

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 25 MAI 2021

DINSDAG 25 MEI 2021

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 39 et présidée par M. Hervé Rigot.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.39 uur en voorgezeten door de heer Hervé Rigot.

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 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les différences de remboursement en fonction du statut de conventionnement" (55016060C)

01 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verschillen in terugbetaling afhankelijk van de conventiestatus van de zorgverstrekker" (55016060C)

01.01 Catherine Fonck (cdH): *Monsieur le ministre, lors des débats au sujet du projet de loi relatif à la qualité de la pratique des soins (devenu la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé), des amendements que j'avais déposés et visant à mettre fin à la réduction de 25 % du taux de remboursement pour les prestations effectuées par les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les auxiliaires paramédicaux non conventionnés lorsque le quorum de 60 % d'adhésions individuelles à l'accord tarifaire est atteint, ont été adoptés.*

L'objectif de ces amendements (devenus les articles 85 et 86 de la loi) était de mettre fin à cette mesure qui a un impact financier direct sur le patient – vu que celui-ci est moins remboursé – alors même qu'elle résulte d'un choix du prestataire de soins. Il n'est donc pas acceptable de pénaliser le patient pour une décision de son prestataire de soins. De plus, cette mesure était difficilement justifiable car elle s'appliquait à certains professionnels de la santé (kinés, logopèdes, ...) mais pas à d'autres (médecins, dentistes).

La loi "qualité" du 22 avril 2019 qui entre en vigueur le 1er juillet 2021 prévoit, en son article 87, que "le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, la date d'entrée en vigueur des articles 85 et 86".

Quand allez-vous adopter cet arrêté royal? L'entrée en vigueur le 1er juillet 2021 de la loi du 22 avril 2019 ne doit pas vous empêcher d'adopter cet arrêté royal (qui pourrait également entrer en vigueur à cette date, comme c'est le cas pour l'arrêté royal du 10 septembre 2020 relatif à la permanence médicale par les médecins généralistes et à l'agrément des coopérations fonctionnelles qui entre en vigueur le 1er juillet 2021).

01.02 **Minister Frank Vandebroucke:** Votre question concerne la règle des moins 25 %. L'impact de cette règle est examiné dans le cadre du développement d'un trajet pluriannuel à l'INAMI, où les représentants des organismes assureurs, des dispensateurs de soins et de ma cellule stratégique sont impliqués, ainsi que d'autres experts compétents, et des représentants d'associations de patients. Cet examen doit tenir compte de la protection nécessaire et de la préservation de l'accessibilité aux soins pour les patients. Dans ce contexte, des alternatives devront être formulées pour promouvoir le conventionnement des prestataires de soins.

Ceci a pour but de préparer la fixation des objectifs prioritaires en matière de soins de santé pour la période 2022-2024, de l'approche en matière de soins efficaces et de l'établissement d'une trajectoire budgétaire pluriannuelle pour les soins de santé. À cette fin, une feuille de route concrète a été développée et convenue

au sein du comité de l'assurance, en tenant compte du fait que des propositions concrètes doivent, dans la mesure du possible, pouvoir être présentées au comité de l'assurance et au conseil général avant le 30 juin 2021.

Vu l'impact important pour les patients, les dispensateurs de soins et l'assurance obligatoire, il me semble opportun d'examiner d'abord ce dossier en détail avant de légiférer.

01.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, en fait il n'est pas nécessaire de légiférer puisque la loi le prévoit déjà. Je rappelle les articles 85 et 86 de la loi devenue celle du 22 avril 2019. En la matière, la législation est claire. Par contre, il reste un arrêté royal à prendre.

Je peux entendre que vous voulez promouvoir le conventionnement des soignants. Il en va de votre responsabilité et non de celle du patient. La réalité actuelle est qu'on pénalise des patients. C'est tout à fait inéquitable en matière d'accessibilité aux soins. Cela va aussi complètement à l'encontre du principe du droit pour le patient de choisir son soignant.

À vous de développer des accords et des synergies avec les soignants pour que le taux de conventionnement augmente - et nous savons que c'est possible.

Je plaide en faveur d'une mise à exécution des fameux articles 85 et 86 de la loi de 2019. En effet, pour rappel, celle-ci entrera en vigueur le 1^{er} juillet prochain. Il serait profondément injuste pour les patients de ne pas rendre pleinement exécutoires lesdits articles à cette date. Continuer de les pénaliser me paraît inacceptable. Par conséquent, j'ose espérer que des actes suivront très rapidement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement du cancer du sein triple négatif" (55016685C)

02 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van triple negatieve borstkanker" (55016685C)

02.01 Hervé Rigot (PS): *Monsieur le ministre, le cancer du sein est la forme de cancer la plus fréquente chez les femmes. Une femme sur huit est touchée dans sa vie. Selon la Fondation Registre du Cancer, il y a eu en 2016 en Belgique 10 735 nouveaux cas de cancers du sein chez les femmes, contre 111 chez les hommes.*

J'attire votre attention sur le cancer du sein triple négatif, qui présente un risque plus élevé de métastases et un pronostic plus défavorable que les autres sous-types de cancer du sein. Le cancer du sein triple négatif est diagnostiqué le plus souvent chez des femmes jeunes et non ménopausées (moins de 40 ans). Les risques de récurrences sont plus élevés dans ce cas.

Monsieur le ministre, le cancer du sein triple négatif ne bénéficie actuellement d'aucun traitement ciblé en Belgique et son pronostic est donc particulièrement mauvais. Quelles sont les solutions ciblant ce type de cancers dont souffrent des patients aujourd'hui? Certains patients se tournent vers les thérapies existantes aux Etats-Unis ou en Allemagne, où en sommes-nous en Belgique?

Selon un article d'ULiège, la définition de facteurs prédictifs de la réponse tumorale aux différents traitements et l'apport des thérapies ciblées sont deux pistes susceptibles d'améliorer la prise en charge et la survie des patients atteints par ce type de cancer extrêmement agressif. Quels sont les obstacles en Belgique qui empêchent le recours à ces thérapies employées dans d'autres pays?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je ne vous donnerai pas toutes les statistiques dont on dispose sur les cancers du sein triples négatifs. Un des problèmes, c'est que les traitements hormonaux ou les thérapies ciblées anti-HER2 ne peuvent pas être administrés puisque les tumeurs de ce type n'ont ni récepteurs d'oestrogène ou de progestérone, ni récepteurs HER2. Le cancer du sein triple négatif réagit bien à la chimiothérapie. Cependant, le risque de récurrence à cinq ans est élevé comparativement au cancer du sein à récepteurs hormono-positifs ou HER2 positifs. Ce risque diminue après cinq ans.

Les mêmes associations chimiothérapeutiques administrées pour les différents types de cancer du sein sont

proposées. Un sel de platine peut être rajouté au protocole de chimiothérapie au vu des résultats positifs de certaines études cliniques relatives au cancer du sein triple négatif.

L'immunothérapie pour traiter le cancer du sein triple négatif localement avancé ou métastatique peut aussi être une option dans le cas où la tumeur présente un taux d'expression protéinique élevé d'un certain biomarqueur, le PDL1.

À partir du 1^{er} avril, l'association de l'immunothérapie Tecentriq au Paclitaxel est remboursée dans ces cas. Pour toutes les immunothérapies, il existe un système qui prévoit le remboursement juste après l'approbation de l'Agence européenne des médicaments. Donc, si le cancer du sein triple négatif est ajouté comme indication dans une des immunothérapies, le traitement sera remboursé.

Une thérapie ciblée ou personnalisée vient d'être remboursée: le Vitrakvi. C'était dans le cas de la présence d'un bio-marqueur, le NTRK, qui peut être présent dans le cadre du cancer du sein triple négatif mais de fréquence très rare. Un bio-marqueur est plus prévalent pour ce type de cancer du sein. Ce sont les gènes BRCA2 ou BRCA1.

Une classe de molécules, les inhibiteurs de PARP, a montré son efficacité dans le traitement des cancers ovariens de haut grade qui présentent une mutation des gènes BRCA1 et est remboursée dans cette indication. Actuellement, deux traitements PARPi sont en cours de procédure auprès de la Commission de remboursement des médicaments. Grâce au remboursement lié des biomarqueurs et des médicaments, l'accès au diagnostic ne pose actuellement plus d'obstacle pour le traitement avec une thérapie ciblée. S'il y a des obstacles, ce sont plutôt des difficultés à trouver un remboursement acceptable et/ou efficace ou l'absence de dossier de demande par le fabricant dans notre système qui est axé sur l'offre.

02.03 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses détaillées. Ce cancer est particulièrement fulgurant. Le cancer du sein, c'est environ 11 000 nouveaux cas pour les femmes et 111 pour les hommes chaque année. Le triple négatif en est le plus ravageur. Il faut reconnaître que je reçois aujourd'hui des dizaines de témoignages de femmes qui doivent se tourner vers des thérapies qui sont mises en place notamment en Allemagne. Ces thérapies fonctionnent et leur espérance de vie est bien présente car elles sont en rémission et elles nous encouragent à faire le pas vers ces thérapies étrangères qui ont démontré leurs capacités.

C'est d'autant plus important car lorsqu'on est touché par ce cancer, on a envie de vivre et on ne doit pas se retrouver dans la situation de devoir choisir entre vivre ou ne pas vivre faute de moyens pour pouvoir se soigner. Je vous invite donc à continuer le combat pour labelliser et offrir le plus rapidement possible l'accès à ces thérapies qui ont fait leurs preuves en Allemagne mais aussi auprès de patientes belges qui ont pu en témoigner.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van Anneleen Van Bossuyt aan Sophie Wilmès (VEM Buitenlandse en Europese Zaken) over "De Europese bevoegdheden op het vlak van gezondheidszorg" (55016772C)

03 Question de Anneleen Van Bossuyt à Sophie Wilmès (VPM Affaires étrangères et européennes) sur "Les compétences européennes en matière de soins de santé" (55016772C)

03.01 Anneleen Van Bossuyt (N-VA): Ik verwijz naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Het optreden van de EU in deze coronacrisis kreeg heel wat kritiek. Er zou te weinig coördinatie en communicatie zijn tussen de lidstaten die elk eigen maatregelen namen die vaak tegengesteld waren aan die van andere lidstaten. Als antwoord op de gebrekkige EU-coördinatie, stellen sommigen voor om de EU dan maar eigen bevoegdheden te geven op het vlak van gezondheidszorg. Afgelopen week gaf zelfs de Duitse bondskanselier Merkel aan dat ze openstaat voor wijzigingen aan de oprichtingsverdragen van de EU om onder andere op die manier de EU bevoegdheden te geven op het vlak van gezondheidsbeleid.

