Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 6 JUIN 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 6 JUNI 2023

Namiddag

Le développement des questions commence à 16 h 19. La réunion est présidée par M. Thierry Warmoes.

De behandeling van de vragen vangt aan om 16.19 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés par les auteurs.

De teksten die in cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.

01 **Vraag van Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vrije keuze van zorgverstreker en de wet betreffende de patiëntenrechten" (55036055C)**

01 **Question de Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le libre choix du prestataire de soins et la loi relative aux droits du patient" (55036055C)**

01.01 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, uit een onderzoek van het Vlaams Patiëntenplatform, dat niet toevallig op 18 april van dit jaar werd gepubliceerd, bleek onder meer dat één patiënt op de drie zijn zorgverlener niet altijd zelf kan kiezen. Van de mensen die niet altijd zelf kunnen kiezen, gaf een op de drie aan dat de arts van zijn keuze een patiëntenstop had ingevoerd. Daarnaast gaf één patiënt op de vier aan dat er te weinig geconventioneerde zorgverstrekkers waren in de regio. Die cijfers bevestigen de verhalen die mij bereiken van patiënten die geen zorgverstreker vinden of er lang op moeten wachten, zeker als het over een geconventioneerde zorgverlener gaat.

Dit staat haaks op wat ook een kernvraag vandaag is, namelijk de vrije keuze van een zorgverlener. Dat is een van de zeven essentiële principes uit de twintigjarige wet inzake patiëntenrechten.

Enkele maanden geleden, op 9 december 2022, heeft het Parlement een resolutie goedgekeurd waarin een update van de wet inzake patiëntenrechten werd gevraagd. U bent daarmee aan de slag gegaan en hebt een ontwerp gemaakt op basis van de resolutie, waarop een brede feedbackronde is gevolgd. Alle stakeholders die van dicht of van ver bij de modernisering van de wet inzake patiëntenrechten betrokken zijn, kregen tot en met 18 april 2023 de mogelijkheid om in alle transparantie feedback te geven. Als rapporteur van de resolutie destijds en als verdediger van patiëntenrechten ben ik benieuwd naar de resultaten.

Ten eerste, hoeveel reacties hebt u uiteindelijk via die feedbackronde ontvangen van individuen en organisaties?

Ten tweede, wat was het profiel van deze individuen en organisaties?

Ten derde, kunt u ons iets meer vertellen over de inhoud van de reacties? In welke richting gingen die?

Ten vierde, met welke reacties hebt u rekening gehouden en met welke niet, en waarom?

Ten vijfde, wanneer mogen we het herwerkte ontwerp in het Parlement verwachten?

Ik heb nog een bijkomende, specifieke vraag. Het recht op vrije keuze van een zorgverstreker is een van de zeven belangrijke principes. Welke reacties hebt u op dit punt ontvangen? Hoe zult u die vertalen in het wetsontwerp? Zijn er maatregelen op komst om dit in de praktijk te versterken?

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Vanpeborgh, om te beginnen ben ik tevreden dat ik u kan zeggen dat wij een heel goede respons hebben gekregen op het eerste ontwerp van aanpassing van de wet op de patiëntenrechten, dat we met het brede publiek hebben gedeeld via mijn website. Meer dan 5.000 bezoekers bezochten de Nederlandstalige teksten op mijn website, terwijl bijna 3.000 bezoekers de pagina met de Franstalige teksten consulteerden. We ontvingen ook 295 reacties per mail. Dat is ruw gesteld ongeveer een 220-tal, inclusief kettinmails. Er waren immers een paar organisaties die meerdere mensen hetzelfde lieten sturen. Het waren er niet zo veel, maar dat speelde wel een beetje mee.

In het algemeen waren de reacties positief. Men drukte zich positief uit over een of meerdere voorstellen en men stond positief tegenover de mogelijkheid om suggesties of reacties te kunnen meegeven.

Wat de achtergrond van de respondenten betreft, kan ik u zeggen dat iets meer dan de helft van de reacties afkomstig is van burgers. De tweede meest vertegenwoordigde groep zijn de organisaties. Zij zorgden voor een vierde van de input. Verder ontvingen we reacties van individuele zorgverstrekkers, goed voor 15 %. Mensen met een zekere expertise in het domein door hun professionele achtergrond, zoals mensen die een ombudsfunctie bekleden, vormen de overige 6 %. Ik heb een gedetailleerde tabel, maar ik zal deze niet voorlezen. Ik zal ze u onmiddellijk geven en aan het secretariaat bezorgen. Wat daarin naar voren komt is wel interessant.

De ontvangen feedback van burgers geeft een interessante kijk op hoe mensen de rechten van de patiënt aan den lijve ondervinden. Het recht op informatie en vragen over het patiëntendossier zijn duidelijk thema's die daarboven uitsteken. Die thema's vertegenwoordigen samen de helft van de reacties bij de burgers. Daarnaast hecht de groep van de burgers meer aandacht aan het recht op bijstand en aan het recht op geïnformeerde toestemming.

Ik heb een tiental thema's onderscheiden. Ik kan u die ook in tabelvorm geven, maar ik zal dat nu niet in detail overlopen. Vrije keuze is in 4,5 % van de reacties van de burgers een thema. Dat is dus niet zo dominant, maar wel aanwezig. Ik kom daar straks nog op terug.

De organisaties zijn de tweede belangrijkste groep van afzenders. Zij bezorgden veeleer hun integrale visie op het voorontwerp. Zij reageerden over het algemeen op de meeste artikelen, waardoor ik geen verder onderscheid geef tussen de thema's die zij bespreken. Ik ga echter dadelijk wel nog in op een aantal punten waarvan ik meen dat op basis van die reacties een bijsturing van het eerste ontwerp wenselijk is.

Van de zorgverstrekkers komen opmerkingen of vragen bij het recht op informatie en de geïnformeerde toestemming, opmerkingen over het klachtenrecht en over de planlast. Er komen ook vragen over 'plichten van de patiënt'. Mevrouw Vanpeborgh, dat alles moet u eigenlijk lezen als een pleidooi om voldoende evenwicht te houden in de wet. Dat is iets waarvoor wij niet ongevoelig mogen zijn. Ik kom daar dadelijk op terug.

Ik heb hier ook een tabelletje met een overzicht van de themata die wij terugvinden bij de individuele zorgverstrekkers. Bij het bekijken daarvan voelt men de bezorgdheid van de zorgverstreker om een evenwicht te behouden tussen enerzijds de manier waarop hij zijn rol goed speelt, zichzelf goed en gerespecteerd voelt en effectief kan werken, en anderzijds het recht van de patiënt.

Mijn beleidscel en de experts die ik aan het werk heb gezet, hebben alle reacties geanalyseerd. Wij zijn aangenaam verrast door de concrete en waardevolle reacties die wij op het ontwerp hebben ontvangen. De consultatie is zeer interessant gebleken. Wij zijn daarmee aan de slag gegaan en hebben al een nieuw en – wat mij betreft – definitief voorontwerp, dat in vertaling is van het Nederlands naar het Frans. Ik zal het eerstdaags aan de regering bezorgen, om dan binnen de regering op het niveau van een interkabinettenwerkgroep de bespreking aan te vatten. Ik hoop dat ik het ontwerp nog voor het zomerreces in een eerste lezing aan de ministerraad kan voorleggen.

Ik hoop dat u het mij niet kwalijk neemt, maar ik wil u vandaag niet in alle details meegeven welke

aanpassingen ik doorvoer bij wat ik indien bij de regering. Ik ben namelijk van mening dat mijn collega's in de regering dat vervelend zouden vinden.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, mag ik u onderbreken? Uw spreektijd is ruim opgebruikt. Wij komen uiteraard nog op dit onderwerp terug, dat belangrijk is voor de commissie. Kunt u dus uw antwoord beperken?

01.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik zal mijn pas versnellen.

Ik zal wel een aantal aandachtspunten meegeven. Zoals ik eerder aangaf zijn dat het evenwicht tussen verstrekker en patiënt, planlastinformatiebetrekking en voorwaarden om tot een goede gezondheidszorg te komen. Dat is natuurlijk evident. Wij moeten verder ook nadenken over een thema dat ik 'goed patiëntschap' zou willen noemen en ook over een aantal waardevolle juridische suggesties met betrekking tot informatie op maat en gezondheidsdoelen, teneinde ze duidelijker te formuleren.

Bij alles wat te maken heeft met zorgplanning en wilsverklaringen vragen mensen verduidelijking. Dat werd positief onthaald, maar men wil het verduidelijkt hebben. Met betrekking tot het patiëntendossier moet er aandacht zijn voor de digitale evolutie. We krijgen ook voorstellen om het klachtenrecht te herschrijven. Verder moet de ombudsfunctie worden versterkt.

Wat betreft het recht op vrije keuze, daar moet vooral een feitelijkheid worden gerealiseerd doordat men inderdaad voldoende en kwalitatief hoogstaand aanbod heeft. Dan komen we opnieuw bij het debat dat we deze middag hadden over het aantal mensen dat instroomt en over de organisatie van het aanbod.

Mevrouw Vanpeborgh, ik bezorg u meer details op papier.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, wij komen hier zeker nog op terug aangezien dit een voorafname was op de bespreking van uw wetsontwerp.

01.04 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik ben heel verheugd te zien dat er veel respons is gekomen van burgers, organisaties, individuele zorgverstrekkers en de niet te onderschatten restcategorie. Ik ben heel benieuwd naar de details, maar ik heb begrepen dat u die aan het secretariaat zult bezorgen. Ik heb er alle begrip voor dat dit eerst binnen de regering moet worden besproken voor u kunt aangeven waar er effectief wijzigingen zullen worden doorgevoerd. Ik ben benieuwd naar het debat daarover in deze commissie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 **Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réduction du délai de remboursement pour les consultations préopératoires en anesthésie" (55036695C)**

02 **Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verkorting van de terugbetalingstermijn voor preoperatieve anesthesieconsulten" (55036695C)**

02.01 **Patrick Prévot (PS)**: *Monsieur le ministre, en décembre 2020, la demande formulée par les anesthésistes concernant un remboursement de la consultation préopératoire en anesthésie avant un séjour hospitalier avait été prise en compte, avec l'approbation du comité de l'assurance pour un tel remboursement conditionné à des prestations ayant lieu "au plus tard huit jours avant l'opération prévue".*

Pour les professionnels du secteur, le potentiel d'économies offert par la consultation préopératoire n'a pas été suffisamment pris en compte. Cette consultation permettrait en outre de diminuer le taux d'annulations opératoires et d'anticiper les complications évitables de manière générale.

Les anesthésistes rappellent que les recommandations des sociétés scientifiques et les usages dans d'autres pays européens suggèrent que cette consultation préopératoire peut se faire jusqu'à 48 heures avant l'intervention.

La réduction de ce délai améliorerait, selon les spécialistes, la qualité continue des soins sans impact direct sur le budget global des médecins et s'inscrirait dans la droite lignée de l'appropriate care visant à limiter la durée de séjour hospitalier.

Monsieur le ministre, pour quelles raisons ce remboursement a-t-il été conditionné à 8 jours en 2020? Estimez-vous aujourd'hui envisageable et souhaitable de réduire ce délai comme le suggèrent les anesthésistes? Un travail de réflexion avec le secteur est-il en cours dans ce cadre? Cela pourrait-il selon vous avoir un impact sur la qualité et l'accessibilité des soins aux patients? Qu'en est-il actuellement au sein des autres pays européens et qu'en est-il des recommandations internationales dans ce cadre?

Je vous remercie pour vos réponses.

02.02 Frank Vandembroucke, ministre: Monsieur le président, monsieur Prévot, vous demandez pourquoi ce remboursement a été conditionné à huit jours en 2020. Les huit jours correspondent aux *guidelines* internationales scientifiques pour permettre une prise en charge optimale lors d'une consultation préanesthésie au moment de la validation du projet. L'objectif scientifiquement soutenu était que l'évaluation préopératoire et préanesthésique ait lieu à temps, à savoir au plus tard huit jours avant l'opération prévue.

Cela permet ainsi d'examiner physiquement le patient, de prévoir des examens médicaux ou techniques supplémentaires, d'en évaluer les résultats et, si nécessaire, d'adapter la technique avant l'opération. D'autres avantages complémentaires en matière d'organisation sont entre autres: éviter un report imprévu d'une opération le jour même de l'intervention (par exemple, s'il s'avère que le patient n'a pas arrêté à temps ses anticoagulants oraux), mieux planifier les opérations (par exemple, un patient allergique au latex en premier, un patient infecté MRSA en dernier sur la liste des opérations), prévoir une admission planifiée aux soins intensifs, convertir une hospitalisation initialement de jour en une hospitalisation classique pour des raisons médicales, donner des informations plus étayées aux patients sur le déroulement préopératoire.

Un délai plus court ne permettrait pas de prévoir des éventuels examens complémentaires dans les temps pour ne pas devoir postposer l'opération et cela rendrait donc la consultation inutile ou superflue. L'ancien code prévoit quarante-huit heures mais il était valable uniquement en hôpital de jour et ne couvrait pas tout à fait les mêmes indications.

