijk. Wij blijven dat continu zeggen. Die zijn nu belangrijk en zullen ook in de toekomstige ziekenhuisnetwerken belangrijk blijven. Bevallen moet kunnen in een vertrouwde en veilige omgeving. Het is een onderdeel van de lokale basiszorg, net zoals de zorg voor moeder en kind tot de lokale basiszorg behoren. Wij hopen dat de netwerken de kans krijgen om die lokale basiszorg goed uit te werken en dat de lokale ziekenhuizen daarbij betrokken worden, zodat die samen met de eerstelijnszones in Vlaanderen een goede, lokale, kwalitatieve en toegankelijke basiszorg kunnen blijven garanderen. Dat moet onze doelstelling zijn.

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

02.29 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, la commission devait se terminer à 17 h 00. Nous avons dès lors fixé nos agendas en fonction de cet horaire. Jusqu'à quelle heure Mme la ministre compte-t-elle rester? Cela nous permettrait de nous adapter. Nous avons des questions qui attendent.

Le **président**: J'aimerais le savoir aussi. Je suppose que cela ne sera pas plus tard que 17 h 30. Il nous reste le temps de poser trois questions à Mme la ministre.

03 Question de Sophie Rohonyi à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'avenir du Centre Médical Hélicoptère de Bra-sur-Lienne" (55001771C)

03 Vraag van Sophie Rohonyi aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De toekomst van het Centre Médical Hélicoptère van Bra-sur-Lienne" (55001771C)

03.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Madame la ministre, le centre médical hélicoptère de Bra-sur-Lienne a pour but de fournir un service de type SMUR prioritairement par voie hélicoptérée, en se chargeant du transport du patient vers l'hôpital, mais aussi par voie routière lorsque les conditions météorologiques ne permettent pas le vol.

Il s'agit en réalité d'une ASBL qui exerce ses missions dans le cadre d'une convention entre le SPF Santé publique et le CHU de Liège, spécifiquement pour les provinces de Luxembourg, de Namur et de Liège mais aussi pour le Sud de la province du Hainaut, qui est particulièrement mal couverte.

Selon certaines informations, et en dépit d'une utilité publique incontestable, il ressort que cette structure serait menacée tant par une absence de cadre légal de fonctionnement que par un financement insuffisant de la part du fédéral.

Les cartes d'affiliation au centre médical, qui sont au nombre de 72 000, couvrent 47 % des frais de l'ASBL. Les 53 % restants sont supportés par les factures d'intervention, les donations, les prestations médicales, le soutien de plusieurs communes et des provinces de Liège et de Luxembourg.

Madame la ministre, la pérennisation du centre médical par l'adoption d'un cadre légal ou réglementaire *ad hoc* est-elle à l'ordre du jour? À une question qui vous était adressée en juillet 2018, vous répondiez avoir demandé au Conseil national de l'aide médicale urgente de se pencher sur le dossier des moyens de l'aide médicale par hélicoptère et qu'un groupe de travail avait été créé pour rédiger un avis à ce sujet. Qu'en est-il?

Enfin, un financement de l'État fédéral au maintien de ce service est-il envisagé? Pour quel montant? En juillet 2018, vous évoquiez le montant de 62 500 euros sur base annuelle. Sera-t-il le même pour les prochaines années ou le gouvernement a-t-il enfin l'ambition de reconnaître ce service par le biais d'un financement qui serait à la hauteur du travail qu'il réalise?

03.02 Maggie De Block, ministre: Madame Rohonyi, jusqu'à présent, une partie du financement des hélicoptères de l'AZ Sint-Jan Brugge et de Bra-sur-Lienne-CHU de Liège (deux fois 62 000 euros par an) est prévue par le fédéral dans le cadre de projets pilotes en plus du financement SMUR que ces deux hôpitaux reçoivent.

Il n'y a pas d'intention de changer cette situation pour l'instant. Vous savez que nous sommes en situation de douzièmes provisoires, il faut donc une dérogation et une motivation de la décision pour changer les montants. En outre, la situation des affaires courantes ne permet pas de mener de nouvelles politiques.

Après la réorganisation des moyens terrestres de l'aide médicale urgente, que j'ai menée et grâce à laquelle les services d'ambulances ont vu leurs moyens financiers multipliés par trois depuis le 1^{er} janvier 2019, il serait en effet nécessaire de préciser plus avant la place et l'utilisation des hélicoptères dans le cadre de l'organisation des soins de santé.