Heeft de minister kennis genomen van de uitspraken van bondskanselier Merkel?

Merkt de minister dat dit debat leeft op Europees niveau?

Wat is het standpunt van België in deze? Bent u het ermee eens dat de EU voor wat betreft gezondheidsbeleid enkel een coördinerende rol kan spelen en er dus geen sprake kan zijn van een bevoegdheidsoverdracht? Heeft u dit standpunt ook reeds zo verdedigd bij uw Europese collega's?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De pandemie heeft heel wat lacunes blootgelegd in het gezondheidssysteem in Europa. Dat gold voor de lidstaten zelf, met tekortkomingen op het vlak van paraatheid en tracering en een gebrek aan apparatuur, beschermingsmiddelen en testen. Voorts zagen we de nood om de meest kwetsbaren effectief en snel te beschermen. Er waren echter ook lacunes op een hoger niveau, bijvoorbeeld het gebrek aan eenvormigheid in de aanpak en aan solidariteit tussen de landen. De Europese Commissie heeft daarom, binnen het huidige Europese verdragskader, de EU Health Union gelanceerd.

Die gezondheidsunie is eigenlijk een bundeling van initiatieven en ik geef de drie belangrijkste dimensies. Ten eerste gaat het om de opwaardering van het *health security framework* om beter te anticiperen op gezondheidsrisico's door middel van een sectoroverschrijdende aanpak, en om coördinatie en het versterken van de slagkracht van het Health Security Committee. Er wordt tevens een Europese alarmfase ingevoerd en een onafhankelijk adviescomité opgericht. Er komt bovendien een gecoördineerde medische respons op het niveau van de EU, alsook een bindend crisisplan voor de EU. Dat alles valt onder de versterking van het *health security framework*.

Ten tweede wordt het mandaat van het Europese Centre for Disease Prevention and Control versterkt door de verbetering van het bewakings- en monitoringsysteem, de coördinatie van expertennetwerken voor de controle van uitbraken, het opzetten van een geautomatiseerd systeem voor de tracering van contacten en internationale samenwerking en coördinatie.

Ten derde wordt het mandaat van het Europese Geneesmiddelenagentschap versterkt om een beter zicht te krijgen op tekorten van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen bij een noodtoestand, de kwaliteit, de veiligheid en de werkzaamheid van mogelijke geneesmiddelen beter te bewaken en de soepele werking van deskundigenpanels te bevorderen. Tot daar de drie grote dimensies van de gezondheidsunie, zoals ik ze zie.

Daarnaast zijn er besprekingen gaande over de oprichting van de EU Health Emergency Preparedness and Response Authority, HERA, naar analogie van de BARDA in de Verenigde Staten. We verwachten ter zake in het najaar een regelgevend initiatief.

Ons land is een sterke voorstander van dergelijke initiatieven door de Europese Commissie, die kunnen worden opgezet zonder dat verdragsteksten moeten worden gewijzigd. Men zet daarmee binnen het verdrag stappen in de noodzakelijke goede richting.

U zou kunnen opwerpen dat, wil men een echte gezondheidsunie verankeren, er toch een verdragswijziging nodig is. Maar zoiets kan lang duren en vergt veel onderhandelingen. Hier lopen momenteel geen gesprekken over. Als u mijn persoonlijke mening vraagt, dan denk ik dat we dat wel in ons achterhoofd moeten houden, bijvoorbeeld in het kader van de conferentie over de toekomst van Europa.

03.03 **Anneleen Van Bossuyt (N-VA)**: Mijnheer de minister, uw antwoord baart mij enigszins zorgen. Onze partij pleit er heel duidelijk voor om, zeker in het kader van de coronapandemie, een beroep te doen op onze Europese samenwerking, die toch uniek is. Die heeft op bepaalde vlakken geloond.

Bovendien verwijs ik graag naar het voorstel van resolutie van mevrouw Depoorter, mevrouw Gijbels en mezelf om voor toekomstige pandemieën de Europese aanpak te bepleiten. We roepen u op om een heel aantal zaken op Europees niveau aan te pakken, bijvoorbeeld het vermijden van handelsbeperkende maatregelen en het aanwenden van de Europese solidariteit.

Ik ben bezorgd wanneer ik u hoor spreken over verdragswijzigingen, waar u ongetwijfeld mee bedoelt dat er ook bijkomende bevoegdheden op dat vlak naar de Europese Unie moeten worden overgeheveld. Dat is mijns inziens niet de goede aanpak. Er zijn zo veel verschillen onder andere in de gezondheidszorg tussen de verschillende lidstaten en elke lidstaat moet zelf kunnen blijven kiezen hoe ver hij gaat in het bieden van gezondheidszorg en de uittekening van zijn gezondheidsbeleid. De Europese Unie mag die zaken niet voor ons bepalen, net omdat de verschillen zo groot zijn. We zien zelfs al verschillen in eigen land.

We zien bijvoorbeeld dat Vlaanderen veel meer inzet op eerstelijnsgezondheidszorg, terwijl er in Wallonië veel sneller wordt doorverwezen naar specialisten. Als de verschillen in ons land al zo groot zijn, hoe zou er dan op Europees niveau één beleid bepaald worden?

Op Europese samenwerking, coördinatie en ondersteuning zeg ik ja. Maar Europa bevoegdheden ter zake verlenen, lijkt me alvast niet de juiste weg.

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

04 **Samengevoegde vragen van**

- Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Extra handen aan het bed" (55016708C)

- Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De maatregelen voor een betere verloning van de verpleegkundigen" (55016980C)

- Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Meetmethode en evaluatie in het kader van het Zorgpersoneelfonds" (55017564C)

04 **Questions jointes de**

- Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le renforcement du personnel soignant dans les hôpitaux" (55016708C)

- Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures visant à améliorer la rémunération du personnel infirmier" (55016980C)

- Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La méthode de mesure et l'évaluation dans le cadre du Fonds blouses blanches" (55017564C)

04.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik kan niet verwijzen naar mijn schriftelijk ingediende vragen omdat zij meer dan een maand geleden werden ingediend en een update vragen.

Ik zal de vragen kort samenvatten. U weet dat ik de maatregelen rond verpleegkundigen en de steun voor deze beroepsgroep heel goed opvolg. Mijn vraag was ingediend om daarvan een update te krijgen. Het fonds 'witte woede' werd ondertussen goedgekeurd en het is goed dat mijn vraag nr. 55017564C daaraan gekoppeld werd want die gaat over hoe dat in de praktijk wordt gemeten voor de taken die wij tijdens de parlementaire bespreking hebben vermeld en waarop het kabinet nog antwoorden zou verstrekken. Hoe wordt gemeten wat de bestaande qua verpleging en zorgpersoneel vandaag is? Als u de metingen hebt, hoeveel bedragen die? Hoe zal gemeten worden of de maatregelen die genomen zijn – in concreto het fonds 'witte woede' – ertoe zullen leiden dat de werkdruk afneemt?

Ten tweede, voor wat betreft de consumptiecheque van 300 euro voor het personeel van de ziekenhuizen, zei u vorige keer dat u verwees naar het akkoord tussen de zorginstellingen en de uitgevers van die cheques. Ik zou van u graag horen hoever het daarmee staat.

Ten derde, wat het IFIC betreft, kreeg ik ook graag een update.

Ten slotte, wat betreft de aanmoedigingspremie, heeft u in uw laatste antwoord verwezen naar het RIZIV en het koninklijk besluit daarover. U verwachtte toen dat het KB daarover zou afgerond worden. Mijn vraag is of dat verlopen is zoals u vermoedde? Wanneer zullen al de maatregelen rond zijn en kunnen het zorgpersoneel en de verpleegkundigen die centen op hun rekening verwachten?

04.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Camp, er liggen eigenlijk drie vragen voor, namelijk vraag 55016708C over extra handen aan het bed, vraag 55016980C over maatregelen voor een betere verloning van de verpleegkundigen en vraag 55017564C over de meetmethoden en de evaluatie, de vraag waarnaar u verwezen hebt. Ik stel voor dat ik begin met het antwoord op die laatste vraag en daarna naar de twee voorgaande vragen terugkeer.

Ik behandel dus eerst uw vraag over de meetmethoden en het Zorgpersoneelfonds. Het akkoord tussen de sociale partners, tot stand gekomen midden maart 2021, heeft het mogelijk gemaakt om criteria te verbijzonderen die in aanmerking komen voor de uitgaven voor het scheppen van banen en voor het verbeteren van de arbeidsomstandigheden van het verplegend personeel die voor het jaar 2020 ten laste van het zorgpersoneel konden worden genomen. De overeenkomst heeft ook toegelaten om de inhoud vast te stellen van het rapport over de besteding van de budgetten, een rapport dat het ziekenhuis aan het lokaal

sociaal overlegorgaan moet verzenden.

Ik specificeer verder de inhoud en de criteria van het rapport.

Een eerste criterium handelt over de netto creatie van tewerkstelling. Ten eerste gaat het om het type personeel dat in aanmerking komt, ten tweede, het type aanwervingen dat in aanmerking komt. Ten derde, de aanwervingen moeten verminderd worden met de aanwervingen die gefinancierd zijn via andere middelen. Ten vierde, over de besteding van de middelen voor die aanwervingen moet voorafgaandelijk lokaal sociaal overleg gepleegd zijn met het oog op een akkoord binnen het lokale sociaaloverlegorgaan, met uitzondering van de aanwervingen, functies en bestedingen uitgevoerd vóór 1 oktober 2020, die gewoon het voorwerp moeten uitmaken van informatie aan het lokale sociaaloverlegorgaan, met uitzondering dan weer van de aanwervingen gefinancierd door de sociale Maribel, waarvoor er hoe dan ook een akkoord moet bestaan in het lokale sociaaloverlegorgaan.