Lors des discussions au Conseil technique médical et à la Commission nationale médico-mutualiste, les anesthésistes insistaient déjà pour que le délai ne dépasse pas trois jours mais la littérature scientifique ne permettait pas de justifier un délai si court. La proposition de huit jours a donc été validée.

Pour que le délai soit raccourci, il faudrait une nouvelle demande au Conseil technique médical reprenant des preuves scientifiques de l'efficacité de ce type de consultations lorsqu'elles sont effectuées.

02.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

J'entends qu'il faudrait qu'une nouvelle demande parvienne afin que l'on puisse réévaluer un raccourcissement du délai. Les anesthésistes ainsi que d'autres recommandations scientifiques suggèrent que le délai ne dépasse pas trois jours. Selon certains, dans la plupart des cas, cette consultation préparatoire devrait même avoir lieu dans les quarante-huit heures avant l'intervention.

J'ai pris acte de votre réponse. Je ne doute pas que les anesthésistes qui nous ont contactés en prendront connaissance et introduiront une nouvelle demande le cas échéant.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Questions jointes de

- Laurence Zanchetta à Alexia Bertrand (Budget et Protection des consommateurs) sur "Les crèmes solaires ne garantissant pas la protection annoncée" (55036825C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les crèmes solaires ne garantissant pas la protection annoncée" (55036855C)
- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport de Testachats sur les crèmes solaires" (55037140C)

03 Samengevoegde vragen van

- Laurence Zanchetta aan Alexia Bertrand (Begroting en Consumentenbescherming) over "Zonnecrèmes die niet de beloofde bescherming bieden" (55036825C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Zonnecrèmes die niet de beloofde bescherming bieden" (55036855C)
- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport van Testaankoop over de zonnecrèmes" (55037140C)

03.01 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, Testachats a récemment publié son rapport annuel qui concerne les crèmes de protection solaire et leur efficacité. Le rapport en question révèle qu'une crème de la marque Naïf Mineral Sunscreen ne fournit pas la protection annoncée.

En outre, Testachats rappelle que trois produits précédemment testés et se révélant non conformes à la protection renseignée sont toujours en vente en Belgique. L'organisation de protection des consommateurs précise avoir communiqué les résultats de ses tests aux SPF Santé et Économie.

Monsieur le ministre, y a-t-il eu d'autres signalements récents concernant des crèmes solaires ne fournissant pas la protection annoncée?

Avez-vous pris connaissance de ce rapport de Testachats et des résultats communiqués à votre administration?

Des initiatives sont-elles prévues à l'égard des produits visés dans le rapport le plus récent ainsi que dans les rapports antérieurs?

Je vous remercie pour votre réponse.

03.02 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, telkens de zon begint te schijnen, komen wij met vragen over zonnecrèmes. Het staat buiten kijf dat we moeten blijven smeren en soms wordt onze bezorgdheid verkeerd geïnterpreteerd. Maar wij mogen ook eisen dat de zonnecrèmes voor mens en milieu 100 % veilig zijn.

In een rapport riep Testaankoop vorige week nogmaals op om octocryleen en homosalaat uit voorzorg uit de handel te nemen. Testaankoop heeft daar vorig jaar een groot onderzoek rond gedaan en zegt dat het die zonnecrèmes uit principe niet meer test omdat die twee ingrediënten voor hen niet voldoen aan het criterium van 100 % veilig voor mens en milieu.

Zoals collega Zanchetta al zei, blijkt in labotests voorts dat sommige crèmes niet beantwoorden aan de beloofde filter.

Hoe staat u tegenover de oproep van Testaankoop om de ingrediënten octocryleen en homosalaat te bannen? Zij blijken immers hormoonverstoring te werken. Wij hebben hier al veel gesproken over het NAPED, het nationaal actieplan voor hormoonverstoorders. Hoe rijmt u die twee?

Vorig jaar haalde het merk Biosolis de beloofde filters niet, dit jaar is dat het geval bij Naïf. Ik ken die merken goed, omdat zij werken op basis van een minerale filter. Ik heb ook de founder van Naïf gecontacteerd met de vraag wat hij daarvan vindt. Hij zegt dat men de testen die worden gebruikt voor een chemische filter niet een-op-een kan gebruiken voor een minerale filter, want volgens hem houdt de test geen rekening met de absorptie van zonnestralen en met de UV-reflectie, en net dat is wat de minerale filter doet. Die gaat meer reflecteren en minder absorberen. Kan dat zo zijn? Hoe denkt u

daarover? Wat zeggen uw diensten daarover? Het blijkt een terugkerend fenomeen, want het zijn nu weer minerale filters die de beloofde SPF niet blijken te halen. Kunnen wij daar in de toekomst op anticiperen? Zijn er mogelijkheden om daar met een open blik naar te kijken?

03.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, je vais commencer par les questions de Mme Zanchetta, et puis je reviendrai aux questions de Mme Creemers.

Madame Zanchetta, mis à part via les communications et échanges avec Testachats, nous n'avons pas eu d'autres signalements. Fin avril 2023, Testachats a envoyé au SPF Santé publique son projet de communiqué de presse à la suite des tests des produits solaires qu'elle a effectués. Celui-ci contenait l'information que la protection d'un produit de protection solaire de la marque Naïf ne satisferait pas aux valeurs annoncées.

Le service d'inspection du SPF Santé publique a directement pris en charge le dossier. La première étape a été de déterminer qui était la personne responsable des produits de la marque Naïf. Celle-ci étant établie aux Pays-Bas, le SPF a pris contact avec l'autorité de contrôle néerlandaise par le biais de l'ICSMS, la plateforme européenne d'échange d'informations sur les contrôles de produits non alimentaires. C'est à leur service d'inspection d'entamer les démarches nécessaires dans l'évaluation des produits.

Le dossier a été pris en charge dès le lendemain de notre notification. Le SPF Santé est actuellement en attente d'un retour de leur part. Si, sur la base du retour de l'autorité de contrôle néerlandaise, il s'avère qu'il existe un risque réel pour la santé publique, nous entamerons les procédures nécessaires pour le retrait du marché.

Concernant les précédents rapports, plus précisément à propos de la marque Biosolis, l'enquête suit son cours. Il s'est avéré l'année dernière que les tests effectués par la marque pour mesurer le facteur de protection solaire n'étaient pas conformes aux normes européennes. La vente des produits avait alors été suspendue jusqu'à la réception de nouveaux tests selon les bonnes normes. La marque a fourni des résultats conformes durant l'été et la vente a pu reprendre.

Un consultant externe a été désigné pour analyser le rapport. Ce travail externe vise à confirmer la conformité déjà constatée par nos services des tests réalisés et des résultats obtenus aux normes harmonisées, mais également à déterminer les raisons possibles qui expliqueraient les différences de résultats entre les analyses effectuées par Testachats et celles effectuées par Biosolis.

Mevrouw Creemers, uw vraag ging over het mogelijk bannen van octocryleen en homosalaat, die hormoonverstorend werken. Cosmetische producten worden op Europees niveau gereguleerd door verordening 1223/2009. Uv-filters zijn stoffen die alleen in cosmetische producten mogen voorkomen als ze een positief advies hebben gekregen van het Europees Wetenschappelijk Comité voor consumentenveiligheid (SCCS).

De stoffen die vermoedelijk hormoonverstoorders zijn, worden nu op Europees niveau herbeoordeeld. Die herbeoordeling wordt uitgevoerd door het SCCS, dat zich baseert op de recentste gegevens en rekening houdt met de blootstellingsvoorwaarden voor elke productcategorie. De meest recente adviezen over octocryleen en homosalaat dateren van 2021. Het gebruik ervan werd gewijzigd in juli 2022 voor octocryleen en in december 2022 voor homosalaat. Het gaat dan respectievelijk over verordening 2022/1176 en verordening 2022/2195. Voor een nieuwe herbeoordeling van de stoffen zijn nieuwe wetenschappelijke gegevens nodig.

In juni 2022 werd een nationaal actieplan voor hormoonverstoorders aangenomen. Dat plan houdt rekening met hormoonverstoorders die op Europees niveau geïdentificeerd en/of verdacht zijn. De acties uitgevoerd door onze FOD en opgenomen in het actieblad B.1, dragen in het bijzonder bij tot een vooruitstrevendere Europese wetgeving ter bescherming van kwetsbare bevolkingsgroepen op het vlak van zowel de gezondheid als het leefmilieu.

De herziening van de cosmeticaverordening van de Europese Commissie en het in aanmerking nemen van hormoonverstoorders in dat kader, zal opgevolgd worden door de experts van de FOD Volksgezondheid, meer bepaald na de recente goedkeuring van een nieuwe gevarenklasse specifiek voor hormoonverstoorders in de Europese CLP-verordening.

Dan kom ik aan uw tweede vraag. Fabrikanten van zonnefilters gebruiken drie ISO-normen om de zonbeschermingsfactoren te beoordelen. Die normen gebruiken mogelijk niet-gecorrleerde in-vivomethodes die misschien niet geschikt zijn voor minerale filters. De Europese Commissie is van plan om vanaf dit najaar een speciale werkgroep op te richten om de problemen met zonnebrandcrèmes te bestuderen, in het bijzonder de verschillen in resultaten. Wij volgen die discussies actief. Voor de Biosolisproducten hebben wij een onafhankelijk expert de opdracht gegeven om de testrapporten te analyseren, zoals eerder gezegd.

03.04 Laurence Zanchetta (PS): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse.

On sait que si on s'expose sans protection au soleil, on risque des cancers de la peau et, dans ce cadre, on sait aussi que les crèmes solaires représentent un moyen supplémentaire de limiter les risques de développement de mélanomes. Particulièrement à cette époque de l'année où le soleil revient et où on y est exposé, il est vraiment nécessaire de faire preuve de vigilance quant au contrôle de ces produits de protection solaire.

03.05 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik ben zeker over dat laatste optimistisch. Als er op Europees niveau wordt gekeken naar de specificiteit van de minerale filters, dan hoop ik dat het volgend jaar misschien anders kan.

Volgens de mensen bij Naif, met wie ik in contact stond, scoorde het product in de eerste test in Nederland door de Consumentenbond aldaar ook lager dan de aangekondigde 30 SPF, terwijl het resultaat na het hertesten goed was. Ik veronderstel dat dat nieuws ook via officiële weg tot bij u zal geraken en dat dat in orde is.

Testaankoop zegt niet voor niets dat het niet meer communiceert over producten die octocryleen en homosalaat bevatten, omdat het oordeelt dat het voorzorgsprincipe gehanteerd moet worden en er voldoende wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn om die twee producten niet meer te gebruiken.

We zouden als lidstaat ook het voorzorgsprincipe kunnen hanteren en niet op Europa wachten. Het zou een mooi signaal zijn dat aantoont dat wij wel opkomen voor onze kwetsbaren.

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

04 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accès aux médicaments innovants comme le Tibsovo" (55036853C)

04 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegang tot innovatieve geneesmiddelen zoals Tibsovo" (55036853C)

04.01 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, récemment, la presse faisait fait état du cas particulier du Tibsovo, un traitement permettant d'améliorer – en dernier recours – l'espérance de vie des patients atteints de leucémie aiguë myéloïde.

Ce médicament n'en est actuellement chez nous qu'au stade d'essai clinique et n'est donc pas remboursé. Les patients qui ont besoin d'un tel traitement doivent donc aujourd'hui s'adresser directement à la société pharmaceutique pour se procurer le médicament, à un prix exorbitant.

Pourtant, en France, il semble y avoir eu des démarches pour avoir ce qu'on appelle un *medical need program*, les autorités françaises ayant donné un accès à ce médicament avec un remboursement urgent pour ces patients, vu que cela concerne une niche et vu qu'il n'y a pas d'alternative thérapeutique.

Monsieur le ministre, confirmez-vous la mise à disposition et le remboursement de ce traitement en France?

Comment expliquez-vous qu'il en soit autrement dans notre pays? Ce médicament pourrait-il faire

l'objet d'une procédure permettant de donner accès plus rapidement à des médicaments innovants?

Le Fonds spécial de solidarité pourrait-il intervenir vu la mise à disposition et le remboursement de ce traitement en France?

De nouvelles initiatives sont-elles aujourd'hui envisagées pour permettre une mise à disposition encore plus rapide des traitements et médicaments innovants?

04.02 Frank Vandembroucke, ministre: Je confirme d'abord que le 27 avril, la Haute Autorité de santé en France a accordé à cette spécialité pharmaceutique une autorisation d'accès précoce dans le traitement des patients ayant une leucémie aiguë myéloïde nouvellement diagnostiquée avec mutation IDH1R132, non éligible à la chimiothérapie intensive et aux alternatives disponibles, en association avec l'Azacitidine.

S'agissant de votre deuxième question, en pratique, c'est le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché qui prend l'initiative pour un tel programme, dans le cadre d'un *unmet medical need*, en faisant une demande à l'AFMPS. À ce jour, l'AFMPS n'a reçu aucune demande de la part du titulaire pour établir un tel programme. Cependant, la firme a fait une telle demande en France, qui a été acceptée par l'agence française. Dans l'attente d'un éventuel remboursement et pour permettre un accès plus rapide pour le patient, un programme médical d'urgence pourrait être mis en place.