Toutefois, il s'agit, comme je l'ai déjà dit, de nouvelles initiatives que je ne peux pas prendre en tant que ministre démissionnaire.

03.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

J'entends que le financement est assuré par le fédéral, dans le cadre d'un projet pilote que vous ne pouvez modifier en raison des douzièmes provisoires.

Nous sommes effectivement en affaires courantes, mais l'inquiétude qui découle de la situation dont question existait déjà auparavant. Comme je vous l'ai dit, en juillet 2018, vous aviez déjà été interpellée sur le sort du Centre Médical Hélicoptère de Bra-sur-Lienne. Une solution plus pérenne au sujet du financement de ce Centre aurait peut-être déjà dû être trouvée à l'époque. Entre-temps, la situation s'est dégradée. L'inquiétude des citoyens est de plus en plus grande. Une pétition a été lancée. À ce jour, elle a récolté près de 14 000 signatures. Des actions de soutien sont également organisées.

Je rappelle que ce Centre a prouvé, outre son efficacité et son utilité, le caractère sérieux de son travail puisqu'il rend, chaque année, un rapport minutieusement détaillé et complet de ses interventions.

Vu le travail de ce Centre mais aussi les données que ce dernier est à même de vous fournir, il serait temps d'envisager une solution pérenne pour son financement, son existence. Comme vous n'êtes pas en mesure de le faire aujourd'hui, je lance un appel à votre successeur.

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

04 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het dalend aantal zelfstandige apothekers" (55001806C)

- Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De sluiting van de kleine apotheken" (55002826C)

04 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La diminution du nombre de pharmaciens indépendants" (55001806C)

- Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La fermeture des petites officines pharmaceutiques" (55002826C)

04.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, het aantal apotheken is de voorbije tien jaar met ongeveer 300 gedaald, maar het aantal zelfstandige apothekers is gedaald met het dubbele.

Hebt u zicht op de belangrijkste beweegredenen voor zelfstandige apothekers om hun zaak over te laten aan een grotere organisatie? Heeft dat al of niet impact op de ziekteverzekering?

Uit onderzoek blijkt dat 8,8 % van de apothekers na zijn pensioen nog bijklust. Daarmee is het een van de sectoren waar bijklussen het vaakst voorkomt. Dat is heel uitzonderlijk. Hebt u hiervoor een verklaring?

Hebt u een idee van de omzetcijfers per patiënt in coöperatieve apotheken ten opzichte van de omzetcijfers per patiënt in een zelfstandige apotheek?

Graag had ik de omzetcijfers per patiënt en per apotheek vergeleken tussen Wallonië en Vlaanderen. Ik vernam namelijk uit de pers dat de gemiddelde omzet per apotheek per patiënt in Wallonië hoger zou zijn dan in Vlaanderen. Is dat juist? Hoeveel bedraagt het verschil in gemiddelde omzet?

Mijn laatste vraag ging over het moratorium, maar aangezien dat ondertussen verlengd werd, laat ik die vraag vallen.

04.02 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, madame la ministre, les petites officines souffrent de plus en plus de la concurrence très rude des grands groupes pharmaceutiques mais également des e-pharmacies qui ont le vent en poupe. Difficile pour ces petits indépendants de faire le poids face à ces mastodontes qui cassent les prix.

Certains n'hésitent pas à souligner le fait qu'ils ne sont évidemment pas logés à la même enseigne. Ils sont tenus au code de déontologie très contraignant de l'Ordre, alors que les parapharmacies et les e-pharmacies n'ont, elles, pas les mêmes obligations. Les petits indépendants ne disposent pas non plus de la force de frappe des grands groupes pharmaceutiques. Et surtout, ils n'ont pas les mêmes possibilités de développement.