Een tweede criterium gaat over de verbetering van de arbeidsvoorwaarden.

Een derde criterium is de rapportering, waarover overeengekomen werd wat de inhoud ervan moet zijn.

Dan werd gezegd dat een kopie van het rapport uiterlijk op 31 maart 2021 aan mijn administratie moest worden verzonden, wat ook gebeurd is. De analyse van de rapporten van meer dan 160 ziekenhuizen wordt momenteel door mijn administratie uitgevoerd. Dat moet toelaten om de besteding van de middelen van het fonds goed te evalueren. Ik heb daar nu dus nog geen analyse van, mevrouw Van Camp, maar ik hoop die over een paar weken toch wel te hebben. Daarmee heb ik wat ingezoomd op uw laatste vraag over criteria, rapportering en methode.

U had ook vragen over de zelfstandige thuisverpleegkundigen. Het luik van het Zorgpersoneelfonds inzake de zelfstandige thuisverpleegkundigen slaat op vergoedingen aan verpleegkundigen en zorgkundigen die intreden of herintreden in de sector van de thuisverpleging. Die vergoedingen worden gekoppeld aan het doorlopen van een opleidingstraject en een praktijkstage. Daarnaast wordt de mogelijkheid gecreëerd voor een tussenkomst bij administratieve lasten, zodat ze meer tijd kunnen besteden aan het daadwerkelijk verzorgen van de mensen. Nu blijkt het toch wel een meer complexe oefening te zijn om daarvoor een gebalanceerd voorstel uit te werken. De administratie is daarbij nog steeds in overleg met vertegenwoordigers van de zelfstandige thuisverpleegkundigen.

Ik kom dan tot de verdeling en het gebruik van de begroting van het Zorgpersoneelfonds voor het jaar 2021. U hebt het gezegd: recent werd dat wetsvoorstel goedgekeurd, daar ga ik dus nu niet meer over zeggen.

Wat de consumptiecheques betreft, is mijn informatie dat deze overeenkomsten op het terrein worden uitgevoerd. Dat vraagt inderdaad opnieuw overleg. Ik moet u teleurstellen, maar ik beschik niet over exacte cijfers. Mij werd gezegd dat de ziekenhuizen op het terrein momenteel het nodige doen om de consumptiecheques zo snel mogelijk toe te kennen, hetzij via een uitbreiding van het bestaande contract met het uitgeven van cheques, hetzij via een specifieke aanbesteding.

Dan had u het ook nog over het IFIC. Wat de inzet van het IFIC in het kader van het sociaal akkoord 2021-2022 betreft, wordt de overgang naar honderd procent invoering in de federale private sectoren, die vanaf 1 juni van toepassing zal zijn, volop voorbereid. In de federale publieke sectoren zijn de besprekingen nog aan de gang. Mijn beleidscel volgt dat van dichtbij.

Wat betreft de eenmalige aanmoedigingspremie voor zelfstandige thuisverpleegkundigen, werd op 26 april het KB gepubliceerd. Het RIZIV heeft daarover gecommuniceerd via zijn website, waar ook de operationele procedure wordt uitgelegd. Zorgverleners moeten voor de eenmalige aanmoedigingspremie geen aanvraag indienen. Zij hadden tot 17 mei de tijd om via MyRiziv een rekeningnummer te laten registreren waarop de premie wordt betaald. Als er voor hen al een rekeningnummer was geregistreerd dat gebruikt mag worden voor de premie, hoefden zij niets te doen.

Intussen worden de vereiste gegevens ingezameld, onder andere bij het Nationaal Intermutualistisch College en het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen, zodat het RIZIV ze kan verwerken en kan bepalen aan wie welk bedrag wordt toegekend, overeenkomstig de modaliteiten in het besluit. Als alles goed loopt – ik spreek met twee woorden, mevrouw Van Camp, want ik weet dat u daar belang aan hecht –, dan zal de concrete betaling normaliter in de loop van juni gebeuren.

04.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijnheer de minister, het doet mij plezier dat u de vragen van de verpleegkundigen zo ter harte neemt. Wat het inhoudelijke betreft, betreur ik natuurlijk wel dat de aankondiging altijd heel vroeg komt en de uitvoering laat. Als alles in orde komt en de premie op de rekeningen van het zorgpersoneel verschijnt, des te beter, maar daar wordt een heel lange weg voor afgelegd.

Wij zijn bovendien ook niet 100 % zeker van de juiste besteding. U zegt immers dat men nog volop de gegevens inzake het Zorgpersoneelfonds aan het verwerken is. Naar aanleiding van het wetgevend werk ter zake hadden wij al opgemerkt dat wij vreesden dat de middelen ook in andere diensten gebruikt zouden worden, als zij niet verankerd werden voor het zorgpersoneel. Vanuit de praktijk bereiken mij signalen dat er aanwervingen gebeuren op diensten als ICT, de apotheken en dergelijke met het geld van het Zorgpersoneelfonds, dat voor de verpleging bedoeld is. Ik ben dus heel benieuwd wat de analyse van de gegevens zal opleveren en hoop dat dat nog kan worden rechtgezet.

In verband met de zelfstandige thuisverpleging, en de zelfstandige verpleging in het algemeen, begrijp ik dat het overleg nog altijd loopt. Dus dat zullen we zeker verder opvolgen.

Ook het overleg over de consumptiecheques loopt dus nog, zodat u geen exacte cijfers hebt over de afgesloten akkoorden. Ik hoop dat dat zo snel mogelijk zal gebeuren, zodat het personeel kan rekenen op die tegemoetkomingen. Ook IFIC is nog in voorbereiding, maar voor de aanmoedigingspremie is toch enige vooruitgang geboekt met het KB dat recent gepubliceerd is. Hopelijk staan die middelen dan in juni op de rekening van het zorgpersoneel, maar we zullen daar, naar goede gewoonte, zeker nog naar vragen in deze commissie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La dépenalisation des substances psychédéliques à usage médical" (55016838C)

05 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De depenalisering van het gebruik van psychedelische stoffen voor medicinale doeleinden" (55016838C)

05.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, de nombreuses études étrangères, comme *The Lancet* ou *Johns Hopkins*, prouvent les effets bénéfiques des substances psychédéliques contre la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique ou encore les troubles alimentaires. Ces substances peuvent être des champignons hallucinogènes, du LSD ou de la MDMA. Il est ici question de médecine mentale et non d'usage récréatif.

Pour l'instant, ces drogues sont illégales et toute consommation est pénalisable, même à usage thérapeutique. Le groupe Psychedelic Society Belgium, qui regroupe une vingtaine de spécialistes, réclame la sortie des substances psychédéliques du Code pénal belge. Pour ce faire, il faudrait modifier la loi drogues, ce qui a été fait à plusieurs reprises via un arrêté royal pour l'usage de la méthadone ou du cannabis, par exemple.

À l'heure où la santé mentale des Belges est au plus bas en raison de la pandémie, il faudrait peut-être pouvoir briser certains tabous afin d'utiliser un arsenal avec le plus grand éventail pharmacologique possible.

Monsieur le ministre, quelle est votre opinion sur la dépenalisation de certaines substances psychédéliques à usage médical? Comptez-vous, dans le courant de la législature ou en fonction de l'évolution de votre réflexion, modifier la loi drogues par un arrêté royal afin que certaines de ces substances puissent être appliquées en matière de santé mentale?

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, monsieur Prévot, aucune autre étude sur ces substances n'est aujourd'hui en cours en Belgique. Des études ont bien été approuvées par des autorités compétentes et des comités éthiques d'autres pays de l'Union européenne pour ce qui concerne la MDMA ou la psilocybine. Une étude est approuvée uniquement par l'autorité compétente des Pays-Bas pour le LSD.

Pour ce qui est de la dépénalisation de ces substances, les substances LSD et MDMA sont reprises dans l'annexe IIA de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 réglementant les substances stupéfiantes et psychotropes. Il s'agit de substances ayant un potentiel d'abus présentant un risque grave pour la santé publique et une faible valeur thérapeutique. Ceci résulte de leur classification au tableau 1 de la convention sur les psychotropes de l'ONU.

Cependant, un usage médical n'est pas exclu pour autant que celui-ci soit très limité et supervisé par des personnes travaillant dans des établissements médicaux ou scientifiques relevant directement du gouvernement ou autorisés par lui. Il ne s'agit donc pas d'une interdiction d'usage médical, comme c'est le cas aux États-Unis, mais d'un usage contrôlé tenant compte du risque d'abus.

En ce qui concerne les champignons hallucinogènes, la substance active, la psilocybine, tombe également sous l'annexe IIA. Les champignons mêmes tombent sous l'annexe IV. Ceci veut dire que ces champignons restent des substances contrôlées mais que l'usage médical ne doit pas être spécialement limité, ni être limité aux établissements susmentionnés.

Concernant ma position sur cette question, j'ajouterai que l'usage médical d'une substance doit se faire sur la base d'études de qualité, qui permettent d'évaluer, entre autres, la balance risques-bénéfices pour une indication thérapeutique. Si cette balance est favorable, la substance peut être autorisée pour cette indication thérapeutique. Vu que les substances en question ont un potentiel d'abus important, il me semble clair que les bénéfices devront être suffisamment importants pour que ces substances soient autorisées comme médicament.

05.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, merci d'avoir fait état de votre position. Je suis tout à fait d'accord avec vous. L'usage ne peut être envisagé que sur la base d'études et de ce fameux et sacro-saint principe risques-bénéfices, qui me tient particulièrement à cœur.