Depuis le 23 février, le Tibsovo a reçu une opinion positive du comité pour les médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments (EMA) et, au début du mois de mai, cette même Agence a délivré à la firme une autorisation de mise sur le marché pour le Tibsovo dans cette indication.

Conformément à l'arrêté royal du 1^{er} février 2018, avec un tel avis positif du comité de l'EMA, la firme a la possibilité de soumettre un dossier de demande de remboursement auprès de la CRM pour que celui-ci soit déjà évalué. À ce stade, la firme n'a pas encore entrepris cette démarche pour déposer un dossier. La commission n'a pas encore pu se pencher sur l'analyse de ce produit, vu qu'aucun dossier ne lui a été soumis.

Nous avons eu des contacts avec la firme pour nous enquérir de son intention de mettre ce médicament à la disposition des patients belges. Nous avons été informés que la firme préparait un dossier pour la CRM, qu'elle a l'intention de soumettre prochainement. La firme a dit également qu'elle avait déposé un dossier de demande d'étude de phase 3B pour ce médicament, dans les deux indications pour lesquelles elle a reçu l'autorisation de l'EMA.

De cette manière, la firme veut accorder l'accès aux patients belges en attendant un éventuel remboursement, et en même temps collecter des données supplémentaires sur l'expérience locale avec le produit, l'étude pilote ayant été menée aux États-Unis. Pour ce qui est du début de cette étude en Belgique, elle n'a pas encore pu donner de dates, qui dépendent de l'approbation attendue entre fin juin et début septembre.

En ce qui concerne votre troisième question, le Fonds spécial de solidarité est un filet de protection supplémentaire de la couverture ordinaire de l'assurance obligatoire soins de santé, mais ce n'est pas la mission du Fonds de fournir un circuit parallèle au mécanisme de remboursement régulier en Belgique si un certain médicament est disponible à l'étranger. Afin d'obtenir un remboursement éventuel du Fonds, chaque patient doit introduire un dossier correct et complet par le biais de sa mutualité. Le fonds est intervenu à deux reprises dans les frais de ce traitement, en 2021 et 2022.

Il appartient uniquement au Collège des médecins directeurs d'évaluer chaque demande auprès du Fonds en fonction des critères de l'article 25 de la loi, sur la base de toutes les données dans le dossier. Il est également important de noter que même si le Collège des médecins directeurs accepte d'accorder une intervention financière dans un cas spécifique, cela n'implique pas automatiquement qu'il paiera l'intégralité des factures. Le Collège bénéficie d'un pouvoir discrétionnaire pour fixer le montant de l'intervention du Fonds, dans les limites d'un budget déterminé par année civile.

J'en viens à votre quatrième question. Il existe déjà des systèmes qui permettent une mise à disposition rapide des médicaments innovants. Au niveau national, il est créé un climat attractif pour des essais cliniques. En plus, il y a des programmes d'usages compassionnels et médicaux d'urgence. Au niveau

de l'Agence européenne, il y a le système Prime, les évaluations accélérées et l'autorisation conditionnelle. Des discussions sont en cours à différents niveaux pour encore mieux faciliter l'accès rapide aux traitements essentiels.

L'INAMI a mené de nombreuses consultations avec ses partenaires l'année passée. Les conclusions de ces consultations ont permis de rédiger une feuille de route sur des réformes à mettre en place afin d'améliorer l'accessibilité aux médicaments. Un des piliers de cette réforme à venir est la mise en place d'un programme intégré d'accès précoce, rapide et équitable. En anglais, on parle de *early, fast and equitable access* aux nouveaux médicaments prometteurs.

Via ce programme, nous souhaitons soutenir des firmes qui entreprennent des programmes d'usage compassionnel ou d'aide d'urgence pour que leurs produits soient mis à disposition des patients qui en ont besoin. Nous voulons faciliter l'accès aux patients pour des médicaments innovants comme Tibsovo dès l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché et avant, ou plutôt en attente de l'évaluation par la Commission de remboursement des médicaments. Les détails dépendront des négociations que je mène actuellement au sein du gouvernement en la matière.

04.03 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse très complète.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

05 Questions jointes de

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fin du tri de nuit "profonde"" (55036854C)**

- **Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La garde en médecine générale et le tri "nuit noire"" (55037069C)**

05 Samengevoegde vragen van

- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afschaffing van de triage in 'het holst van de nacht'" (55036854C)**

- **Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De huisartsenwachtdiensten en de triage tijdens de diepe nacht" (55037069C)**

05.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, je vous ai déjà interrogé, au mois de mars, sur le même sujet. En effet, en novembre 2022, vous avez pris cette fameuse circulaire qui supprime le tri spécifique, à la nuit profonde, lors des gardes de médecine générale. Cela avait suscité de très grandes inquiétudes chez les médecins généralistes de Wallonie picarde, mais cette inquiétude a maintenant gagné une bonne partie de la Wallonie à tel point qu'il y aura, demain, un arrêt de travail des médecins généralistes entre 10 et 11 heures ainsi qu'une manifestation qui aura lieu sur la Grand-Place de Tournai. Je peux vous dire que c'est tout sauf banal puisqu'il n'est pour ainsi dire jamais arrivé que les médecins généralistes fassent ce type d'arrêt de travail.

Je ne rappellerai pas le contenu de la circulaire dont question. Au mois de mars, je vous ai déjà expliqué combien elle balayait d'un revers de main tout ce qui avait été précédemment établi sur la prise en compte de la nuit noire.

Le 12 mai dernier, après que je vous ai interrogé sur le sujet, vous leur avez suggéré de soumettre une demande de financement auprès de l'INAMI pour qu'ils puissent bénéficier d'une ou de plusieurs voitures avec chauffeur et de personnel d'accueil, ce qui rendrait, selon vous, la garde plus sûre et plus faisable. Je ne sais pas si vous mesurez combien votre réponse est en décalage par rapport à la réalité du terrain.

Par ailleurs, je voudrais rappeler ici qu'on se trouve face à une réalité qui doit être prise en compte. Il est vrai qu'en Flandre et à Bruxelles, il ne semble pas y avoir de souci à ce niveau. Mais le fait d'avoir

retiré cette mission qui appartenait normalement au 1733 pour la confier aux cercles de garde va évidemment faire peser, sur les médecins généralistes, une charge beaucoup plus importante pour la nuit noire. En effet, selon les estimations, alors qu'auparavant un ou deux appels de nuit arrivaient aux médecins généralistes, il y aurait maintenant dix à quinze appels pour le même médecin de garde. Il faut aussi compter avec une pénurie au niveau du territoire de la Wallonie, avec des distances beaucoup plus importantes compte tenu de la réalité du territoire. Se posent donc très clairement les questions de faisabilité du côté des médecins généralistes, de l'impact sur la journée du lendemain et donc sur la qualité des soins apportés aux patients.

Monsieur le ministre, vous avez pris cette circulaire dans le dos des acteurs concernés, donc sans les consulter et de manière très cavalière. Certes, vous avez témoigné d'une ouverture, mais cela fait plus de six mois que les discussions se poursuivent, sans qu'aucune modification se profile à l'horizon. Existe-t-il une volonté politique de prendre en considération cette situation et d'en tirer des conclusions afin d'atterrir, tout en tenant compte de la particularité wallonne? Entendez-vous le signal, qui est tout sauf banal, qu'émettent les médecins généralistes? C'est bien un message fort qui vous vient du terrain.

Le **président**: Merci, madame Fonck. Vous avez été exhaustive. Mme Rohonyi n'étant pas présente, je donne la parole à M. le ministre. Nous verrons ensuite si Mme Rohonyi aura l'occasion de répliquer.

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, nous sommes d'accord pour reconnaître – et je l'ai déjà dit à plusieurs reprises dans cette commission – que les généralistes jouent un rôle essentiel dans la permanence médicale offerte à la population. Cela me semble une tâche importante de la première ligne – et ce, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Bien évidemment, il faut soutenir les médecins généralistes dans cette tâche. Je m'y emploie.

En 2020, l'INAMI a investi 23 millions d'euros dans les postes de garde. Cette année, on parle déjà de 48,5 millions. J'investirai encore plus dans les prochaines années, en triplant vers 2025 le montant de 2020 à hauteur de 68 ou 69 millions d'euros. C'est donc un effort considérable.

Maintenant, il existe de bonnes raisons, notamment pour la nuit profonde – soit, de 23 h à 8 h – de collaborer en poste de garde. Le nombre de contacts patients est alors beaucoup moins élevé. Il faut éviter les gardes inutiles pour les médecins généralistes pendant cette même période, compte tenu de la charge et de la pénurie actuelles des généralistes. Ils doivent certainement pouvoir travailler dans un environnement sûr et rendre des visites à domicile pendant la nuit profonde.

Ce qui m'amène aux tensions dans certaines parties de la Région wallonne concernant la circulaire 1733 datant de novembre 2022. Des concertations ont déjà eu lieu à son propos avec des médecins généralistes. J'ai d'ailleurs lu avec attention la lettre et les témoignages des généralistes de Wallonie picarde et j'y ai répondu depuis lors, le 15 mai. L'objectif est de mettre en place le 1733 dans l'ensemble du pays. Sa tâche principale est d'orienter le patient vers le médecin généraliste si nécessaire, conformément au manuel belge de la régulation médicale, et ce, au niveau d'urgence 6, à savoir lorsqu'il faut un médecin dans un délai d'une à deux heures ou au niveau d'urgence 7, à savoir lorsqu'il faut un médecin dans un délai de douze heures, mais dans le cadre du service de garde.

Dans certaines régions, jusqu'à présent, le 1733 allait au-delà de sa mission, et l'opérateur contactait directement le médecin. C'était une déviation de la pratique normale. Je sais que lorsqu'une déviation a été accordée, elle semble devenir la règle normale. Or, ce n'est pas le cas. Il est désormais prévu que l'opérateur transmette un xml au poste de garde ou au médecin de garde qui doit ensuite agir. Etant donné que ce changement a posé des problèmes sur le terrain, ma cellule stratégique s'est réunie avec les représentants des médecins généralistes et il y a été décidé que les postes de garde de médecins généralistes qui ne disposent pas encore d'opérateurs d'accueil pour la nuit profonde peuvent temporairement faire appel à un secrétariat médical pour assumer cette tâche.

Le 1733 fera également le triage partout, selon le manuel belge de régulation médicale, qui a d'ailleurs été rédigé en concertation avec les médecins généralistes. Cela signifie qu'il n'y a pas de restrictions aux patients en maison de retraite, aux patients grabataires, aux certificats de décès et aux patients en soins intensifs. En effet, il semble difficile de justifier que, par exemple, une mère isolée et inquiète, dont l'enfant a une forte fièvre pendant la nuit profonde, ne puisse pas être vue par un médecin généraliste.

Je comprends que ce changement n'est pas évident pour certains médecins généralistes qui avaient l'habitude de ne voir que certains groupes de patients pendant la nuit profonde.

Grâce notamment à la lettre des médecins de Wallonie picarde, j'ai compris qu'ils éprouvaient surtout des difficultés avec les appels de niveau 7. Je leur ai répondu que je pouvais comprendre leur raisonnement selon lequel, à ce niveau, les médecins disposent d'une marge de douze heures pour intervenir alors que la garde de nuit n'en comporte que neuf, de sorte que ces appels pourraient être reportés au lendemain. C'est pourquoi une concertation à ce sujet avec les médecins généralistes est en cours au sein du groupe de travail sur la régulation de l'aide médicale urgente. La question de savoir si les critères du niveau d'urgence 7 doivent être adaptés est examinée et est prise au sérieux.

De plus, s'est tenue récemment une concertation à ce sujet entre le président de la Médicomut, les représentants de l'INAMI et du SPF, mon cabinet et des représentants des généralistes wallons. La réunion m'a semblé constructive et fructueuse. Il y a été convenu que, dans le cadre du groupe de travail "Régulation", des réunions spécifiques seraient organisées avec les généralistes pour discuter des niveaux d'urgence 6, 7 et 8. Quant au message donné aux appelants de ce dernier niveau – report de soins – il a été convenu que l'opérateur 112 apporterait une réponse claire à l'appelant: "Veuillez contacter votre médecin traitant ou un médecin généraliste en dehors des heures de garde ou pendant les heures de consultation." Ensuite, le SPF est en train d'élaborer un webinaire destiné aux généralistes pour leur expliquer le fonctionnement du 1733.

Par ailleurs, un groupe de travail de la Médicomut réorganisera les horaires de disponibilité et les prestations à l'acte pendant les gardes, pour parvenir à un nouveau système dans le cadre de l'accord Médicomut 2024.

En outre, la plateforme d'accompagnement de la garde, où les généralistes sont bien présents, continuera à travailler sur un arrêté royal de financement des postes de garde via les coopérations fonctionnelles, dans un esprit d'investissement et dans le but de rendre accessible la médecine générale, de sorte que les généralistes puissent assurer la garde avec le soutien nécessaire – et ce, dans un environnement sûr.

05.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, beaucoup de réponses sur plein de choses; mais dans le fond, sur le nerf du nerf de ma question, qui était très précise, vous ne vous avancez en rien.