Madame la ministre, quel est votre avis sur les inquiétudes exprimées par ces petits pharmaciens indépendants quant au risque de ne pas pouvoir lutter et de devoir fermer un jour leur commerce? Depuis l'implémentation de ces supermarchés du médicament et des produits de soins, des contrôles y ont-ils déjà été effectués? Une concertation avec les différents partenaires, comme l'Association pharmaceutique belge (APB) ou l'Office des pharmacies coopératives de Belgique (OPHACO) a-t-elle déjà eu lieu? Si non, pourquoi et quand pourrait-elle avoir lieu? Est-il aujourd'hui possible d'évaluer l'impact de l'ouverture de tels supermarchés en termes de consommation voire de surconsommation de médicaments mais également en termes d'automédication et, ce, afin de s'assurer de la protection des patients? Des initiatives nouvelles sont-elles envisagées concernant la qualité du maillage territorial des officines pharmaceutiques? Enfin, madame la ministre, pouvez-vous m'indiquer si tous les lieux où on délivre les médicaments ont les mêmes obligations légales et déontologiques?

04.03 Minister Maggie De Block: Dank u voor uw vragen, mevrouw Depoorter en mijnheer Rigot.

Mevrouw Depoorter, u bent zelf apotheker en u zult toch ook wel weten wat er in de sector omgaat en waarom het aantal zelfstandige apotheken en apothekers de voorbije jaren daalt. Ik houd het op een fenomeen van consolidatie van de markt, waar er toch een zekere oververzadiging was en is. Om de oververzadiging te minderen, heb ik het moratorium opnieuw verlengd tot 8 december 2024. Het betreffende KB van 5 december verscheen in het *Belgisch Staatsblad* van 6 december. Hiermee heb ik ook op uw zesde vraag geantwoord.

De ziekteverzekering ondervindt geen impact van fusies en/of verhuizingen van apotheken, omdat de terugbetaling afhankelijk is van een medisch voorschrift. Dat de apothekers actief blijven na hun pensioen, heeft er waarschijnlijk mee te maken dat de meeste apotheken een rechtspersoon zijn en de combinatie met het effectief genieten van een pensioen dus mogelijk is.

Wat uw vragen over de omzet van de apotheken betreft, de ziekteverzekering heeft alleen cijfers over de terugbetaling van geneesmiddelen, dus niet over de totale omzet van uw apotheek. Dat lijkt mij bij uw boekhouder bekend te zijn, maar niet bij mij. Zij hebben toch nog een omzet van producten die niet worden terugbetaald, als ik goed rondkijk in alle apotheken. Bovendien kan voor het RIZIV geen onderscheid worden gemaakt tussen zelfstandige en coöperatieve apotheken.

Monsieur Rigot, en ce qui concerne votre question, je peux vous répondre que le nombre de petites pharmacies indépendantes a effectivement diminué ces dernières années, ce en raison d'un phénomène de consolidation de marchés saturés. C'est notamment la raison pour laquelle un moratoire a été instauré

le 6 décembre 2019 et prorogé jusqu'au 8 décembre 2024. Les nouvelles pharmacies sont donc le résultat de fusions ou de déménagements de pharmacies existantes. Dans le cadre pluriannuel, pour le patient avec les pharmaciens d'officine, j'ai conclu le 15 mars 2017, avec les associations professionnelles (APB et OPACO), d'envisager un assouplissement des règles de fusion et de déplacement. Un local *extra-muros* lié à une pharmacie devrait donner la possibilité aux pharmaciens indépendants de développer également une activité via internet. Les bases légales et les arrêtés d'exécution sont prêts mais pas encore publiés.

Les grands groupes pharmaceutiques ou para-pharmaceutiques ainsi que les e-pharmacies se focalisent en premier lieu sur les médicaments non remboursables et les produits de soins. Pour les médicaments, les normes de qualité et de délivrance en vigueur ainsi que les contrôles effectués par l'inspection de l'AFMPS sont les mêmes pour toutes les pharmacies, qu'elles soient grandes ou petites. Les grandes pharmacies peuvent, bien entendu, optimiser leur rentabilité. Cela leur permettrait de travailler avec des marges plus faibles au profit des patients. Les pharmaciens indépendants se sont, par contre, tous mis d'accord pour appliquer le prix maximum autorisé pour des médicaments non remboursés.

En ce qui concerne l'assurance soins de santé, les médicaments remboursables le sont tous sur prescription médicale. La surface de la pharmacie n'a donc aucune influence sur les dépenses ni sur la surconsommation de médicaments remboursables.

En ce qui concerne les risques d'automédication, je puis vous assurer que les règles déontologiques et les règles de bonne pratique pharmaceutique sont les mêmes pour tous les pharmaciens, qu'ils travaillent dans une grande pharmacie, en e-pharmacie ou comme indépendant dans une pharmacie ouverte au public. Ils sont donc responsables pour prodiguer des conseils et assurer l'accompagnement du patient dans le cadre de son traitement médical.