J'avais souhaité vous interroger sur ce que j'avais lu concernant ce fameux groupe Psychedelic Society Belgium, qui regroupe une vingtaine de socialistes, et qui réclame, peut-être sans nuances – ce qui est certainement le souci de leurs propos –, la sortie des substances psychédéliques du Code pénal. Effectivement, le débat peut avoir lieu sans tabou.

J'entends qu'aucune nouvelle étude n'est lancée pour l'instant en Belgique. J'entends toutes les réserves présentes dans différents rapports. Tout comme vous, je prône la prudence. Pour moi, l'usage peut être éventuellement envisagé mais sur la base d'études claires, ce qui n'est pas le cas pour l'instant, et sur la base du fameux principe risques-bénéfices que vous avez rappelé.

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

06 Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Engelse versie van de suikertaks en het toekomstige actieplan inzake voeding en gezondheid" (55016845C)

06 Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La version anglaise de la taxe sur les sodas et le futur plan d'action Alimentation et santé" (55016845C)

06.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag ligt al een tijd te wachten omdat onze vragensessies al enkele keren door onvoorziene omstandigheden zijn uitgesteld. Maar ik vind het toch belangrijk om het er even met u over te hebben.

Begin maart 2021 verscheen in *Het Nieuwsblad* een artikel over de suikertaks in het Verenigd Koninkrijk. Daar konden we zeer positieve signalen horen. Na een gewenningsperiode van twee jaar kwamen de eerste resultaten binnen. Het gaat om een hogere taks dan degene die we in België gebruiken van ongeveer 20 eurocent per fles frisdrank.

Uit de cijfers van het VK blijkt dat bedrijven op deze manier echt worden gestimuleerd om gezondere versies van hun frisdranken te maken zonder suiker. De taks zou bovendien geen negatieve impact hebben op deze bedrijven.

Ook interessant is dat de opbrengst gebruikt wordt voor sensibilisering van gezonde voeding. Dat is steeds een mankement geweest in onze suikertaks, vind ik. Dat maakt dat het eigenlijk niet gaat over een suikertaks. Ik denk immers dat ik even allergisch ben voor dat woord taks als u. Het gaat eigenlijk over een prijsstrategie. Via prijssturingen gaat men ervoor zorgen dat de gezonde versie de goedkoopste is, of toch in ieder geval de aantrekkelijkste prijs heeft.

Ook in de Europese van-boer-tot-bordstrategie rond voeding zitten een aantal hefboomen om rond de prijsstrategieën te werken. Ook het Vlaams Instituut Gezond Leven, u niet onbekend, is daar een absolute voorstander van.

In het artikel van *Het Nieuwsblad* van 12 maart 2021 wilde u nog niet vooruitlopen op de inhoud, maar u gaf wel prijs dat er een toekomstig plan rond voeding en gezondheid in de pijplijn zit. Als u op dit moment ook nog geen inhoud wil geven, wil ik dat zeker respecteren.

Wat is de timing van het toekomstige plan voeding en gezondheid voor ons land? Hoe kijkt u naar de frisdrankentaks in het VK en onze huidige frisdranktaks op federaal niveau? Hoe staat u tegenover de plannen van de van-boer-tot-bordstrategie en gezonde voeding om niet van een taks te spreken, maar wel van prijsstrategieën? In het bijzonder ben ik geïnteresseerd in hoe we de keuze voor gezonde voeding de meest logische kunnen maken bij de consumenten.

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Als achtergrond is er het Federale Voedings- en Gezondheidsplan dat al in 2006 gelanceerd is. Het is mijn intentie om in het kader van dit plan een aantal nieuwe acties te implementeren voor de periode van 2021 tot 2025, binnen de vijf prioritaire strategische krachtlijnen. Ik som ze nog even op. De eerste krachtlijn is het engagement van de privésector. Dat heeft te maken met het herformuleren en nutritioneel verbeteren van de producten en de voedselmarketing. De tweede krachtlijn heeft betrekking op borstvoeding en ondervoeding. De derde krachtlijn betreft het tekort aan micronutriënten. De vierde krachtlijn gaat over de monitoring en de voedselconsumptiepeiling. De vijfde krachtlijn betreft het wetenschappelijk onderzoek.

Mijn administratie werkt momenteel aan de uitwerking van deze nieuwe acties, in een context die uiteraard bijzonder is maar die wel heeft aangetoond dat gezonde en evenwichtige voeding en voldoende lichaamsbeweging erg belangrijk zijn. Ik zal enkele initiatieven opsommen die al genomen werden in dit kader.

In het kader van de eerste krachtlijn van het federale plan, het engagement van de privésector, werd in 2012 samen met Fevia en Comeos het Convenant Evenwichtige Voeding op poten gezet om het gehalte aan zout, suiker, vet en calorieën te verlagen. Sinds 2012 hebben de verschillende sectoren op vrijwillige basis nutritionele verbeteringen doorgevoerd. In 2018 heeft Euromonitor een onafhankelijke monitoring gerealiseerd. Die kwam tot de conclusie dat we tussen 2012 en 2016 14 kilocalorieën per dag afkomstig uit voorverpakte producten minder consumeerden. Een persoon met overgewicht of obesitas heeft een dagelijks overschot van respectievelijk 50 of 103 kilocalorieën. De reductie met 14 kilocalorieën per dag kan dus gezien worden als een stap in de goede richting.

Die inspanningen worden nog steeds voortgezet. Er loopt een nieuwe monitoring van 2018 tot 2020, waarvan wij nu nog geen resultaten hebben.

Sciensano werkt in het kader van het project Nutri-Track in samenwerking met de FOD Volksgezondheid ook aan de monitoring van de producten die sinds 2018 op de markt worden verkocht om de aanpassing van de samenstelling van voedingsproducten van de voedingsindustrie en van de distributeurs te meten.

Vervolgens, om de voedingssector aan te moedigen om de samenstellingen van producten aan te passen en met het oog op meer transparantie op productniveau, heeft België zich sinds april 2019 aangesloten bij het voedingslogo Nutri-Score. Dat logo maakt het mogelijk om gezondere keuzes te maken en de producten binnen eenzelfde productcategorie onderling te vergelijken. De Belgische distributeurs hebben zich in groten getale aangesloten bij dat logo door het te implementeren voor hun eigen merkproducten, maar ook voor de merkproducten op hun verkoopssite en/of op de prijsetiketten. Nutri-Score is een krachtig nudging tool voor gezondheidsproducten, waarvoor wij op Europees niveau pleiten voor een veralgemeend en zelfs verplicht gebruik.

Ten slotte, de federale regering heeft in 2016 in het kader van de taxshift opnieuw een accijns ingevoerd op

suikerhoudende en gezoete dranken, een stijging van 3 eurocent per liter en 1 eurocent per blikje. Die stijging is niet groot en volstaat op zich niet om voedingsgewoonten te veranderen, dus ik denk dat wij dat verder moeten bekijken. Het gebruik van fiscaliteit met het oog op een gezond voedingsbeleid is naar mijn mening echt een debat waard. Zoiets vergt natuurlijk zeer veel overleg. Men moet denken in termen van positieve incentives en natuurlijk rekening houden met het feit dat de meest kwetsbare sociale en/of economische bevolkingsgroepen vaak ook groepen zijn die het meest nood hebben aan een verbetering van de gezondheid van hun voeding. Over al die elementen moet worden nagedacht – al denk ik niet dat ik u ervan moet overtuigen, mevrouw Creemers – bij het gebruik van fiscaliteit in een gezonde voedingsstrategie. Dat vind ik persoonlijk absoluut een debat waard.

06.03 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord.

Ik ben blij te vernemen dat u het zeker een debat zeker waard vindt om te bekijken hoe we hiervoor in de fiscaliteit positieve incentives kunnen geven. U haalt een aantal heel terechte zaken aan, zoals dat we het aantal kilocalorieën in voorverpakte producten hebben kunnen verlagen. Ik heb de studies rond zout en suiker gelezen en ook op dat vlak zijn er zeker stappen gezet.

Ik weet dat we daar niet op een paar maanden geraken, maar waar we naartoe moeten, is dat het goedkoper moet zijn om met ingrediënten van dicht bij huis een verse lasagne te maken dan een voorverpakte lasagne, zodat we dus zelf in de hand hebben hoeveel vetten en suiker we daarin stoppen. De Farm to Fork Strategy geeft ons de tools om daar volop voor te gaan.

Ik ben absoluut fan van de Nutri-Score, maar ik kijk ook uit naar initiatieven, zoals een aantal supermarkten die nu al nemen, waarbij zij ook de duurzaamheidsscore op het etiket vermelden. U vindt in ons zeker een partner om daarin grote stappen te zetten tussen nu en 2024.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 **Vraag van Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van obesitas na een covidbesmetting" (55016874C)**

07 **Question de Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi de l'obésité après une contamination au coronavirus" (55016874C)**

07.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de ingediende vraag, waarvoor ik de inspiratie bij mevrouw Depoorter haalde, waarvoor mijn dank.

Al meermaals is aangetoond dat obesitas een verhoogde risicofactor is om ernstig ziek te worden door corona. Uit cijfers van Sciensano blijkt dat van alle patiënten die sinds het begin van de epidemie gehospitaliseerd werden, er 11,5% obesitas hadden.

Hoe wordt die 11,5% die met obesitas kampt, opgevolgd eenmaal ze (hopelijk) genezen van covid en uit het ziekenhuis ontslagen worden? Worden zij doorverwezen naar diëtist bijvoorbeeld?

Hoe staat het met uw plan voor de aanpak van obesitas? U had aangegeven, als antwoord op mijn vraag hierover uit december 2020, dit versneld te willen invoeren omwille van het feit dat mensen die met obesitas kampen zwaarder ziek worden van covid.

07.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Het hoeft geen betoog dat overgewicht het risico verhoogt dat covidpatiënten op intensieve zorg belanden. Verschillende universitaire en niet-universitaire centra hebben na de eerste en de tweede covidgolf patiënten na hun ontslag uit het ziekenhuis opgevolgd. De invulling van de follow-up verschilt echter naargelang de betrokken centra. Behalve de voor de hand liggende aandachtspunten, zoals pneumologische revalidatie en kinesitherapie hebben sommige centra ook aandacht voor de nutritionele toestand van de patiënt. Een raadpleging bij een diëtist wordt op het ogenblik niet terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering.