Or, cela fait quand même maintenant sept mois que cela dure. Ce que je peux vous dire, c'est que rien n'a bougé. Il y a donc de quoi se demander quelle est exactement votre volonté. Est-ce juste de faire semblant de discuter de certaines choses, mais dans le fond, sans clairement avancer sur un système qui permettrait des gardes faisables, et surtout de la qualité des soins, pas juste la nuit, mais aussi la journée qui suivra?

Je veux juste vous dire que cela ne concerne pas que la Wallonie picarde. Vous ramenez toujours à cela, l'air de dire: "Dans le fond, c'est juste quelques-uns, et cela n'a pas d'importance." Vous vous trompez complètement. Le mouvement est plus large.

Par ailleurs, il ne s'agit pas, monsieur le ministre, de juste faire du secrétariat, mais d'opérer un véritable tri. Essayer d'apporter un peu d'aide avec un secrétariat ne répond pas à la réalité du problème. Chaque fois, vous prenez l'exemple d'une mère de famille inquiète parce que son enfant a de la température. Je le comprends bien. Mais la question est: cette situation est-elle une urgence 7 ou une urgence 6?

Je rappelle quand même que quand il est minuit ou 2 h du matin, et qu'on peut assurer une visite par un médecin généraliste ou un rendez-vous le lendemain matin par un médecin généraliste, c'est une gestion tout à fait correcte pour la prise en charge de la situation de l'urgence 7.

Là-dessus, monsieur le ministre, j'attends autre chose que de grands mots sur plein de sujets différents. Dans le fond, on ne retient rien de clair.

Oui ou non, allons-nous rediscuter de cette circulaire pour que cela soit faisable et pour que la qualité des soins soit garantie la nuit, mais aussi les jours qui suivent? Dans le fond, c'est cela l'enjeu: maintenir

une activité très large en nuit noire n'a pas de sens quand on peut l'assumer correctement autrement; hormis, bien sûr, les quatre situations d'urgence que l'on connaît (maisons de repos, soins palliatifs, patients avec des douleurs intolérables et les certificats de décès).

Je vous invite à un dialogue vrai et effectif sur le nerf de la problématique actuelle. Je vous remercie.

Le **président**: Madame Fonck, je vous ai laissé plus de temps de parole pour votre réplique parce que le ministre a largement dépassé son temps de parole aussi. Mais j'invite quand même chacun à rester dans le temps réglementaire.

Madame Rohonyi, il est trop tard pour poser votre question, mais vous pouvez prendre la parole lors des répliques.

05.04 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, à défaut d'avoir pu entendre la réponse de monsieur le ministre, je ne suis pas en mesure de répliquer et je le regrette sincèrement parce que c'est un sujet qui me tient à cœur. J'avais déposé la question en temps et en heure, et j'avais prévenu le secrétariat que j'allais arriver quelques minutes plus tard.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Questions jointes de

- **Caroline Taquin à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La revalorisation des soins infirmiers à domicile et la manifestation du secteur" (55036886C)**
- **Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins infirmiers à domicile" (55036902C)**
- **Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins infirmiers à domicile" (55037068C)**

06 Samengevoegde vragen van

- **Caroline Taquin aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opwaardering van de thuisverpleging en de betoging van de sector" (55036886C)**
- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Thuisverpleging" (55036902C)**
- **Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De thuisverpleging" (55037068C)**

06.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, on le sait, 35 secondes, c'est désormais le temps dont disposent les infirmiers et infirmières à domicile pour réaliser une injection intramusculaire, au regard du financement prévu pour cet acte en 2023. Et si les infirmiers représentent la pierre angulaire de nos soins de santé, force est de constater qu'ils ne bénéficient toujours pas d'une revalorisation de leur métier, alors que cela leur est promis depuis des années. Depuis de nombreuses années, ils tirent la sonnette d'alarme.

Ma collègue, Mme Taquin, vous a d'ailleurs interpellé à ce sujet jeudi dernier, en séance plénière. Vous avez alors annoncé un nombre de choses, dont le fait que vous attendiez des représentants infirmiers un énième projet pilote qui pourrait inclure un financement forfaitaire auprès de l'INAMI. Autrement dit, vous vous enfermez dans une posture attentiste, alors qu'en tant que ministre de la Santé, vous devriez davantage être proactif et proposer du concret. Ceci, non seulement parce que ces infirmiers sont épuisés, mais aussi et surtout parce que, comme l'a précisé le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), nous serons de plus en plus nombreuses et nombreux à avoir besoin de soins à domicile. Statbel estime ainsi qu'en 2030, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans devrait dépasser 2,7 millions en Belgique.

Pourriez-vous nous en dire davantage en ce qui concerne ce projet pilote? Où en est son état d'avancement actuel et quand peut-on espérer en lire une première mouture? Qui sont les représentants flamands et francophones que vous avez reçus, comme vous l'avez évoqué dans votre réponse en séance plénière, et qui devront présenter un projet pilote incluant un financement forfaitaire auprès de l'INAMI? Le feront-ils de leur initiative ou s'agit-il d'un travail réalisé plutôt à votre demande? Dans quel délai cela pourrait-il se faire?

Pour rappel, nous avons voté, il y a déjà deux ans, une proposition de résolution pour soutenir les infirmiers à domicile. Quel suivi y avez-vous apporté depuis? Quand peut-on attendre que les demandes du secteur infirmier soient enfin concrétisées?

Enfin, pour 2023, le budget prévu est de plus de 2 milliards d'euros. Or, le secteur des soins infirmiers à domicile devrait bénéficier d'un montant de plus de 1,8 milliard supplémentaire afin d'être financé adéquatement.

Ce budget supplémentaire est-il envisageable? Si oui, dans quel délai pourra-t-il être débloqué?

06.02 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, il y a quelques jours, le secteur des soins à domicile s'est à nouveau mobilisé pour appeler à un refinancement.

On a reparlé de ces fameuses 35 secondes, qui correspondent au temps dont dispose une infirmière à domicile si on se réfère au financement prévu pour un acte dont l'honoraire est de 16 euros. Il en va de même pour toute une série d'autres actes. Pour une intraveineuse, on estime le temps nécessaire à 30 minutes avec un financement correspondant à une durée de 41 secondes. Pour une réfection de pansement, il faut minimum 15 à 20 minutes alors que le financement correspond à une durée de 5 minutes.

Au-delà de ces exemples, il y a un sous-financement chronique au niveau des soins infirmiers à domicile. L'enveloppe budgétaire est fermée, avec des prestations à l'acte et d'autres au forfait en fonction de la dépendance du patient. Il y a également un décrochage constant et très clair des honoraires fixés à l'INAMI par rapport à l'évolution du coût de la vie. Ceci date depuis des années, pas seulement de cette législature. Il faut y ajouter les économies importantes qui ont dû être réalisées, estimées sur dix ans à environ 77 millions d'euros.

Le constat est lourd et sévère alors que les défis sont majeurs.

Rappelons que la Vivaldi avait promis il y a plus de deux ans qu'elle allait favoriser le travail des prestataires de soins à domicile, qu'elle allait revoir la nomenclature avec une revalorisation des actes infirmiers et une meilleure reconnaissance des actes individuels, qu'elle allait évaluer les indemnités perçues, qu'elle allait réviser le financement des activités des infirmiers à domicile, qu'elle allait revoir le statut social. Autant de promesses pour lesquelles les infirmiers à domicile n'ont rien vu venir.

Monsieur le ministre, tout ceci n'était-il pas que du vent? Qu'en est-il de ces promesses? Qu'en est-il des engagements que vous avez pris avec le secteur? Que lui avez-vous dit lorsque vous l'avez rencontré il y a quelques jours, en marge de la manifestation?

Le **président**: Madame Fonck, je vous prie de conclure car vous avez dépassé le temps imparti.

06.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, j'espère que vous interromprez aussi le ministre de la même manière. Il dépasse parfois son temps de parole de trois ou quatre minutes et il n'est jamais interrompu.

Monsieur le ministre, un projet pilote, c'est souvent quand on ne veut rien faire d'autre.

Le **président**: Concluez, s'il vous plaît! Nous allons essayer de respecter davantage les règles.

06.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Oui ou non, un refinancement, qui n'est que logique, va-t-il intervenir pour ce secteur?

Le **président**: Monsieur le ministre, vous avez quatre minutes.

06.05 Frank Vandebroucke, ministre: Mesdames, je suis évidemment conscient de la difficulté du métier d'infirmière à domicile aujourd'hui. C'est la raison pour laquelle j'ai reçu les manifestants le

24 mai. C'est aussi pourquoi nous avons mis plusieurs mesures en place pour les soutenir.

Cette année, nous avons débloqué un budget supplémentaire de 100 millions d'euros pour les soins conventionnés, dont 26 millions sont utilisés pour revaloriser les soins infirmiers à domicile. Ce n'est pas du vent, ces 26 millions d'euros!

En ce qui concerne spécifiquement le secteur des soins infirmiers à domicile, une compensation complémentaire est prévue pour l'augmentation des coûts. Un montant complémentaire de 5 millions d'euros est libéré à cette fin.

Enfin, nous avons réduit les cotisations sociales dans le secteur des soins pour cette année-ci. Cela s'applique également aux soins à domicile. Ce n'est pas exactement du vent!

Le 24 mai, quand j'ai reçu les manifestants, j'ai dit que le secteur devait réfléchir à d'autres manières d'être financé, et introduire immédiatement à l'INAMI le projet pilote avec un *case-mix* qui inclurait un financement forfaitaire.

Il a donc été demandé aux organisations professionnelles représentant les infirmiers à domicile d'introduire rapidement auprès des instances de l'INAMI une proposition de projet pilote pour le financement des soins infirmiers à domicile. Cette proposition n'a pas encore été reçue, mais les représentants des infirmiers réfléchissent depuis quelque temps à un financement stimulant des pratiques, qui pourrait être une piste pour la mise en place d'un projet pilote. J'attends les propositions, et je les examinerai avec beaucoup d'attention.

Les préoccupations des praticiens de l'art infirmier sont connues et ont pu être relayées dans différentes instances, notamment au sein de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs. Les mesures financières élaborées dans ce cadre visent entre autres à soutenir les infirmiers dans l'exercice de leur profession, tout en rencontrant au mieux les besoins de soins des patients

La norme quantitative du métier concernant son attractivité pour la création d'un groupement infirmier avec un numéro INAMI tiers payant permettant la facturation commune est possible à partir de deux infirmiers. Il n'est actuellement pas envisagé d'adapter cette réglementation mais une réflexion est menée sur l'intégration des aides-soignants pour faciliter leur travail au sein des groupements.

La prime télématique est une intervention annuelle qui n'est pas une prise en charge du matériel et du coût de licences informatiques. Il s'agit d'un montant forfaitaire payé aux praticiens de l'art infirmier qui gèrent leurs dossiers patients électroniquement.

Le montant de cette prime est inchangé depuis sa mise en œuvre. Un groupe de travail chargé de travailler sur l'harmonisation des primes télématiques pour tous les dispensateurs de soins concernés analyse la possibilité d'adapter le système des primes télématiques.

Une possible augmentation de la prime après 2023 sera analysée dans le cadre des discussions relatives au budget des soins de santé en fin d'année.

Concernant la valorisation des actes intellectuels, la Commission de convention élabore chaque année des propositions pour l'allocation du budget des soins infirmiers à domicile et évalue également les besoins nécessaires aux nouvelles initiatives. Dans ce cadre, cette instance travaille sur un nouveau modèle de visite de suivi proactive des patients. En fonction du budget disponible pour les nouvelles initiatives, la Commission fera des propositions pour l'utilisation de l'objectif budgétaire du secteur pour 2024 que j'examinerai attentivement.

S'agissant du budget pour le secteur des soins infirmiers à domicile, j'évaluerai les possibilités dans le cadre de la préparation et de la finalisation du budget 2024. Il existe une demande importante d'investissement dans les soins de santé et j'estime cet aspect essentiel. La situation économique actuelle ne donne malheureusement pas la possibilité de satisfaire toutes les demandes et une augmentation budgétaire d'une telle ampleur pour un seul secteur ne semble pas réaliste dans ce contexte.

06.06 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. J'entends qu'une

concertation est enfin en route avec les infirmiers, que vous avez reçu les manifestants et qu'il en est ressorti des mesures budgétaires concrètes. Je vous en remercie. Cependant, ces mesures restent largement insuffisantes compte tenu de deux éléments en particulier: l'inflation et les besoins concrets de la population qui ne cessent d'évoluer, en particulier au regard du vieillissement de celle-ci.

La logique poursuivie par votre gouvernement est d'encourager les personnes âgées, qui vivent de plus en plus longtemps, à rester chez elles. Pour que celles-ci continuent à vivre chez elles dans de bonnes conditions, elles doivent pouvoir être soutenues par des infirmières à domicile. Les besoins pour ce service ne vont, en conséquence, cesser de croître. Or cet élément n'est pas pris en considération dans les mesures que vous avez prises jusqu'ici.

Le fait de reconnaître la pénibilité de ce métier, d'actualiser l'échelle de Katz et d'assurer une juste représentativité des infirmiers indépendants au sein de la Commission de convention INAMI sont des mesures qui me semblent essentielles, mais qui n'étaient pas reprises dans la résolution votée il y a deux ans. Je vous invite à concrétiser d'urgence ces demandes, qui ont été formulées il y a fort longtemps.