04.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, ik weet waarom er minder zelfstandige apothekers zijn. Er zijn heel weinig sectoren die jaar na jaar een margedaling hebben meegemaakt. De zelfstandige apotheken is een van die sectoren. Dat stemt tot bezorgdheid.

Wanneer wij naar grote concerns evolueren, zullen wij heel sterk over de deontologie van de apotheek moeten waken. Zoals de heer Rigot opmerkte, loert overconsumptie ook om de hoek.

Nog deze week hebben patiënten mij een niet-geadresseerde en dus lukrake bon getoond die overal in Vlaanderen met een kortingscode in de brievenbussen wordt gestopt. Daarop staat een korting van 20 %.

Dat geldt inderdaad voor de niet-terugbetaalde medicatie. Dat hebt u correct geantwoord. Indien wij echt naar de volksgezondheid en naar de overconsumptie van geneesmiddelen, pijnstillers en andere kijken, moeten wij dergelijke acties echt wel in de gaten houden.

Een concern zal er een andere ideologie op nahouden dan een zelfstandige apotheker in een beroepsvereniging. Het is aan het Parlement om over de volksgezondheid te waken.

04.05 Hervé Rigot (PS): Madame la ministre, ma collègue a bien résumé les craintes que nous pouvons légitimement ressentir. En effet, nous redoutons que l'e-commerce et les grands groupes pharmaceutiques ne facilitent davantage encore l'automédication, puisque le pharmacien ne pourra ni prodiguer de conseils ni orienter le patient en le responsabilisant. Il existe aussi un risque de surconsommation. Non seulement, cela mettra le patient en danger, mais engendrera aussi un coût pour la sécurité sociale.

Il convient ensuite de veiller à protéger les zones les plus isolées et d'y garantir la présence de pharmacies. À ce titre, je me réjouis d'entendre que vous allez élaborer des textes visant à assurer une flexibilité et serai très heureux d'en prendre connaissance. En tout cas, soyons attentifs à ce que cette présence soit garantie sur tout le territoire, quitte à recourir à des incitants et, peut-être, à des contraintes à destination des grands groupes pharmaceutiques qui n'auraient pas l'intention d'aller se perdre dans les zones les plus inaccessibles ou les moins rentables. Et cela serait appliqué, bien entendu et avant tout, dans l'intérêt du patient.

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

05 Vraag van Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en

Migratie) over "De implementatie van de FMD in de apotheek" (55001810C)

05 Question de Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'implémentation des FMD dans les pharmacies" (55001810C)

05.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, de implementatie van de Falsified Medicines Directive (FMD) in de apotheek heeft als doel om de patiënt garanties te geven over de authenticiteit van zijn geneesmiddel, alsook om de farmaceutische industrie in haar strijd tegen vervalsing en namaak bij te staan.

In maart 2019 heeft de APB u een brief geschreven met een bezorgdheid over de kosten die de implementatie van dit systeem voor de apothekers met zich zou brengen. Vorige week of twee weken geleden hebben de beroepsverenigingen u een gelijkaardige brief geschreven met hun bezorgdheid over de meerkosten die zij hebben moeten dragen voor de digitalisering van de Falsified Medicines Directive. De apothekers hebben de laatste jaren veel inspanningen gedaan om te digitaliseren. Het werkt niet altijd even goed. Vanmorgen lag het eHealth-systeem weer plat, maar het is uiteraard wel een handige werktuig. Toch dragen zij al die kosten zelf, terwijl andere zorgverstrekkers kunnen via Impulseo of Impulsfonds een beroep op de overheid kunnen doen.

Mevrouw de minister, klopt het dat voor de opdrachten voor de implementatie die zijn uitgeschreven door de overheid en haar opdrachthouders alleen rekening is gehouden met de implementatie tot aan de deur van de apotheek? Zo ja, kan er een tegemoetkoming zijn voor de kosten die de apothekers hebben gemaakt?

Het gaat om 450 euro aan softwarekosten die wordt doorgerekend. Bovendien hebben de apothekers, zonder dat ze daarvoor zijn gewaarschuwd, nieuwe scanners moeten kopen. Dat gaat om 500 euro per scanner. Een gemiddelde apotheker heeft er gemakkelijk twee. Het gaat dus over minimum 1 450 euro per apotheker.