Er wordt nu gewerkt aan uniforme richtlijnen voor de opvolging na een doorgemaakte COVID-19-ziekte. Daarbij wordt geïdentificeerd wat de voornaamste noden van de patiënten zijn en wat momenteel niet of onvoldoende in de regelgeving is opgenomen. Het nutritionele aspect moeten wij daarbij echt onder de loep nemen.

Meer in het algemeen is zwaarlijvigheid een groeiend gezondheidsprobleem. Tussen 1998 en 2018, dus op twintig jaar tijd, is het aantal zwaarlijvigen in België met een BMI van 30 of meer gegroeid van 10,8 % naar 15,9 %. Uit enquêtes van Sciensano blijkt bovendien dat de coronapandemie voor een op de drie volwassenen leidde tot een negatieve impact op het lichaamsgewicht.

Wij werken nu aan een dynamisch meerjarenbegrotingstraject 2020-2024 voor het RIZIV met een focus op doelmatige zorg, waarbij wij ook strategische doelstellingen uitwerken. Daarin moet obesitas ongetwijfeld aan bod komen. De mogelijkheid tot het opstarten van een voortraject obesitas, waarbij een multidisciplinaire aanpak vooropstaat, wordt nu onderzocht.

Ten slotte, in de aanpak van COVID-19 komen mensen tussen 45 en 64 jaar met een BMI van 30 of meer prioritair in aanmerking voor een covidvaccin teneinde zware ziekte te vermijden.

07.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik begrijp dat er buiten het reguliere kader nog niet meteen maatregelen werden genomen. Misschien kunt u de kwestie eens bekijken? Ik neem aan dat dat niet evident was tijdens de meest acute fase, maar intussen zijn we hopelijk toch al een stuk gevorderd in onze aanpak en lijkt het me interessant om extra in te zetten op de doelgroep die de ziekte heeft doorgemaakt. Ik hoop dat u daar alsnog werk wilt van maken en dat u hiermee rekening houdt voor uw langetermijnplannen.

Mevrouw Creemers had het daarnet al over een structurele aanpak rond obesitas, maar dat staat los van mijn vraag, die echt polst naar de mogelijkheid voor covidpatiënten die al opgenomen zijn en zich op dat moment bewust zijn van de risicofactor van zwaarlijvigheid, om beter te kunnen worden begeleid. U zei zelf al dat de niet-terugbetaling van de raadpleging van een diëtist alvast niet helpt en hopelijk houdt u daarmee rekening in uw langetermijnplannen. De steun van de N-VA-fractie hebt u alvast.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van Yoleen Van Camp aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verlagen van het nicotinegehalte in sigaretten" (55016979C)

08 Question de Yoleen Van Camp à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réduction de la teneur en nicotine des cigarettes" (55016979C)

08.01 Yoleen Van Camp (N-VA): *Mijnheer de minister, volgens de Amerikaanse pers overweegt de Amerikaanse regering-Biden om tabaksfabrikanten te verplichten de nicotine in alle sigaretten die in de VS worden verkocht te verlagen tot een niveau waarop ze niet langer verslavend zijn.*

Bent u op de hoogte van dit plan? Staat u persoonlijk achter zo een initiatief? Overweegt u om dit ook hier op te leggen?

08.02 Minister Frank Vandebroucke: *Mijnheer de voorzitter, ik ben op de hoogte van de informatie over wat er in de Amerikaanse pers staat met betrekking tot wat de Bidenadministratie overweegt te doen. Ik denk niet dat er iets beslist is. We moeten dus een beetje voorzichtig zijn met deze informatie. We zullen dat natuurlijk opvolgen.*

Het is wel zo dat een aantal Amerikaanse wetenschappers al velen jaren werkt rond dit specifieke probleem. Ze pleiten voor de invoering van maatregelen die het nicotinegehalte van op de markt gebrachte tabaksproducten drastisch verlagen, tot op een niveau dat niet langer verslavend is.

Ik ben natuurlijk tevreden met de aandacht die tabak krijgt in de vragen, omdat ik van oordeel ben dat we daarover ook ambitieuze plannen moeten ontwikkelen. Ik heb al gezegd dat ik tijdens deze legislatuur een nationale langetermijnstrategie wil uitwerken met duidelijke doelstellingen voor het terugdringen van tabaksgebruik bij jongeren en bij de algemene bevolking, met als doel binnen twintig jaar een rookvrije generatie te bekomen.

Dat plan moet worden opgesteld binnen de algemene cel Drugsbeleid. Ik wil niet vooruitlopen op het resultaat van discussies tussen experts die in dat kader zullen plaatsvinden. Ik stel echter vast dat een dergelijke maatregel momenteel niet is opgenomen in de kaderovereenkomst van de WHO inzake tabaksbeheersing, die de ideale koers bepaalt voor het beleid op dat vlak.

Bovendien is het nicotinegehalte dat momenteel is toegelaten in tabaksproducten die in België worden verkocht vastgelegd in een Europese richtlijn. Dit soort kwesties moet dus geregeld worden op het niveau van de Europese Unie en niet op Belgisch niveau.

Tot slot is het zo dat nog geen enkel land deze bepaling geïmplementeerd heeft. Bijgevolg kan ik ook nog niet zeggen wat de concrete impact daarvan is op het tabaksgebruik.

08.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het eerlijke antwoord. Misschien zal het tegen dat het moment waarop het plan op poten wordt gezet duidelijk zijn of het geïmplementeerd kan worden, in de Verenigde Staten of bij ons. Ik hoop in elk geval dat u het zult onderzoeken.

Het is zeker geen slecht idee om in te zetten op voldoende wetenschappelijk onderbouwde maatregelen maar maatregelen als deze behoeven geen tien studies om uit te maken dat ze ook op lange termijn kunnen helpen om het tabaksgebruik terug te dringen. We zouden hiermee kunnen pionieren. Niet alle maatregelen op dit vlak hoeven met een groot aantal studies onderbouwd te worden. De fractie Groen verwees er al naar, het is belangrijk om de bevolking met dit soort maatregelen te begeleiden in het maken van de beste keuze. Wij onderschrijven dat zeker. We hopen dat u wil bekijken of het interessant zou zijn om hiermee te pionieren als u met uw tabaksplan komt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'usage inquiétant du cannabis synthétique" (55017033C)

09 Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het zorgwekkende gebruik van synthetische cannabis" (55017033C)

09.01 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, permettez-moi cette question sur l'usage inquiétant du cannabis synthétique. Cette substance chimique fabriquée pour ses effets psychotropes semble avoir des effets plus ou moins similaires à ceux du cannabis. Elle semble se présenter sous de multiples formes, notamment la forme liquide à mettre dans les vapoteuses. Il semble toutefois que les professionnels de la santé n'aient que très peu d'informations sur les caractéristiques pharmacologiques du cannabis synthétique et sur ses conséquences néfastes sur l'organisme.

Actuellement, deux tendances principales préoccupent certains experts, à savoir la pulvérisation du cannabis de synthèse sur le véritable cannabis, et la consommation de cette substance sous forme d'huile à insérer dans les cigarettes électroniques. L'impact sur la santé inquiète légitimement, alors qu'à ce jour un décès est à déplorer à cause de cette huile. Pulvérisé de façon aléatoire, le produit serait difficilement dosable, ce qui le rendrait potentiellement plus dangereux que le cannabis naturel.

Monsieur le ministre, possédez-vous des statistiques précises relatives à la consommation du cannabis synthétique sur notre territoire? Constate-t-on une évolution de la consommation du cannabis de synthèse dans le cadre de la crise sanitaire que nous traversons?

De nombreuses inconnues persistent quant à la pharmacologie et la toxicologie des cannabinoïdes de synthèse. Dès lors, de nouvelles études seront-elles prochainement menées sur le sujet?

Quelles conclusions tirez-vous face à la banalisation du cannabis de synthèse, mais surtout face aux conséquences de ces produits sur la santé de ces consommateurs? Pour endiguer cette consommation, quelles mesures de protection pourriez-vous adopter, en partenariat avec vos homologues fédéraux et des entités fédérées?

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, madame Taquin, tout d'abord, il n'y a pas de collecte de données relatives à la consommation de cannabis synthétique. Aucune étude disponible ne peut fournir de statistiques précises à ce sujet pour la Belgique.

Ensuite, pour le moment, aucune étude ou projet n'est en cours concernant tout particulièrement les cannabinoïdes synthétiques. Cependant, les laboratoires de toxicologie belges améliorent et évaluent constamment la qualité de leurs analyses afin de pouvoir identifier ces nouvelles substances et en rendre

compte en temps utile.

Les informations obtenues sont ensuite échangées à l'échelle nationale et internationale et contribuent à la surveillance du marché des médicaments dans notre pays. Certains laboratoires poursuivent des recherches intensives sur les cannabinoïdes synthétiques et leurs risques pour la santé.

Depuis mars 2020, Sciensano mène une enquête en ligne afin d'étudier l'impact de la pandémie et les conséquences des mesures prises sur la consommation de drogues et le marché des stupéfiants. Toutefois, ce rapport n'évalue pas le recours à des cannabinoïdes de synthèse.

Je ne peux pas conclure à une banalisation de la consommation de cannabis de synthèse. Il me semble plutôt que le consommateur n'est pas toujours informé de la substance présente ni des possibles effets indésirables et toxiques, car il pense avoir acheté du cannabis ou du THC. Pour information, le cannabis synthétique est une nouvelle substance psychoactive (NSP) et n'entretient donc aucun rapport avec le cannabis classique. La plupart des vendeurs en ligne se situent à l'étranger. Pour cette raison, la Belgique ne peut, dans la pratique, agir contre ces sites internet.