06.07 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, les chiffres dont vous parlez concernent l'application de l'inflation, de l'indexation, des mesures relatives à la crise du covid-19 et à la crise de l'énergie. Il ne s'agit absolument pas d'un refinancement des soins par rapport aux constats clairs que je vous ai rappelés dans ma question.

Êtes-vous suffisamment conscient du malaise profond qui règne dans ce secteur? Manifestement, non. Nous avons une pénurie du personnel infirmier qui est inquiétante, et un nombre d'infirmiers entrant en formation qui a sensiblement reculé. Nous connaissons la réalité des situations plus lourdes et plus complexes des patients qui ont des pathologies multiples, qui sortent de plus en plus rapidement de l'hôpital, avec une durée de séjour écourtée et un isolement plus important, avec des familles qui se trouvent parfois à distance.

Faire un projet pilote avec un nouveau modèle ne doit évidemment pas masquer la question centrale des moyens nécessaires, avec des marges budgétaires qui doivent être viables, y compris pour moderniser la nomenclature, pour prendre en compte les actes intellectuels, y compris aussi pour tout ce qui concerne le curatif sans oublier le préventif car c'est aussi comme cela que cela permettra demain d'éviter d'autres prises en charge plus lourdes tant pour le patient que pour la sécurité sociale.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le droit à l'oubli pour les personnes atteintes de sclérose en plaques" (55036903C)

07 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het recht om vergeten te worden voor mensen met multiple sclerose" (55036903C)

07.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, le 30 mai dernier, c'était la Journée mondiale de la sclérose en plaques, une journée particulièrement importante pour informer, sensibiliser et combattre les préjugés sur cette maladie qui touche actuellement un belge sur 1 000. Cette journée permet également de faire le point sur les avancées qui ont déjà été réalisées en la matière et les efforts qu'il nous reste encore à fournir. En effet, si la sclérose en plaques est une maladie qui compte de nombreuses recherches en cours, elle n'en reste pas moins incertaine et encore difficile à conjuguer avec une vie personnelle et professionnelle dite classique.

Il y a quelques semaines, je vous avais interrogé sur la problématique du droit à l'oubli dont les personnes atteintes de la sclérose en plaques sont toujours exclues, se sentant ainsi doublement pénalisées. Si votre réponse nous indiquait de prendre notre mal en patience puisque cette question devait prochainement être examinée par le KCE, force est de constater que ces personnes continuent, en attendant, de subir une discrimination injustifiée et une situation injuste pour toutes ces personnes

qui peuvent difficilement acheter un bien immobilier seules, sans l'appui d'une autre personne, et cela uniquement en raison de leurs conditions de santé.

Monsieur le ministre, comprenez-vous les inquiétudes des malades et des associations à l'égard de ce droit à l'oubli? N'existe-il pas actuellement un moyen d'accélérer les choses auprès du KCE ou de trouver une solution temporaire afin de faire cesser cette situation? Disposez-vous actuellement de plus d'informations concernant cette fameuse étude du KCE? Dans quel délai peut-on espérer son démarrage?

Je vous remercie.

07.02 Frank Vandembroucke, ministre: Madame Rohonyi, je comprends évidemment tout à fait les inquiétudes des personnes touchées par la sclérose en plaques et des associations à l'égard de ce droit à l'oubli. Les difficultés d'accès à l'assurance solde restant dû sont bien connues, et la demande est soutenue par les représentants des patients.

Bien que l'espérance de vie des patients augmente au fil du temps, grâce à un diagnostic précoce et de meilleurs traitements, le pronostic varie selon le type de sclérose en plaques. Cette pathologie est actuellement classée neuvième dans le programme de travail du KCE relatif au droit à l'oubli. Il a été établi à partir de critères de sélection bien définis tels que la pertinence, la magnitude du problème de santé, la faisabilité. Comme l'énoncent la loi du 4 avril 2019 et celle du 30 octobre 2022, le KCE vise à formuler des propositions qui se basent sur des données scientifiques disponibles, objectivement et raisonnablement justifiées d'un point de vue médical et assurantiel. Cela implique de prendre le temps nécessaire pour établir la méthodologie appropriée, recueillir les données, consulter la littérature, mettre en place une coopération externe - internationale, si nécessaire.

Il est prévu qu'après l'étude sur le diabète de type 1, les trois premiers thèmes jugés prioritaires - cancer de la thyroïde, mélanome de type 1 et VIH - seront examinés en fonction du temps nécessaire à chaque étude. Par conséquent, le calendrier exact de l'étude sur la sclérose en plaques ne peut pas encore être déterminé.

Sous réserve de modification, un nouvel appel à propositions devrait être organisé à partir de 2024. À ce moment, les sujets n'ayant pas été retenus lors de la sélection actuelle pourront être soumis à nouveau. De nouvelles données peuvent y être disponibles, de sorte que ces thèmes peuvent faire l'objet d'une étude par le KCE. Ce dernier pourra de nouveau inclure les propositions d'étude prioritaires qui n'ont pas pu être accomplies dans le programme de travail écoulé. Lors du lancement du nouvel appel, le KCE contactera à ce propos les candidats des propositions d'étude qui n'ont pas pu être traitées.

07.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

On voit effectivement que l'espérance de vie ne cesse d'être prolongée pour ces malades, ce qui est une bonne chose. Mais il convient maintenant de leur garantir une qualité de vie car, aujourd'hui, ils sont victimes d'une véritable injustice dans la mesure où non seulement ils sont malades, mais ils subissent aussi des discriminations en matière d'assurance, d'emploi ou encore de logement.

Je peux comprendre la logique du KCE qui consiste à déterminer des priorités, raison pour laquelle on a classé à la neuvième place la sclérose en plaques pour le travail qui doit pouvoir être réalisé. Mais, comme vous l'avez dit, l'étude relative aux trois premières maladies n'a pas encore commencé. Quand vous dites que la sclérose en plaques se trouve à la neuvième place, cela signifie-t-il que ces patients vont encore devoir attendre des mois, voire des années pour ne plus être discriminés comme ils le sont aujourd'hui? En effet, ils vont certainement devoir compter de plus en plus sur des assureurs qui seront pour certains plus cléments, plus compréhensifs, contrairement à d'autres. Finalement, on risque de voir un fossé se creuser entre les patients en fonction des interlocuteurs qui se montreront plus ou moins compréhensifs. Cette situation n'est pas tenable.

Le **président**: Madame Rohonyi, je vous invite à conclure.

07.04 Sophie Rohonyi (DéFI): J'ose espérer que l'on pourra accélérer les choses, comme je l'ai

indiqué dans ma question.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 55037066C en 55036923C van mevrouw Merckx en mevrouw Depoorter worden uitgesteld.

08 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidvaccinatie" (55036927C)**

08 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre le covid" (55036927C)**

08.01 **Kathleen Depoorter (N-VA)**: Mijnheer de minister, tijdens de covidpandemie tekende onze overheid in op contracten met een langdurige verbintenis bij de producenten Pfizer/BioNTech en Moderna. De voorraad aan vaccins werd van Zaventem naar Aalst verhuisd in een transport op -80 °C. De verhuis van 40 kilometer kostte minstens 4 miljoen euro.

Dit najaar verwacht onze overheid, in overeenstemming met het via Europa onderhandelde contract, leveringen van nieuwe vaccins. Deze nieuwe vaccins zullen opnieuw een aangepaste versie van het covidvaccin bevatten.

Er werd, volgens mijn informatie, al advies gegeven om de oude voorraad aan vaccins die nu bij de firma Movianto opgeslagen ligt, te vernietigen. Enkel de vaccins die aangepast zijn aan de BA.4- en de BA.5-variant zouden nog bruikbaar zijn.

Hoeveel vaccins verwacht u in het najaar van elk van de twee producenten?

Zult u alle opgeslagen vaccins, met uitzondering van de vaccins die aangepast zijn aan de BA.4- of de BA.5-variant, ter vernietiging verklaren of heeft u dat al gedaan? Hoeveel vaccins zouden dan vernietigd worden?

In hoeverre is het voor de firma Movianto mogelijk om de oude en de te verwachten voorraad te bewaren aan -80 °C?

In hoeverre acht u dat de verhuis ten belope van 4 miljoen euro goed besteed was? Werd u door de verantwoordelijke diensten, de FOD VVVL of het FAGG, erop gewezen dat deze vaccins eventueel niet meer gebruikt zouden kunnen worden in een volgende herfst- of wintercampagne? Is deze inschatting en de afweging over de verhuis onder die dure en precieze omstandigheden al dan niet gemaakt?

08.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, zoals ik al heb aangegeven, wou ik nog iets preciseren wat ik vanmorgen heb verklaard. Mevrouw Depoorter, ik had dat al aangegeven toen u even weg was. Vanmorgen heb ik namelijk ook al iets meegegeven over de leveringen van vaccins die nog komen. U zult zich dat herinneren. Ik denk echter onduidelijk te zijn geweest. Dat meen ik zelf.

Ik heb het met name over de niet-Pfizer vaccins. Daarover heb ik verklaard dat er nog een miljoen zijn. Dat is een enigszins slordig antwoord.

Ik zal u nu de heel precieze gegevens geven over wat er in 2023 al is aangekomen en wat er nog komt. Ik zal u nu de precieze gegevens geven, omdat ik van mening ben dat ik dat niet voldoende precies heb weergegeven. Ik kijk nu even naar de meer precieze gegevens, die ik u eerst wil geven.

Ten eerste, voor Moderna zijn de leveringen ondertussen gebeurd. In januari hebben wij van Moderna 354.600 dosissen ontvangen, in februari 146.200 dosissen en in maart 292.400 dosissen. Bijkomende leveringen van Moderna in het najaar van 2023 komen er niet.

Van Sanofi-GSK hebben wij 28.800 dosissen ontvangen in januari, 9.600 dosissen in februari en 79.200 dosissen in maart. Van Sanofi-GSK verwachten wij nog 86.400 dosissen later in 2023. Ik heb ter zake echter geen precieze levertijdstoppen.

Van HIPRA verwachten we nog 10.000 vaccins.

Dat is grosso modo het miljoen vaccins waarnaar ik vanochtend verwees. Ik heb toen evenwel geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen al geleverde vaccins en nog te leveren vaccins. Het gros daarvan is evenwel al geleverd.

Op basis van de lopende onderhandelingen verwachten we van Pfizer later dit jaar nog 3.659.005 vaccins, voor 2024 ramen we de hoeveelheid op 2.880.519 vaccins, voor 2025 betreft het 769.878 vaccins en voor 2026 gaat het om 481.594 vaccins. Dat zijn samen grosso modo de 7 miljoen vaccins waarover ik vanochtend sprak. Ze moeten allemaal nog worden geleverd.

In antwoord op uw tweede vraag is voor de boostercampagne van 2022 gebruikgemaakt van een bivalent omikronaangepast vaccin. Dat is momenteel het Wuhan BA.4/5 bivalent aangepaste vaccin. Dat wordt ook voor primovaccinatie gebruikt in ons land en in het buitenland, intussen conform de goedkeuring van het EMA. Dat is zo beslist in nauw overleg met de deelstaten en impliceert dat de originele vaccins sinds vorig jaar niet meer worden gebruikt in België en overigens evenmin in andere Europese landen.

Bij COVAX is er ook al enige tijd geen vraag meer naar donaties van het originele vaccin. De beperkte vraag die nog bij COVAX of voor bilaterale donaties binnenkwam, betrof uitsluitend BA.4/5-variant aangepaste vaccins.

Dat is ook logisch. Uit diverse studies blijkt immers dat de werkzaamheid van het BA.4/5 bivalent aangepaste vaccin duidelijk beter is dan die van het originele vaccin. Het overschot aan originele vaccins kunnen we dus niet meer gebruiken. Om die reden zullen die dus binnenkort moeten worden vernietigd. Het zal gaan over 2.631.000 dosissen Moderna en 3.305.220 dosissen van Pfizer voor de mRNA-vaccins. Dat is dus een gevolg van de nieuwe types vaccins die ontwikkeld werden.

De Europese strategie van de voorbije jaren om de nodige stock op te bouwen was belangrijk om zeker voldoende vaccins te hebben mochten we nog een ruimere boostercampagne hebben moeten uitvoeren. Op basis van de epidemiologische evolutie en de ontwikkelde immuniteit heeft de vorige boostercampagne zich kunnen beperken tot personen boven de 50 jaar en specifieke risicogroepen. U kunt de details daarover terugvinden in de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad.

Achteraf bekeken en met de variantaanpassing is er daardoor een niet meer bruikbaar overschot aan originele vaccins ontstaan. In vele andere EU-landen met een lagere vaccinatiegraad is dat overschot relatief gezien substantieel groter. Dat heeft de Europese Commissie er ook toe aangezet om het contract met Pfizer het voorbije halfjaar te heronderhandelen. Daardoor zullen er voor de meeste landen, en dus ook voor België, minder leveringen plaatsvinden, en dit gespreid over meerdere jaren. Het eindproces van die onderhandelingen is nog lopende, maar we hebben daar zelf sterk druk op gezet, ook al hebben wij relatief gesproken misschien iets minder problemen dan andere landen.