Voorziet u in een vergoeding of tegemoetkoming aan de apothekers voor deze opgelegde aanpassingen?

Hoe zal u reageren op de brieven die de apothekers u hebben toegestuurd?

05.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Depoorter, voor de implementatie van dit systeem moeten we de Europese wetgeving ter zake volgen, met name richtlijn 2001/83 en de gedelegeerde verordening 2016/161. Deze bepalen duidelijk dat de kosten voor de ontwikkeling van het systeem door de fabrikanten van de geneesmiddelen moeten worden gedragen.

Het systeem voorziet in een aantal functionaliteiten die intensief door de apothekers zullen worden gebruikt, zoals de verificatie van een verpakking. Men doet dit via een interface waaraan de apothekerssoftware zal worden gekoppeld. Op die manier wordt vermeden een apart systeem te bouwen dat naast de normale apotheeksoftware draait. Het scannen van een barcode kan daarmee volledig geïntegreerd worden in de normale afleveringsflow. Ik voeg eraan toe dat de regelgeving de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van het systeem bij de sector heeft gelegd, dit precies met de bedoeling om zo kostenefficiënt mogelijk te zijn. De overheid komt dus niet tussenbeide in de financiering van het systeem.

Trouwens, het systeem van de Falsified Medicines Directive komt de volksgezondheid ten goede aangezien het erop gericht is te vermijden dat vervalste geneesmiddelen aan de patiënt worden geleverd. Dat is een verantwoordelijkheid van de hele productie- en distributieketen. Het lijkt mij dan ook een essentieel element van het takenpakket van de apotheker te zijn.

Het verificatiesysteem vereiste investeringen op diverse niveaus. Ten eerste, moesten de fabrikanten hun productielijnen fysiek aanpassen om de 2D barcode aan te brengen en software ontwikkelen om deze codes te beheren en op te laden in het systeem. Vervolgens moeten distributeurs hun software aanpassen om ze te koppelen aan het verificatiesysteem en scanners aankopen. De sector moet het softwaresysteem in overleg uitwerken; hiervoor werden de European Medicines Verification Organisation en de Belgian Medicines Verification Organisation opgericht. Ten slotte, moeten de apothekers de scanners aankopen en hun software laten aanpassen.

De FMD voorziet in een lange overgangperiode. In combinatie met de gemiddelde levensduur van een scanner van ongeveer vier jaar biedt dit de apothekers de mogelijkheid om bij gebeurlijke vernieuwing van een scanner een 2D compatibel model aan te schaffen.

De regeling is zo opgesteld om de kosten op een billijke wijze te verdelen. De apothekers hebben niet moeten bijdragen aan de ontwikkeling van het verificatiesysteem. Dat was een grote kost die ten laste van de fabrikanten viel. Ik meen dat we voorlopig geen veranderingen aan deze regeling moeten aanbrengen.

05.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, de Europese wetgeving zegt inderdaad dat de fabrikant in de aanpassingen moet voorzien. We zijn het er ook volledig mee eens dat dit de volksgezondheid ten goede komt.

Wat de overgangperiode betreft, meen ik echter dat u een fout gemaakt hebt. Van het ene op het andere moment zijn de lineaire barcodes vervangen door de URL-codes die niet gelezen kunnen worden door de scanners. Het is dus absoluut niet correct te stellen dat er een overgangperiode is van drie jaar, want de apothekers stonden met de rug tegen de muur. Ze moesten onmiddellijk overgaan tot de aankoop van een andere scanner en ze moesten de implementatie van de software zelf dragen.

Mevrouw de minister, ik stel voor dat u dat nog eens nakijkt. In een sector die het al heel moeilijk heeft, is een verschil van 1.500 euro significant.

05.04 Minister Maggie De Block: Ik zal dat navragen. Wat ik geantwoord heb, is gebaseerd op informatie die ik gekregen heb. Mogelijk kan er van op het terrein meer accurate informatie komen.

05.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Die unieke barcodes konden niet gelezen worden. Bovendien, de volgende maand al geven de tarifieringcentra een status door, waaruit blijkt dat een bepaald percentage unieke barcodes niet ingelezen werd. Als apotheker rest dan slechts de mogelijkheid te investeren, aangezien het risico bestaat dat de gelden niet uitbetaald worden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 22.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.22 uur.