En conclusion, je ne puis qu'encourager mes homologues des Communautés et Régions à développer une politique de prévention ciblée. S'agissant des compétences fédérales, la vente en ligne de nouvelles substances psychoactives, dont fait partie le cannabis synthétique, constitue un phénomène connu depuis au moins dix ans, au sujet duquel le BEWSD, le système de surveillance des drogues de Sciensano, émet régulièrement des avertissements. Ce phénomène est également à l'origine de la rédaction de la législation générale, entrée en vigueur à la fin septembre 2017. Dès que nous constatons la présence d'une nouvelle substance, notre législation est en fait adaptée.

09.03 **Caroline Taquin (MR):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour les réponses apportées. Je ne peux qu'insister sur votre vigilance par rapport à ce nouveau produit et à encourager, comme vous le disiez, vos homologues des entités fédérées à travailler sur la prévention. En effet, cette substance est connue et semble largement utilisée. Il faut effectuer des vérifications et des analyses. Il sera intéressant de lancer les collectes de données pour obtenir des statistiques précises.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 **Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les autotests VIH" (55017081C)**

10 **Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hiv-zelftests" (55017081C)**

10.01 **Patrick Prévot (PS):** Monsieur le ministre, selon les chiffres de Sciensano, près de 20 000 personnes sont aujourd'hui infectées par le VIH en Belgique. Le nombre de nouveaux cas a progressé d'environ 4 % en 2019 et 2020, après avoir reculé de 28 % entre 2012 et 2018.

La crise que nous traversons ne doit pas occulter cette autre épidémie que nous connaissons depuis les années '80. La Plateforme Prévention Sida invite ainsi à renforcer les stratégies de dépistage, comme l'autotest disponible en pharmacie depuis 2016 en Belgique. Ce test sanguin livre au bout d'une quinzaine de minutes un résultat fiable pour détecter une infection datant de plus de trois mois. Cet autotest est accompagné d'un kit avec une explication sur son utilisation et son interprétation.

Pourtant, selon la plateforme, le dépistage reste encore trop tardif malgré les outils mis en place, et ce, en raison de plusieurs facteurs: estimation biaisée du risque couru, sentiment de ne pas être concerné, peur du résultat, anticipation de la stigmatisation, etc. Il existe donc toute une série de facteurs qui ne favorisent pas ce dépistage.

Monsieur le ministre, disposez-vous de chiffres concernant l'évolution du nombre d'autotests VIH délivrés depuis 2016 dans notre pays? Des études ont-elles été menées pour déterminer la place de cet outil dans le cadre de la prévention mais également pour évaluer l'accompagnement des personnes testées positives au VIH par le biais d'un autotest?

Un vaste plan national de lutte contre le VIH avait vu le jour en 2014 sous l'impulsion de Laurette Onkelinx.

Envisagez-vous d'évaluer et de mettre à jour ce plan important? Enfin, prévoyez-vous une concertation avec vos collègues des entités fédérées dans ce cadre?

Je vous remercie d'avance pour vos réponses.

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, le marché des dispositifs médicaux (incluant les dispositifs médicaux des diagnostics *in vitro*) est un marché ouvert (un dispositif marqué CE) à la libre circulation sur le marché européen. Malheureusement, nous ne disposons pas de chiffres concernant la distribution des dispositifs médicaux en Belgique. La réponse est frustrante pour moi aussi, monsieur Prévot.

Pour ce qui concerne les études menées, la conception de ce type de tests est un diagnostic précoce et facilement accessible s'il est bien sûr indépendant de la prévention de l'infection pour la personne elle-même. Une telle détection précoce empêche une personne infectée d'en infecter d'autres par ignorance. Je n'ai actuellement pas de données spécifiques à ce sujet. La valeur de la détection précoce de ce type de tests est cependant approuvée par les experts en la matière.

En ce qui concerne l'accompagnement initial des personnes dont le test est positif, les médecins généralistes jouent un rôle important avant que le patient ne soit orienté vers un centre de référence VIH. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a développé un outil en ligne pour le diagnostic, le traitement et le suivi du VIH et autres maladies sexuellement transmissibles. Cet outil a été élaboré en collaboration avec les associations de terrain. Il est prévu pour servir de support aux intervenants de première ligne, principalement les médecins généralistes lorsqu'ils abordent les questions relatives à la santé sexuelle.

Le précédent plan national de lutte contre le VIH lancé par Mme Onkelinx couvrait la période 2014-2019. La concertation en matière de prévention avec les entités fédérées est organisée au sein d'un groupe de travail spécifique de la Conférence interministérielle. Il reprendra ses travaux dans les plus brefs délais et se penchera, entre autres, sur la thématique du VIH et sur les mesures politiques à mener pour y faire face en termes de prévention, de diagnostic, de traitement et de qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

10.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Tout comme vous, même si j'en comprends bien la cause, je suis quelque peu frustré que l'on ne dispose pas de chiffres concernant l'évaluation de l'utilisation des autotests. Effectivement, quand on cible une problématique, il est toujours intéressant de disposer d'une photographie d'ensemble. Je vous apporte des chiffres qui montrent malheureusement une augmentation des infections. Il manque effectivement une pièce du puzzle, mais ce n'est ni votre faute, ni celle du gouvernement.

J'entends évidemment ce qui concerne la libre circulation des biens et de ces produits marqués CE qui sont très difficiles, voire impossibles à tracer.

Au niveau de l'accompagnement, effectivement, vous avez bien fait de le rappeler, les médecins généralistes ont un rôle important à jouer, avant la prise en charge dans un établissement spécialisé.

Enfin, en ce qui concerne ma dernière question, merci d'avoir rappelé qu'un groupe de travail spécifique devrait vraisemblablement reprendre prochainement ces travaux et se pencher sur cette problématique du VIH. Comment lutter contre l'augmentation de ces cas? Comment aider les personnes infectées à mieux vivre avec ce VIH? Je ne manquerai pas de revenir vers vous au cours des mois à venir pour savoir comment avancent les travaux.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conditions de remboursement du médicament Xarelto" (55017102C)

11 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetalingsvoorwaarden voor het geneesmiddel Xarelto" (55017102C)

11.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, les troubles de la coagulation sont des défauts de la coagulation à l'origine d'hémorragies diverses, ou à l'inverse des excès de la coagulation responsables de la formation de caillots dans les artères. Les uns comme les autres ont des causes*

diverses, certaines d'origine génétiques, d'autres secondaires à des maladies ou à des intoxications par des médicaments ou des produits toxiques.

Les patients souffrants de ces troubles se soignent par des anti-coagulants. Deux médicaments sont le plus souvent prescrit dans ce cas, le Sintrom ou plus récemment le Xarelto.

Ce nouveau médicament est beaucoup plus cher et n'est remboursé que dans deux cas de figure: pour les plus de 65 ans ou pour les personnes qui ont eu un accident lié à ce type de pathologie endéans l'année.

Pourtant, pour bon nombre de patients plus jeunes, ce médicaments pourrait leur changer la vie. En effet, les effets secondaires sont moindres contrairement au Sintrom qui peut provoquer des pertes de cheveux, de l'ostéoporose et autres troubles.

Monsieur le ministre, avez-vous connaissance de cette nouvelle alternative plus adaptée au patients atteints de troubles de la coagulation? Quelles mesures avez- vous mises en place pour que ce médicament soit remboursé au même titre que le Sintrom?

11.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Hennuy, le Xarelto (rivaroxaban) et trois autres médicaments de la même classe sont communément appelés les nouveaux anticoagulants directs. J'entends bien, dans votre question, un souci du niveau de prix élevé de cette classe par rapport aux anciens anticoagulants.

Ceci a amené à la solution suivante, il y a déjà une décennie. Un remboursement des nouveaux anticoagulants a été mis en œuvre via des conventions entre les firmes et l'INAMI.

Les différentes indications auxquelles vous faites allusion font effectivement l'objet de différentes conventions. Je vous informe que la semaine dernière, une nouvelle convention sur une nouvelle indication de Xarelto a été conclue et sera remboursée. Il s'agit de la maladie artérielle périphérique symptomatique.

Quand vous parlez de l'âge de 65 ans comme critère de remboursement, je me dois de préciser qu'il s'agit d'une seule affection, avec un seul dosage spécifique, pour laquelle l'âge est un critère de remboursement de Xarelto, à savoir un cas de maladie coronarienne, pour un seul dosage de 2,5 mg. Cette affection-ci est déterminée dans un seul paragraphe du chapitre 4 (le § 1.0.1.4.0000). Pour les autres circonstances dans lesquelles Xarelto est remboursé, l'âge n'est pas un critère.

En outre, à cet endroit précis du chapitre 4, il est clairement indiqué que les patients plus jeunes, de moins de 65 ans, peuvent encore bénéficier du remboursement lorsque le patient présente certaines comorbidités, à savoir "le diabète ou l'insuffisance rénale chronique au stade non terminal, ou l'insuffisance cardiaque, ou un antécédent d'accident vasculaire cérébral ischémique non lacunaire survenu il y a plus d'un mois".

En pratique, un jeune patient a accès au remboursement dans le cas où il souffre d'une de ces maladies graves. Les patients qui ont vraiment besoin de Xarelto y ont donc accès.

Un élargissement des critères de remboursement pour cette affection, où l'âge est un critère, est envisageable à la fin de la convention en question, à savoir mars 2022, donc d'ici un an. J'appelle la firme à faire un effort financier pour effacer ce critère d'âge dans le remboursement.

11.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour ces compléments d'information. Si je comprends bien, on a des patients qui sont plus jeunes et qui, souvent pour des raisons génétiques, doivent prendre ces anticoagulants pendant toute leur vie. Devoir abandonner le Sintrom pour le Xarelto apporte un réel confort de vie non négligeable car ce médicament n'a aucune interaction avec l'alimentation du patient, il n'est pas nécessaire d'en adapter le dosage ni de procéder à des contrôles sanguins.