Wat uw derde vraag betreft, om de voorraad nieuwe vaccins te kunnen stockeren zullen sommige vriezers moeten worden geëegd. De vernietiging wordt momenteel al voorbereid en 2.363.200 van de originele dosissen Moderna en 1.343.160 dosissen Pfizer, vaccins die we noch in ons land, noch in het buitenland nog zullen kunnen gebruiken, worden niet meer diepgevroren. Daarvoor dienen er dan ook geen nodeloze opslagkosten meer te worden betaald.

Ik heb begrepen dat u vanmorgen zelf ook zei dat middelen die we zeker niet meer kunnen gebruiken niet op een dure manier diepgevroren bewaard hoeven te worden. Zo wordt dat inderdaad bekeken.

Een groot deel van de in het najaar van 2023 geleverde vaccins zal trouwens onmiddellijk worden gedistribueerd, waardoor de door Movianto benodigde opslagcapaciteit relatief beperkt zal zijn. Dit is eigenlijk een herhaling van het debat van vanmorgen. Nogmaals, alles zal gestockeerd worden conform de state of the art, zoals het gestockeerd dient te worden. Daar is Movianto ook perfect toe in staat, conform het lastenboek.

Wat betreft uw vierde vraag, op het moment van de verhuis waarvan sprake was er nog geen zekerheid over wat er zou gebeuren met de doses in voorraad voor België en evenmin voor eventuele donaties.

Daardoor moesten ze worden verhuisd tot er zekerheid was. De beslissing om de originele vaccins niet meer te gebruiken voor primovaccinatie en dus wel de huidige Wuhan BA.4/5 bivalent aangepaste vaccins, dateert pas van begin dit jaar, namelijk van de IMC Volksgezondheid van 18 januari 2023. Die beslissing, genomen samen met de deelstaten, volgde op een conclusie van de Emergency Task Force van het Europees Geneesmiddelenagentschap EMA daarover in december 2022. Met al de informatie die wij nu hebben, inclusief over de te verwachten nieuwe leveringen, zullen in nauw overleg met de deelstaten verdere beslissingen kunnen worden genomen.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, ik heb u ruim spreektijd toegekend, maar voor een stuk was het een voortzetting van de discussie van vanmorgen. Mevrouw Depoorter, u krijgt het woord voor uw repliek.

08.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, deze morgen heb ik u gezegd dat het jammer is dat ik altijd gelijk krijg. Ik krijg het, toch?

U hebt 4 miljoen euro uitgegeven om 9 miljoen vaccins te verhuizen over een afstand van 40 kilometer. Ik heb u destijds gezegd dat het voor een goede huisvader een schandalig dure operatie was. Op basis van een niet-bestaande nota hebt u de beslissing genomen om de vaccins tegen een kostprijs van 4 miljoen euro te verhuizen van de ene firma naar de andere. Vandaag geeft u effectief toe dat er van de 9 miljoen verhuisde vaccins 6 miljoen in de vuilnisbak zullen eindigen. Dat is twee derde van wat moest worden verhuisd, dat is twee derde van een verhuisfactuur van 4 miljoen euro. Als u dat goed huisvaderschap noemt, dan weet ik echt niet hoe uw kinderen niet met een lege brooddoos naar school zouden gaan.

Ik heb dat schandalig beleid al sinds vorige zomer aangekaart. U kunt wel zeggen dat die beslissing pas begin dit jaar is genomen, maar toen was u al in volle discussie. U had, met enig wetenschappelijk inzicht en met de contracten die u al had ondertekend, daarover kunnen nadenken. U wist wat de capaciteit van Movianto inzake ULT's was, u wist wat er maar was besteed aan vaccins, u wist dat COVAX geen succesverhaal was, maar toch hebt u koppig doorgezet en moest de verhuis voor u plaatsvinden. Dat is heel jammer, dat is heel veel geld dat opnieuw in de vuilnisbak wordt gegooid.

08.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, mag ik nog even reageren? U bent natuurlijk de trouwe woordvoester van Medista, een bedrijf dat veel duurder was dan de concurrent die zich heeft aangediend en het contract heeft gewonnen, een bedrijf dat ons heeft bestookt met het ene proces na het andere. U mag daar de trouwe woordvoester van zijn, maar dat is niet bepaald een voorbeeld van goed huisvaderschap, als u het mij vraagt. Wij moesten een nieuwe gunning organiseren. De concurrent was veel, veel goedkoper. Wij moesten de concurrent nemen. Medista heeft geprocedeerd en daardoor is er veel tijd verloren.

Wij hebben beslissing na beslissing genomen. Uiteindelijk zullen we met de nieuwe formule veel geld hebben bespaard, maar dat ontkent u voortdurend.

08.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Maar dat is niet waar, want de firma Raes ...

08.06 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, wacht nu toch eens even. U mag hier het particuliere belang van één bedrijf verdedigen en alle roddels daarrond blijven vertellen, maar u zou zelf eens verantwoordelijk moeten zijn. Wanneer men het budget overschrijdt, moet men een nieuwe gunning uitschrijven. Dan moet men het bedrijf nemen dat stukken goedkoper is dan het andere. We leven echter in een rechtstaat en dus mag wie het niet haalt, procederen. Het betreffende bedrijf verloor de zaak over de volledige lijn, maar u blijft het verdedigen alsof dat allemaal niet gebeurd zou zijn.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, kunt u afronden? Ik hoop dat het de laatste discussie hierover is. Mevrouw Depoorter heeft het laatste woord.

08.07 Minister Frank Vandenbroucke: Het is erg als iemand hier één bedrijf voortdurend

vertegenwoordigt in plaats van het algemeen belang te vertegenwoordigen!

De **voorzitter**: Laten we hier de discussie sluiten met een laatste repliek voor mevrouw Depoorter.

08.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, weet u wat het algemeen belang is? Dat betreft het geld van de belastingbetaler en daar hebt u niet voor gezorgd. U zwaait hier met de bedragen die u aan Movianto hebt betaald en met de bedragen die u zagezegd hebt uitgespaard. U vergeet er echter bij te zeggen dat een deel van de tender, die u ook hebt uitgeschreven en die door de firma Raes werd gewonnen, zelfs niet is uitgevoerd! Ook die producten waren al klaar om vernietigd te worden. In dat verband hebt u wel de beslissing genomen om meteen te laten vernietigen en om de IVD's te laten ophalen door Indaver. Voor de vaccins hebt u dat echter niet gedaan.

U wou immers gewoon niet toegeven dat het op dat moment om een niet-noodzakelijke operatie ging, omdat u nog zoveel stock had en omdat u niet beschikte over voldoende IVD's.

U bent er van bij het begin van het proces voor gewaarschuwd dat de kostprijs van de verhuis, dus de *cost of change* zoals dat in industriële termen wordt genoemd, duurder zou zijn dan wat u zou uitsparen. U hebt echter koppig voortgedaan.

Mijnheer de minister, is dat dan het algemeen belang?

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter, ik stel voor dat u uw repliek afrondt. Wij zullen daarover geen half uur spreken.

08.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, het zal niet de laatste keer zijn. Minister Vandenbroucke is de koning van de procedures en de koning van de leugens.

De **voorzitter**: Wanneer ik ook koning van de procedures word, dan is de spreektijd twee minuten. Mevrouw Depoorter, alle vragen zijn altijd welkom, maar wij moeten ook op de spreektijd toezien.

08.10 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik wil wel even onder de aandacht brengen dat de minister liefst zes minuten lang heeft geantwoord. Ik denk niet dat ik zes minuten heb gesproken.

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

09 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De deontologische code voor de ambtenaren van de FOD VVVL, het RIZIV en het FAGG" (55036928C)

09 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le code de déontologie des fonctionnaires du SPF SPSCAE, de l'INAMI et de l'AFMPS" (55036928C)

09.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, hierover zullen we het eens zijn. Het is heel belangrijk dat ambtenaren van om het even welke organisatie een deontologische code volgen die smetteloos is.

Tijdens en na de covidcrisis heb ik u verschillende malen gewezen op bijzondere situaties in de gezondheidszorg. Zo was er de problematiek rond de DiaSorin-testen, het dralen rond de registratie van bepaalde zelf- en sneltesten, de bijzondere afwikkeling in de derogatie van Ledertrexate, het niet-derogeren van budesonide ondanks het feit dat budesonide de volgende dag toch als kritisch benoemd werd, en nog andere voorbeelden die werden aangehaald in deze commissie.

De ambtenaren van uw diensten rond federale gezondheidszorg moeten vaak beslissingen nemen die een grote economische impact hebben voor bedrijven van farmaceutische producten of medische hulpmiddelen. Uiteraard wordt verwacht dat deze ambtenaren deze beslissingen gefundeerd en in alle onafhankelijkheid nemen.

In hoeverre bestaat er een controle of bepaling op de onafhankelijkheid van de diensten waarvoor u verantwoordelijk bent?

Hebt u in de loop van deze legislatuur acties ondernomen om de onafhankelijkheid van uw ambtenarenkorps te screenen? Zo ja, dewelke?

Werden er aan uw adres of aan een van de diensten meldingen gedaan rond eventuele schijn van belangenvermenging?

Ik heb u meermaals gewezen op anomalieën. Hebt u ambtelijke stappen gezet? Zo ja, welke?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wat de FOD Volksgezondheid betreft, volgen de diensten onder mijn verantwoordelijkheid nauwgezet de bepalingen omtrent een activiteit boven op de functie via een aanvraag tot toelating van cumulatie, in toepassing van artikel 12 van het koninklijk besluit van 2 oktober 1937. Ieder personeelslid dat een dergelijke activiteit wenst uit te voeren, dient dit verplicht aan te vragen. Dit wordt onderzocht op belangenvermenging en impact op de functie door onze HR-dienst, na advies door de leidinggevende. Deze procedure wordt nauwgezet opgevolgd. We hebben geen melding ontvangen van een mogelijk belangenconflict. De FOD heeft geen verdere stappen moeten ondernemen.

Wat het FAGG betreft, het FAGG volgt en respecteert het ethische kader dat van toepassing is op alle ambtenaren. Daarnaast hebben wij een interne procedure die de gedragscode inzake belangenconflicten en het respect voor de vertrouwelijkheid vastlegt. Deze procedure is van toepassing op alle personeelsleden van het FAGG, de door het FAGG geraadpleegde externe experts en leden van alle ingestelde commissies binnen het FAGG. De personeelsleden van het FAGG, alsook de externe deskundigen en de leden van instanties en commissies die zijn opgericht of goedgekeurd, mogen geen financiële belangen of andere belangen in de farmaceutische industrie hebben die hun onafhankelijkheid zouden kunnen beïnvloeden. Deze personen moeten onafhankelijk en in het algemeen belang handelen en hun financiële of andere belangen aangeven door een verklaring inzake belangenconflicten en vertrouwelijkheid op te stellen. Deze verklaringen zijn jaarlijks verlengbaar.

Er is een mogelijk belangenconflict aan het licht gekomen bij de aankoop en verificatie van de serologische tests van COVID-19 met het Italiaanse bedrijf DiaSorin. Dit werd nader onderzocht en ongegrond bevonden. Op aanvraag van het FAGG heeft de Federale Interne Audit (FIA) een audit uitgevoerd naar een mogelijk belangenconflict inzake de aankoop en verificatie van serologische COVID-19-tests. Het gaat om een vertrouwelijk rapport, maar ik kan u wel zeggen dat er geen belangenconflicten zijn vastgesteld. Bovendien heeft de commissie voor Volksgezondheid van de Kamer besloten om de betrokkenen in deze zaak te horen.

Wat de andere kwesties betreft, heb ik het FAGG gevraagd een 'post-COVID-19 lessons learned'-oefening te houden om lessen te trekken uit wat specifiek te maken heeft met het beheer van deze crisis. Deze oefening zal het mogelijk maken de nodige maatregelen te treffen om vertragingen bij de registratie van bepaalde geneesmiddelen en gezondheidsproducten te voorkomen. Wij voorzien in speciale delegaties van producten die als urgent worden beschouwd.

Dan kom ik tot de vragen over het RIZIV. In het algemeen kan worden meegedeeld dat de meeste beslissingen door overlegorganen worden genomen, waarbij de nodige aandacht wordt gegeven aan controlemaatregelen, zoals de samenstelling van die organen en de motivering van de beslissingen. Tevens wordt, wanneer van toepassing, rekening gehouden met de openbaarheid van die beslissingen en de ondertekening van de eventuele clausules door de leden. Daarnaast is elke ambtenaar individueel gebonden door het deontologisch kader voor ambtenaren van het federaal administratief openbaar ambt. Dat staat in rondzendbrief 573, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 27 augustus 2007.

Integriteit is uiteraard een belangrijk criterium bij de aanwerving. In de nodige en gepaste opleidingen wordt steeds voorzien. Bovendien wordt de vertrouwelijke behandeling van gevoelige informatie binnen het RIZIV proactief ondersteund door de structuren, opgezet in het kader van de ISO 27001-certificatie. In grote lijnen omvat dit een sensibilisering via opleidingen en campagnes, noodzakelijke ICT-technische maatregelen, een veilige digitale omgeving alsook risicoanalyses en interne en externe

audits.

Wat, meer concreet, het beheer van belangenconflicten binnen de directie van het (...)