Cela peut paraître évident mais, pour ces patients, ne plus devoir se demander s'ils ont bien pris leur traitement et ne plus devoir surveiller leur alimentation seront synonymes d'un énorme changement dans leur vie. Par ailleurs, les effets secondaires du Sintrom que sont la perte de cheveux, l'ostéoporose et encore d'autres troubles ne sont pas présents avec le Xarelto. Pour ces patients - généralement des jeunes femmes - qui doivent prendre ces anticoagulants à vie depuis l'âge de 18 ans, il est vraiment indispensable de pouvoir accéder à ce médicament.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'impact des moyens contraceptifs sur la santé des femmes" (55017104C)

12 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact van anticonceptiva op de gezondheid van vrouwen" (55017104C)

12.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): *Monsieur le président, monsieur le ministre, pilule, patch, stérilet, tous les contraceptifs oestroprogestatifs ont tous des avantages et des inconvénients. Mais ceux-ci peuvent devenir un danger pour les femmes car ils augmentent le risque de thrombose, de certains cancers, de surpoids et les conséquences peuvent, dans certains cas, être dramatiques.*

Et pourtant, c'est un geste anodin que font des millions de femmes tous les jours. En Belgique, 8 femmes en âge de procréer sur 10 utilisent un moyen de contraception.

Selon les données de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de la santé, 0,03 % et 0,04 % des femmes belges prenant la pilule courent le risque de souffrir d'une thrombose veineuse. Les pilules de troisième génération comportent des risques de phlébite ou d'embolie pulmonaire.

Bien que la pilule reste le moyen de contraception le plus courant, certaines se tournent vers une autre solution qu'est le stérilet; le stérilet hormonal n'est pas non plus sans danger puisqu'il peut engendrer des insuffisances hépatiques graves.

Monsieur le ministre, quelles sont les études liées aux suivis de ces pathologies engendrées par les moyens de contraception hormonaux? Quelles mesures peuvent-elles être prises pour mieux dépister les femmes qui ont des facteurs de risque particuliers?

12.02 Frank Vandebroucke, ministre: *Madame, dans le cadre de la pharmacovigilance, tant les firmes pharmaceutiques responsables de la mise sur le marché des médicaments contraceptifs que les autorités de santé telles que l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) assurent un suivi permanent de la sécurité de ces médicaments. Cela implique notamment l'évaluation des résultats des études portant sur la sécurité d'emploi de ces médicaments afin de vérifier la disponibilité éventuelle de nouvelles données.*

Pour chaque femme demandant des moyens de contraception hormonaux, une analyse risque/bénéfice doit être menée avec un médecin traitant et/ou un gynécologue. Plusieurs facteurs jouent un rôle dans ce cadre: le tabagisme, le poids, le cholestérol, le mode de vie, la pression artérielle, les comorbidités, les autres médicaments, la prédisposition familiale à la thrombose, etc. Outre l'estimation du risque, un certain nombre d'autres facteurs doivent être pris en compte pour choisir un moyen de contraception adapté. Par exemple, la femme concernée veut-elle encore des enfants? Respecte-t-elle suffisamment le traitement pour prendre une pilule chaque jour? Présente-t-elle un comportement sexuel à risque?

Dans la formation de base de la médecine ainsi que dans des formations spécialisées de médecine générale et de gynécologie, les médecins sont formés à réaliser cet exercice avec la patiente. Grâce aux cours de recyclage et aux Glem, ils se tiennent également au fait des dernières évolutions.

Chaque option présente des avantages et des inconvénients mais il y a suffisamment de possibilités sur le marché dans notre pays pour faire le choix le plus approprié et le plus éclairé adapté à chaque patiente.

12.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse qui semble rassurante. D'après les retours que j'ai, pour toutes les femmes qui consultent pour une demande de contraception, il est quand même assez rare que le praticien réalise une anamnèse personnelle et/ou familiale complète pour rechercher les facteurs de risque. Dans la pratique, ce n'est pas le cas et lorsqu'il y a une maladie qui s'installe, les conséquences sont toujours dramatiques individuellement. Lorsque cela arrive, on espère toujours que son propre cas servira d'exemple pour éviter le pire.*

Je pense qu'il y a encore de la marge pour investir davantage dans la prévention, dans les déterminants de la santé et pour préciser ces problèmes dans les études de médecine, ce qui n'est malheureusement pas

encore le cas.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Caroline Taquin à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contrôle des broyeurs à métaux, le biomonitoring et le renforcement des normes" (55017116C)

13 Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De controle van metaalshredderinstallaties, de biomonitoring en de verstrenging van de normen" (55017116C)

13.01 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, notre pays compte seize broyeurs à métaux industriels dont un est installé à Courcelles, la commune dont je suis bourgmestre. Ces entreprises broient en fins morceaux des voitures et autres déchets métalliques. Lorsque ces métaux sont broyés, des substances toxiques sont rejetées dans l'atmosphère, contaminent l'environnement et impactent évidemment la population qui vit à proximité de ces installations.

Le plan interne de surveillance des obligations environnementales, c'est-à-dire les rapports d'autocontrôle, permet de déterminer ce que les broyeurs à métaux rejettent comme éléments dans l'air et dans l'eau. En outre, ces données permettent de vérifier si ces entreprises respectent leur permis d'environnement. À cet égard, la valeur limite d'émission des polychlorobiphényles (PCB) est fixée avec une norme stricte particulièrement en Région wallonne.

Compte tenu de leurs caractéristiques cancérigènes, les PCB, qui sont des composés chimiques, sont interdits sur notre territoire depuis 1986. Ces composés sont toutefois encore retrouvés dans des déchets et sont donc encore bel et bien présents dans les déchets traités par les broyeurs à métaux. Et, comme vous le savez, les perturbateurs endocriniens ont des conséquences avérées et irréversibles sur l'organisme. Ils peuvent notamment impacter la thyroïde, le foie, le cerveau ou encore le système immunitaire. C'est un véritable danger pour la santé publique de nos citoyens.

On le sait, les compétences s'entrecroisent entre le niveau régional et le niveau fédéral. En ma qualité de bourgmestre, j'ai déjà pu demander un *biomonitoring* aux autorités régionales. Cela se met en œuvre au niveau wallon mais les aspects de santé et de sécurité sanitaire nécessitent un travail coordonné au niveau national et doivent certainement être abordés au niveau fédéral aussi.

Monsieur le ministre, quelles mesures pouvez-vous prendre à ce niveau dans le cadre de vos compétences fédérales de protection de la santé publique? Pouvez-vous diligenter un *biomonitoring*, par/ou en collaboration avec un organisme fédéral, auprès de la population riveraine de ces installations dans notre pays? Quelles initiatives sont-elles prises auprès de l'AFSCA pour que des contrôles soient réalisés au niveau de ces seize broyeurs? Quelles actions ont-elles été menées et sont-elles planifiées, par le SPF Santé publique en collaboration avec l'organe consultatif de l'AFSCA, le Comité scientifique SciCom, concernant ces pollutions des broyeurs? Quelle analyse est-elle réalisée par vos services du SPF Santé sur les rapports de l'Agence fédérale du risque professionnel concernant la santé des travailleurs de ces entreprises? Enfin, avez-vous entrepris une collaboration structurelle avec vos homologues régionaux concernant cette problématique et jugez-vous nécessaire de prendre des initiatives à l'adresse des commissaires européens de la Santé et de l'Environnement afin de s'assurer du respect des normes en vigueur dans nos Régions par les propriétaires de ces activités?

13.02 Frank Vandebroucke, ministre: Monsieur le président, madame Taquin, ma réponse sera assez technique, mais je pense que la technicité est inévitable en l'occurrence.

Les PCB sont des polluants organiques persistants (POP), réglementés internationalement depuis vingt ans par la Convention de Stockholm et, à l'échelle européenne, par les différents règlements qui la mettent en œuvre - le dernier en date étant le Règlement 2019/1021, entré en vigueur le 15 juillet 2019. Son article 3 interdit la fabrication, la mise sur le marché et l'utilisation des PCB – substances reprises à l'Annexe 1 de ce Règlement -, que ce soit en tant que tels, dans des mélanges ou dans des articles. L'usage des articles déjà en circulation au moment de l'entrée en vigueur du premier Règlement (850/2004) est resté autorisé. Cependant, les États membres doivent recenser et retirer de la circulation les équipements qui contiennent un volume supérieur à 0,05 DM³ de liquide dont la teneur en PCB est supérieure à 0,005 % dans le meilleur délai et, au plus tard, pour le 31 décembre 2025. Il s'agit, par exemple, des transformateurs, condensateurs

ou récipients renfermant des stocks de liquide. En l'espèce, les États membres sont tenus de respecter cette obligation.

En 2014, 206 échantillons de lait maternel ont été récoltés dans le cadre de la sixième étude "Polluants organiques persistants (POP) dans le lait maternel" de l'OMS. Les résultats ont pu être comparés à ceux des précédentes études. S'agissant des PCB, des marqueurs ont été examinés dans un échantillon groupé. Les résultats montrent une forte diminution jusqu'à 4 picogrammes par équivalent toxique par gramme de graisse.

La concentration pour la somme des six marqueurs PCB diminue d'environ 200 nanogrammes par gramme de graisse en 2001 – il s'agit là de deux échantillons de Liège, jusqu'à 80 nanogrammes par gramme de graisse dans l'échantillon belge du groupe de 2006 et jusqu'à 37,5 nanogrammes par gramme de graisse dans l'étude de 2014-2016.

J'ai donc cité des chiffres (2001, 2006, 2014, 2016), qui montrent une diminution progressive mesurée en nanogrammes par gramme de graisse des six marqueurs PCB (la concentration pour la somme des six marqueurs PCB). Les PCB de type dioxine ont été uniquement mesurés à partir de 1991. En 2006, il a été conclu que les taux restaient plus ou moins identiques à ceux des années 1990. Nous voyons dans la présente étude une diminution du taux de PCB de 7 picogrammes en 2006 jusqu'à 2,5 picogrammes en 2014.

Quelles initiatives a-t-on prises? En concertation avec les Régions, le fédéral réalisera très prochainement tous les contrôles dont il a la compétence sous la loi norme de produits.