De **voorzitter**: Kunt u afsluiten, mijnheer de minister?

09.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: (...) betreft, ondertekenen de ambtenaren die er werken jaarlijks een verklaring inzake vertrouwelijkheid en een verklaring inzake belangenconflicten, net zoals de leden van de CTG. Bovendien wordt momenteel gewerkt aan een wetsontwerp in het kader van de modernisering van de terugbetalingsprocedures. Daarin wordt voorzien dat de Koning de voorwaarden kan vaststellen waaraan de personeelsleden van het RIZIV, de experts enzovoort moeten voldoen om hun (...)

De **voorzitter**: De tolken kunnen niet volgen, mijnheer de minister. U moet vertragen en het moet korter.

09.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik ben er bijna.

... modernisering van de terugbetalingsprocedures ook voorzien in de oprichting van een werkgroep Ethiek en Transparantie op het niveau van het RIZIV. Het RIZIV zal nagaan of een meer algemene aanpak nodig is.

09.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U hebt de standaardprocedures gevolgd, waar uiteraard het ethisch kader gevolgd moet worden, onafhankelijkheid en verklaring van vertrouwelijkheid getekend moet worden. U hebt het FAGG de opdracht gegeven voor de getrokken lessen van corona, maar u hebt maar één diepgaand onderzoek gestart. Ik heb u meermaals op andere anomalieën gewezen. Ik had eigenlijk gehoopt dat daar toch meer gevolg aan gegeven zou worden.

Ik heb u ook heel vaak gevraagd om een interne audit te doen naar de werking binnen de verschillende federale diensten. U hebt daar duidelijk niet naar geluisterd. Ik hoop uit de grond van mijn hart dat er geen lijken uit de kast vallen. U bent politiek verantwoordelijk. Dat weet u. U bent verwittigd. Ik hoop dat ik ook hier geen gelijk zal krijgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De jongeren in depressie en de erkenning van psychologisch assistenten" (55036929C)**

10 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les jeunes en dépression et la reconnaissance des assistants en psychologie" (55036929C)**

10.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Meneer de minister, de geestelijke gezondheidstoestand van onze jeugd baart ons zorgen. U hebt daar overigens nog dit weekend over gecommuniceerd. Ondanks de vele gedane inspanningen om de geestelijke gezondheidszorg extra te ondersteunen, blijven er grote wachtlijsten en tekorten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het aantal klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen dat is toegetreden tot de eerstelijnsconventie is nog steeds niet voldoende in het licht van het grote aantal patiënten. Ons land telt naast de opgeleide klinisch psychologen en orthopedagogen, ook een ruim aantal psychologisch consultants die vaak al aan het werk zijn en een bachelordiploma hebben behaald aan een van onze hogescholen. Dit jaar zullen er naar schatting 1.200 psychologisch consultants afstuderen die meteen zouden kunnen worden ingezet in de eerstelijnszorg – op voorwaarde dat hun beroep erkend zou worden – om er te werken in samenwerking met de klinisch psychologen of orthopedagogen.

Er werd een advies gevraagd aan de Federale Raad rond de nood aan erkenning van de psychologisch consultants. Dat advies was positief. Op 20 juli 2020 werd het voorstel van resolutie rond geestelijke

gezondheidszorg goedgekeurd door het Parlement. Ook in dat voorstel wordt de regering gevraagd over te gaan tot de uitvoering van de wet op geestelijke gezondheidszorgberoepen, inclusief de erkenning van ondersteunende beroepen, zoals een psychologisch consulent.

Hoever staat u met de uitvoering van verzoek 6 in het voorstel van resolutie? Bent u van plan om de erkenning van de ondersteunende beroepen in de geestelijke gezondheidszorg nog tot uitvoering te brengen in het laatste jaar van uw mandaat? Zo ja, tegen wanneer? Zo niet, waarom gaat u niet in op de vraag van de vivaldimeerderheid en het Parlement?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik kan u op dit ogenblik geen nieuwe ontwikkelingen melden in verband met de ondersteunende geestelijke gezondheidszorgberoepen. Mijn administratie en ook de Federale Raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen zijn druk bezig geweest met het dossier van de stage van klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen, naast andere dossiers met betrekking tot andere zorgberoepen. We hebben er echt niet nog verder aan kunnen werken. Zodra de organisatie van de stage voor klinisch psychologen en orthopedagogen verder is gevorderd, zal er worden gekeken hoe we dit verder kunnen opnemen.

10.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dat is wel een heel teleurstellend antwoord. Ik weet het niet meer van buiten, maar voor deze stage had u 42 stagemeeesters aan de ene kant van de taalgrens en 24 aan de andere kant, denk ik. Daar hebt u dan zoveel tijd in gestoken, terwijl duizenden psychologisch consulenten staan te trappelen om mee te werken aan de geestelijke gezondheidszorg. Mij lijkt dit eerder op geen zin hebben in, dan geen tijd hebben voor. Het is dan wel belangrijk dat u ons, het Parlement, en uw collega's in de vivaldiregering aangeeft waarom u hier geen voorstander van bent en die mensen niet wilt inschakelen in de geestelijke gezondheidszorg. Telkens opnieuw komt u met het verhaal dat de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren en kinderen u na aan het hart ligt en dat u er alles aan wilt doen om ervoor te zorgen dat de patiënten worden geholpen, maar meer dan duizend zorgverstrekkers staan in de rij te wachten om te helpen en u negeert hen gewoon. Dat is toch onbegrijpelijk.

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

11 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De besnijdenis bij meisjes" (55036933C)
- **Els Van Hoof** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Vrouwelijke genitale verminking" (55037144C)

11 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'excision des jeunes filles" (55036933C)
- **Els Van Hoof** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mutilations génitales féminines" (55037144C)

11.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, onderzoek uit 2020 schat het aantal besneden vrouwen in ons land op 23.000. Vzw GAMS België waarschuwde onlangs voor het feit dat ongeveer 12.000 meisjes het risico van besnijdenis lopen.

In welke mate bent u op de hoogte van besnijdenissen en eventuele complicaties van de besnijdenis? Is er een meldpunt of aangifteplicht voor artsen die in contact komen met meisjes die de besnijdenis ondergingen en zich tot hen wenden bij complicaties? In hoeverre ondernam u stappen naar artsen toe ter waarschuwing of met betrekking tot alertheid voor het probleem?

Hoeveel meldingen van complicaties bij bevallingen van besneden vrouwen werden er gerapporteerd sinds het begin van uw mandaat? Hoe draagt uw administratie bij tot het voorkomen van dergelijke genitale verminking van meisjes uit bepaalde etnische doelgroepen?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De cijfers die u aanhaalt komen uit het vierde

prevalentieonderzoek, uitgevoerd op vraag van de staatssecretaris voor Gelijke Kansen en mezelf, in toepassing van het actieplan ter bestrijding van gendergerelateerd geweld 2021-2025. Het is een statistische schatting van vrouwen en meisjes die al besneden zijn of het risico lopen om besneden te worden. Deze cijfers laten zien dat er een reële toename is van het aantal meisjes dat het risico loopt om besneden te worden. Deze toename kan worden verklaard door de toename van vrouwelijke vluchtelingen uit een land waar vrouwenbesnijdenis wordt toegepast.

Om een idee te krijgen van het aantal ingrepen of opnames van vrouwen die genitale verminking hebben ondergaan, verplicht de wet van 18 juni 2018 om gevallen van genitale verminking te registreren in het medisch dossier van de patiënt. Deze wet herneemt de bepalingen opgenomen in artikel 20, § 5, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende ziekenhuizen en andere zorginstellingen en artikel 2, § 1, 11°, van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 ter bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier moet voldoen.

Over de toepassing van deze wet is op 22 december van vorig jaar een omzendbrief naar alle ziekenhuizen verzonden, om het medisch personeel te herinneren aan de verplichting om in het medisch dossier van de patiënt het type genitale verminking, het land en de regio van herkomst van de betrokkene en haar familie te vermelden. Complicaties na genitale verminking worden niet opgenomen in het medisch dossier.

Ik zal nu antwoorden op uw tweede vraag. Op nationaal niveau zijn er twee behandelingscentra voor genitale verminking: een in het CHU Saint-Pierre in Brussel en een in het UZ Gent. Over deze twee centra werd in februari van dit jaar een sensibiliseringscampagne gelanceerd op initiatief van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, in samenwerking met GAMS en de FOD Volksgezondheid. Op 3 februari werd een persconferentie gehouden om de sensibiliseringstools voor te stellen.

De sensibiliseringscampagne bestaat onder andere uit voorstellingsvideo's over de twee centra, video's met getuigenissen, posters en folders.

Ten derde worden sinds 2016 regelmatig opleidingen gefinancierd voor zorgpersoneel van ziekenhuizen. Voor 2023-2024 is een ruim budget vrijgemaakt om zorgpersoneel te informeren en op te leiden inzake detectie, begeleiding en behandeling van slachtoffers van genitale verminking. De opleidingen vinden voornamelijk plaats in ziekenhuizen, maar er zal ook een e-learningmodule worden ontwikkeld. Daarnaast zullen er ondersteunende instrumenten worden ontwikkeld voor de pediatrie afdelingen van de ziekenhuizen.

Ten vierde, sinds het begin van mijn mandaat zijn 334 gevallen van genitale verminking geregistreerd in 2020 en 378 in 2021. Voor 2022 hebben we nog geen cijfers. We beschikken niet over gegevens van gemelde complicaties bij bevallingen, aangezien die niet zijn opgenomen in de minimale ziekenhuisgegevens.

Ten vijfde, de actualisering van het prevalentieonderzoek heeft het mogelijk gemaakt om de meisjes die risico lopen op besnijdenis onder de aandacht te brengen en om groepen migranten te benaderen uit landen waar die wordt toegepast. Daarnaast is mijn administratie actief betrokken bij de opleiding van zorgpersoneel in ziekenhuizen, de detectie, de begeleiding en de opvang van vrouwelijke genitale verminking. Ook steun ik het ACCESS-project, een Europees project dat sensibiliseringstools verspreidt onder organisaties die werkzaam zijn op het gebied van genitale verminking, met name de opvangcentra voor vluchtelingen, gemeenschapsverenigingen, psychosociale dienstencentra voor de integratie van buitenlanders, medische diensten enzovoort. De sensibilisering van specifieke doelgroepen gebeurt door verenigingen op het terrein, waarmee mijn administratie samenwerkt. Die verenigingen werken evenwel ook samen met verenigingen die verantwoordelijk zijn voor preventie en gezondheidspromotie.

11.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, preventie ten aanzien van ouders en bepaalde groepen is inderdaad heel belangrijk. Het is goed dat er een opleiding voor zorgpersoneel wordt georganiseerd en dat er ook op de pediatrie afdelingen aandacht aan het probleem wordt geschonken.

Wat ik jammer vind, is dat complicaties als gevolg van genitale verminking niet worden opgenomen of gerapporteerd. De verminking gebeurt immers vaak in heel onhygiënisch omstandigheden die een gevaar vormen voor het kind. Ook de daaruit voortvloeiende trauma's zijn ernstig.

Twee behandelingscentra is niet overdreven veel. De doorverwijzing van de patiënten naar het juiste centrum zal ook mee worden opgenomen in de opleiding van de zorgverstrekkers, maar dit blijft toch een aandachtspunt. Als maatschappij kunnen wij dergelijke culturele barbaarsheden niet aanvaarden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Questions jointes de

- Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des moyens de contraception élargi à toutes les femmes" (55036955C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accouchement physiologique" (55036956C)

- Laurence Zanchetta à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge de la contraception pour toutes les femmes, quel que soit leur âge" (55037043C)

12 Samengevoegde vragen van

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van voorbehoedmiddelen voor alle vrouwen" (55036955C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De fysiologische bevalling" (55036956C)

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van anticonceptiemiddelen voor alle vrouwen, ongeacht hun leeftijd" (55037043C)

12.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, je ne comprends pas pourquoi mes deux questions ont été jointes. Les deux sujets sont complètement différents. Je suis vraiment curieuse de voir la manière dont le ministre répondra en joignant ces deux thématiques.

Monsieur le ministre, de nombreuses réponses étaient attendues du rapport présenté par le comité d'experts chargé d'évaluer la loi IVG en avril dernier.

Concernant la contraception, le constat est sans appel puisque "compte tenu en partie de l'âge moyen auquel les femmes demandent un avortement, le comité considère l'élargissement de l'allocation contraceptive pour les femmes de plus de 25 ans (...), comme une recommandation appropriée."

Vous estimez pourtant que cet élargissement n'est pas une priorité puisque, selon vous, "nous atteignons déjà le groupe vulnérable (les BIM) avec le remboursement tel qu'il existe" et que la généralisation de ce remboursement élargi coûterait 25 millions d'euros par an aux pouvoirs publics.

D'où mes questions, monsieur le ministre:

- Sachant la plus-value que cette mesure apporterait au vu du nombre potentiel d'avortements évités, pourquoi ne pas simplement suivre les recommandations du groupe d'experts? Ces 25 millions d'euros ne constituent ils pas un investissement dans la santé des filles et femmes?

- Les BIM sont-ils le seul groupe vulnérable en ce qui concerne l'accès aux moyens de contraception? Sur quelles données vous basez-vous pour affirmer cela?

- Alors que le droit à l'avortement est remis en cause par le gouvernement italien d'extrême-droite, l'Agence italienne du médicament (Aifa) a récemment approuvé la gratuité de la pilule contraceptive pour toutes les femmes, quel que soit leur âge. Une telle mesure est-elle envisageable en Belgique dans un avenir proche? Dans l'affirmative, quel coût cela représenterait-il en Belgique? Dans la négative, pourquoi?

Monsieur le ministre, pour beaucoup de parents, l'accouchement représente le moment le plus important de leur vie.

Un moment privilégié que certaines femmes souhaitent le plus naturel et doux possible, en total accord

avec leur corps et leur ressenti.

C'est justement le but recherché par l'accouchement physiologique: la promesse de vivre pleinement son accouchement sans avoir recours à plusieurs actes médicaux intrusifs.

Le problème est qu'en Belgique, l'offre proposée aux futurs parents pour un accompagnement physiologique est très restreinte:

- 1 seul gîte intra-hospitalier

et seulement 5 maisons de naissance en Flandre, contre 3 en Wallonie laissant de nombreuses zones du pays peu ou pas du tout couvertes par ce genre d'accompagnement.

Malheureusement, le résultat de ce manque d'offre est sans appel puisque de nombreux parents qui souhaiteraient se tourner vers ce type d'accompagnement en sont tout simplement privés.

D'où mes questions, monsieur le ministre:

- Aviez-vous connaissance de cette problématique? Dans l'affirmative, des discussions sur le sujet ont-elles déjà été initiées et si oui, avec qui? Dans la négative, que comptez-vous mettre en place pour pallier ce manque d'offre?

- Comment assurez-vous la pérennité du peu de structures présentes en Belgique? Disposent-elles d'aides de la part de votre gouvernement? Si oui, lesquelles et à quelles conditions? Puisqu'il convient évidemment de combiner volonté des parents et suivi médical et urgent, en particulier en cas de complications.

- Le développement de ce type de structures fait-il partie de vos ambitions? Dans l'affirmative, selon quel calendrier et quel budget cela pourrait-il représenter? Dans la négative, pourquoi?

12.02 Laurence Zanchetta (PS): *Monsieur le ministre, de nombreuses avancées ont été réalisées ces dernières années dans notre pays afin que les femmes aient accès à la contraception. En effet, depuis le 1^{er} avril 2020, grâce aux initiatives parlementaires de mon groupe, la gratuité de la pilule et d'autres contraceptifs a été étendue aux personnes de moins de 25 ans. De plus, la pilule du lendemain, elle, a été rendue gratuite sans limitation d'âge et sans ordonnance!*

Monsieur le ministre, depuis longtemps, mon groupe plaide pour l'élargissement du remboursement de la contraception pour toutes les femmes, sans aucune limite d'âge. Nous avons d'ailleurs déposé un texte dans ce cadre depuis avril 2021.

En ces temps de crises et d'augmentation du coût de la vie, le prix de la contraception ne peut être un frein pour aucune femme! Une prise en charge de la contraception pour toutes permettrait d'aider financièrement de nombreuses femmes et éviterait à d'autres de tout simplement y renoncer, évitant ainsi des grossesses non désirées.

Je reviens donc une nouvelle fois vers vous aujourd'hui puisque notre combat est à présent également appuyé par le Comité scientifique qui a été chargé d'évaluer la législation et la pratique de l'avortement dans notre pays.

En effet, celui-ci mentionne que "compte tenu en partie de l'âge moyen auquel les femmes demandent un avortement, le Comité considère l'élargissement de l'allocation contraceptive pour les femmes de plus de 25 ans, y-inclus pour la contraception à long terme (LARC), comme une recommandation appropriée."

Par ailleurs, et cela fait également l'objet d'une proposition de loi de mon groupe, le Comité recommande de permettre la dispensation de la contraception d'urgence par les organismes chargés de l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes dans le cadre de la vie affective et sexuelle, notamment donc les centres de planning familial.

Que pensez-vous de ces recommandations formulées dans le rapport? Des avancées peuvent-elles être attendues sur ces deux éléments?

Je vous remercie pour votre réponse.

12.03 Frank Vandenbroucke, ministre: *Monsieur le président, je commencerai mon intervention en*

répondant aux questions de Mmes Rohonyi et Zanchetta sur la contraception. Je répondrai, ensuite, à la deuxième question de Mme Rohonyi sur l'accouchement.

Comme je l'ai déjà dit précédemment à l'occasion de différentes réponses à des questions parlementaires, j'estime qu'en termes de mesures, nous atteignons déjà le groupe le plus vulnérable, à savoir les personnes qui bénéficient de l'intervention majorée. En effet, ces personnes ont droit à une intervention supplémentaire sans limite d'âge.

Par ailleurs, les jeunes forment aussi un groupe où la dépendance financière vis-à-vis d'autrui peut jouer un rôle dans l'achat d'un moyen de contraception. C'est pourquoi l'intervention supplémentaire est prévue pour ces deux groupes. S'il existe encore des obstacles pour d'autres groupes, nous essaierons également de les éliminer.

La liste des produits qui sont gratuits après cette intervention supplémentaire, madame Zanchetta, comprend également les LARC, à savoir les contraceptifs réversibles et de longue durée d'action auxquels vous avez fait référence.

L'extension à tous les âges, c'est-à-dire à tous puisque l'arrêté royal est déjà neutre en termes de genre, de cette intervention spécifique dans le coût des contraceptifs fixée par l'arrêté royal du 16 septembre 2013 coûterait à l'INAMI 25,1 millions d'euros par an.

Madame Zanchetta, nous avons déjà souvent abordé la question des centres de planning familial et la délivrance de la pilule du lendemain. Comme je l'ai déjà dit, j'invite les centres à examiner, avec les partenaires des soins de première ligne, quelles sont les mesures qui peuvent être prises.

Dans ce contexte, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit de médicaments. Nous ne devons pas négliger le rôle du pharmacien en matière de pharmacovigilance et de soins pharmaceutiques. Les pharmaciens sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, et facilement accessibles, en particulier dans les villes où ces centres se trouvent. Dès lors, il ne me semble pas insurmontable de supprimer les obstacles, en concertation avec les soins de première ligne.

J'en viens à la question sur l'accouchement physiologique. Il est vrai qu'en Belgique, les naissances se déroulent principalement – 98 % – à l'hôpital. Le modèle de soins dirigés par un gynécologue a été central pendant des décennies. Depuis la réduction de la durée d'hospitalisation après l'accouchement et le développement des soins *post-partum*, les mères découvrent la pratique des sages-femmes d'une manière différente.

Le budget des sages-femmes à l'INAMI a augmenté chaque année depuis le début du projet pilote Réduction de la durée d'hospitalisation. Une des conséquences positives de ce projet de qualité est que les prestataires de soins de santé de première et de deuxième ligne collaborent plus étroitement. Des parcours de soins intégrés ont été mis en place dans les hôpitaux, favorisant les partenariats entre gynécologues et sages-femmes indépendantes.

Aujourd'hui, de nombreux hôpitaux offrent aux futures mères la possibilité d'accoucher à l'hôpital avec leur sage-femme, le soin postnatal pouvant ensuite être poursuivi de manière optimale à domicile. Les critères de Motherfriendly Care liés à l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) encouragent les pratiques physiologiques pendant l'accouchement. Le projet IHAB est soutenu par le gouvernement depuis plus de 18 ans.

Ces dernières années, les sages-femmes et les gynécologues travaillant dans les hôpitaux défendent également de plus en plus le concept de soins centrés sur la femme. Ce concept se caractérise par une relation réciproque entre la sage-femme, le médecin et la parturiente dans une atmosphère d'accouchement positive.

En ce qui concerne les maisons de naissance *extra-muros*, la réponse est triple. D'une part, pour le gouvernement, la sécurité et la qualité des soins sont primordiales. La littérature recommande que les accouchements aient lieu dans un hôpital ou à proximité. En cas de situation urgente, chaque seconde compte et l'expertise dont nous disposons aujourd'hui dans les hôpitaux est indispensable. Nous constatons également que la complexité des soins augmente. Nous observons des tendances

épidémiologiques selon lesquelles les femmes donnent de plus en plus souvent naissance à leur premier enfant à un âge plus avancé et sont donc confrontées à des risques accrus.

En outre, les facteurs socioéconomiques et les progrès technologiques augmentent les exigences pour relever les défis en matière de soins de santé. C'est pourquoi le gouvernement souhaite mettre l'accent sur des soins de qualité dans un environnement convivial pour les femmes qui soient en même temps bien préparées et encadrées pour une intervention rapide.

D'autre part, comme indiqué ci-dessus, le nombre d'accouchements externes à l'hôpital en Belgique est très faible, ce qui signifie que le développement de l'expertise qui est nécessaire dans les hôpitaux ne peut pas être garanti.

Enfin, la Maison des naissances *extra-muros* ne relève pas de la compétence fédérale. Nous n'avons donc aucune visibilité sur les dossiers médicaux des sages-femmes indépendantes et les contrôles de qualité effectués dans les hôpitaux ne leur sont pas d'application.

Ce sont les raisons pour lesquelles la poursuite et le développement des maisons de naissance *extra-muros* n'est pas une priorité du gouvernement fédéral.

Néanmoins il n'a pas échappé à l'administration qu'au cours des dernières années, une plus grande importance a été accordée aux soins de naissance. La littérature en fournit d'ailleurs des preuves supplémentaires. Par conséquent, le gouvernement se concentrera davantage sur l'augmentation du nombre d'accouchements en physiologique à l'hôpital et déploiera plus d'efforts pour aider les hôpitaux à proposer des accouchements naturels en poursuivant la mise en place de critères *mother friendly*.

12.04 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, pour ce qui concerne la contraception, j'entends que votre position est de considérer que les remboursements déjà prévus aujourd'hui permettent d'atteindre les personnes les plus vulnérables. Mais force est de constater que le comité d'experts mandatés par votre gouvernement sur l'IVG recommande clairement l'élargissement de l'allocation contraceptive pour les femmes de plus de 25 ans.

Je ne comprends donc pas la logique de mandater des experts pour ensuite balayer leurs recommandations.

Même chose pour les constats qui ont été posés par la commission d'évaluation de la loi relative à l'avortement, à savoir que, quand une femme doit avorter, soit c'est parce qu'elle n'était pas sous contraceptif, soit parce que son contraceptif avait été mal pris ou n'était pas adapté. Là aussi, je me pose la question de savoir pourquoi on crée une commission d'évaluation pour ne pas tirer les enseignements de ce qu'elle nous présente.

Je tiens à rappeler que le droit de planifier sa grossesse est un droit fondamental, de la même manière qu'une grossesse non désirée et contrainte constitue aussi une violation des droits fondamentaux et une violence faite aux femmes. Partant de ces constats, j'ose espérer que le gouvernement pourra prendre ses responsabilités par rapport à des recommandations qui sont on ne peut plus claires.

En ce qui concerne l'accouchement physiologique, à nouveau je ne comprends pas pourquoi mes deux questions ont été jointes. L'objectif de la contraception est de ne pas tomber enceinte et on y joint une question sur l'accouchement! C'est assez contradictoire, mais soit.

Vous nous dites qu'une grande proportion d'accouchements ont lieu à l'hôpital. Je pense qu'effectivement cette proportion risque de diminuer avec des mesures comme le raccourcissement du séjour en maternité, raison pour laquelle on doit pouvoir encourager les méthodes d'accouchement physiologique. C'est votre volonté.

Ce serait la philosophie du gouvernement, mais force est de constater que les structures qui permettent ce type d'accouchements restent l'exception; les structures qui existent pour ce faire restent très disparates en fonction de la région dans laquelle on se trouve. J'ose donc espérer qu'il y aura une volonté partagée entre le fédéral et les entités fédérées pour créer un équilibre qui me semble fondamental entre, d'une part, la liberté de choisir son médecin et le type d'accouchement...

Le **président**: Veuillez conclure.

12.05 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, j'avais deux questions.

Le **président**: Nous en avons tenu compte.

12.06 **Sophie Rohonyi** (DéFI): ... et, d'autre part, la garantie d'un accouchement en toute sécurité en répondant à des situations d'urgence ou aux éventuelles complications vu que les grossesses sont de plus en plus tardives.

12.07 **Laurence Zanchetta** (PS): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse au sujet de la contraception. Vous signalez que le pharmacien doit rester la personne de référence. Mais il est parfois plus facile pour certaines femmes de pousser la porte d'un planning que celle d'un pharmacien quand on ne connaît pas l'accueil qui sera réservé.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, u zou blijven tot 18.15 uur?

12.08 **Minister Frank Vandenbroucke**: Ik moet inderdaad vertrekken. Als mevrouw Gijbels en mevrouw Depoorter het ermee eens zijn om hun vragen om te zetten in schriftelijke vragen, dan zal ik ervoor zorgen dat zij meteen het antwoord krijgen.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55036984C van mevrouw Gijbels en vraag nr. 55036985C van mevrouw Depoorter worden dus omgezet in schriftelijke vragen.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.14 uur.

La réunion publique de commission est levée à 18 h 14.