Quelles actions ont-elles été menées? Concernant l'AFSCA, je vous renvoie à mon collègue en charge de l'AFSCA, le ministre Clarinval. Concernant la santé des travailleurs, je vous renvoie à mon collègue en charge de cette question, le ministre fédéral Dermagne. Concernant votre cinquième question, en vertu du règlement POP, les PCB sont des substances soumises à des dispositions de réduction des rejets avec monitoring obligatoire dans l'environnement – l'air, l'eau, la terre – et communication des informations à la Commission européenne dans le cadre du rapportage, article 13.

Les États membres doivent également établir un plan d'action pour identifier, caractériser et minimiser en vue d'éliminer, dans la mesure du possible et dès que possible, le rejet de ces substances. C'est le fédéral qui coordonne ce rapportage. L'échange d'informations avec les Régions se fait dans le cadre du CCPIE.

Les États membres, lorsqu'ils examinent des propositions de construction de nouvelles installations ou de modification significative d'installations existantes utilisant des procédés qui libèrent des produits chimiques inscrits à l'Annexe 3, accordent la priorité à des procédés techniques ou pratiques alternatifs qui ont une utilité similaire mais qui évitent la formation et le rejet de substances énumérées à l'Annexe 3, sans préjudice de la directive 2010/75/UE du Parlement européen et du Conseil.

L'Agence européenne des produits chimiques (ECHA) est chargée de compiler les informations reçues des États membres et de publier un rapport de synthèse. Madame Taquin, vous devrez probablement relire la version écrite de mon texte, qui est éminemment technique.

Le **président**: Merci, monsieur le ministre, pour cette réponse détaillée et technique. Mme Taquin, souhaitez-vous répliquer?

13.03 **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour ces données précises et techniques. J'entends bien que le PCB est réglementé depuis 20 ans pour son utilisation, la mise sur le marché et qu'il s'agit d'une substance interdite.

J'entends également qu'il y a des obligations à respecter d'ici 2025, date qui approche mais qui n'est pas imminente. Je suis satisfaite d'avoir pu attirer votre attention sur ce dossier et je ne doute pas un seul instant que vous vous plongerez dans son examen, parce que les broyeurs à métaux produisent encore des normes de PCB qui sont rejetées dans l'atmosphère, qui retombent sur le sol et qui posent un danger pour la population par ingestion.

On trouve des broyeurs à métaux aux quatre coins de la Belgique. Je vous demande donc avec insistance de rester attentif sur ce point. Je vous demande de diligenter un *biomonitoring* pour pouvoir comparer les

teneurs en PCB auprès de notre population qui habite en dehors du périmètre d'un broyeur et auprès de celle qui habite dans le périmètre d'un broyeur, étant donné que nous ne disposons pas aujourd'hui de données objectives devant permettre de différencier ou, en tout état de cause, de mesurer l'exposition au risque de la population vivant à proximité de ces broyeurs.

Je sais que la Région wallonne prend le problème à bras-le-corps et je voudrais que vous saisissiez cette occasion pour y travailler à l'échelon national, pour la population des autres Régions également.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pénuries de médecins généralistes en zone rurale" (55017120C)

14 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan huisartsen in landelijke gebieden" (55017120C)

14.01 Hervé Rigot (PS): *Monsieur le ministre, je vous ai déjà interrogé, suite à un article du Journal du Médecin, sur l'accroissement de 3 % du nombre de médecins généralistes en Belgique en 2020 par rapport à 2019, excepté en zone rurale.*

Selon les dernières données de WalStat (année 2019), il y a en Wallonie un médecin généraliste temps plein pour 1 093 habitants. Avec, cependant, de grandes disparités entre les régions, et notamment des situations de pénurie, comme on peut le constater dans l'arrondissement de Huy-Waremme. Ainsi, plus de la moitié des communes ont des ratios plus bas que la moyenne wallonne.

Acteurs de première ligne dans la lutte contre la covid-19, les médecins généralistes doivent faire face depuis plus d'un an à une charge de travail additionnelle liée à la gestion de la crise. Un effort supplémentaire qui s'ajoute à des conditions de travail déjà très lourdes "en temps normal" dans les zones rurales, notamment à cause du grand nombre de patients à voir chaque jour.

Monsieur le ministre, le rassemblement de médecins apparaît comme le grand espoir pour sortir de cette situation. Si la dynamique de groupement ne s'intensifie pas, je pense qu'on aura des problèmes dans les prochaines années dans les zones désertées par les médecins généralistes. Quel est votre avis sur la question?

En 2020, quelle est la répartition des dix-sept mille médecins généralistes au sein des dix provinces et de la Région de Bruxelles Capitale? Quelle est, pour cette même période, la densité de médecins généralistes par 10 000 habitants au sein de ces provinces et régions?

Toujours pour ces onze entités, quelle est la proportion de médecins généralistes âgés de plus de soixante-cinq ans?

Quelle autre initiatives envisagez-vous pour contrer ces pénuries, en concertation avec vos collègues des entités fédérées?

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre: *Monsieur Rigot, comme vous le savez sans doute, c'est la commission de planification de l'offre médicale qui se charge d'évaluer la planification des médecins. Je vous invite à consulter la publication "Médecins sur le marché du travail 2004-2016". Cette publication établit la force de travail de chaque spécialité médicale en Belgique pour cette période. Ce rapport est disponible sur le site du SPF Santé publique et permet d'avoir une vision détaillée de la force de travail en médecine générale.*

Cette étude fait partie d'un cycle de travaux. S'ensuivent des scénarii de base de l'évolution de la force de travail 2016-2036, qui mettent en relation l'offre et la demande en soins et offrent une perspective d'évolution de la force de travail en médecine générale, si les conditions actuelles restent inchangées. Ce scénario est également déjà disponible sur le site du SPF.

La commission s'attelle actuellement à définir des scénarii alternatifs pour plusieurs spécialités sensibles dont fait partie la médecine générale. Le rapport sur la force de travail des médecins généralistes de 2004 à 2016 permet de répondre de manière détaillée aux questions précises pour l'année 2016. Dans les

tableaux 19A et B, à partir de la page 43 du rapport, vous trouverez la répartition des 12 355 médecins généralistes actifs dans les soins de santé, répartis par Communautés, Régions et provinces, et même par arrondissements. Vous disposez également de la densité. Au 31 décembre 2016, elle était de 10,91 médecins généralistes pour 10 000 habitants en Belgique.

En ce qui concerne la proportion de médecins généralistes âgés, vous trouverez le pourcentage de la population active dans les soins de santé selon trois catégories d'âges, les moins de 45 ans, les professionnels âgés de 45 à 60 ans et les plus de 60 ans. Pour l'ensemble de la Belgique, la proportion de médecins généralistes âgés de plus de 60 ans est de 33,75 %. C'est un chiffre élevé. Voilà tout le défi! Cela doit nous préoccuper.

La commission de planification a rendu un avis pour ce qui concerne le quota 2027 en augmentant le quota fédéral à 1 517 places de stage. Néanmoins, j'insiste sur le fait que le fédéral n'est compétent que pour le quota global alors que les Communautés sont responsables des sous-quotas.

Une commission de planification flamande a été mise en place et pour la Communauté française, elle est en train de voir le jour. Je ne peux qu'inviter les différentes parties prenantes à se concerter. C'est ensemble que nous pourrions potentialiser les mesures à prendre pour offrir à la population belge l'accès à une offre médicale qui répondra à ses besoins.

La pratique de groupe que vous suggérez est un des éléments à prendre en considération, certes, mais ne peut se suffire et doit être envisagée dans un système de mesures plus global où chaque niveau de pouvoir a un rôle à jouer dans le cadre de ses compétences.

Actuellement, c'est au sein du groupe de travail Professions de santé de la Conférence interministérielle que ces discussions sont menées. Un organe interfédéral de planification où tous les acteurs concernés sont présents me semble indispensable. J'analyse actuellement avec mon administration la manière dont cet organe peut prendre place.

14.03 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse détaillée.

Effectivement, l'enjeu est fédéral mais aussi communautaire. Comme vous l'avez évoqué, cet enjeu est le vieillissement des médecins généralistes et une désertion des zones rurales, un phénomène que l'on rencontre aussi dans le domaine des pharmacies qui ferment dans les petites entités obligeant ainsi les citoyens à se déplacer vers les villes. On risque d'avoir le même phénomène pour les médecins généralistes.

Il faut tout mettre en œuvre parce que la médecine de première ligne est essentielle, parce qu'elle répond à un besoin du patient, à un besoin de contact et de proximité sociale et médicale.

Je compte sur vous pour poursuivre cette réflexion sur les moyens, les quotas à mettre en œuvre et les numéros INAMI, qui sont peut-être aujourd'hui sous-utilisés par certains médecins généralistes. Cette réflexion doit avoir lieu en Conférence interministérielle avec vos collègues de la Santé, de la Formation et de l'Enseignement universitaire pour motiver les troupes à venir au chevet du patient et éviter que le patient soit contraint de se déplacer. Je serai attentif à ce dossier tout autant que vous.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La lutte contre les super-bactéries" (55017126C)

15 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bestrijding van superbacteriën" (55017126C)

15.01 Patrick Prévot (PS): *Monsieur le ministre, comme nous le savons, les super-bactéries, ainsi nommées car elles résistent à de nombreuses classes d'antibiotiques, constituent une véritable menace pour la santé publique.*

L'OMS a dernièrement publié un nouveau rapport sur ces super-bactéries et l'organisation s'inquiète de leur prolifération. Il faut savoir que la plupart des antibiotiques ont été mis sur le marché avant les années 1980.

Depuis lors, aucune recherche scientifique sérieuse n'a permis de mettre au point des médicaments efficaces contre les bactéries les plus dangereuses.

Ces bactéries résistantes à nos plus puissants antibiotiques tuent plus de 68.000 personnes chaque année en Europe et aux États-Unis et les données ne sont pas disponibles dans les pays à moyen ou faible revenu où la létalité doit être encore plus élevée.

Nous sommes face à un ennemi dont nous n'avons pas les armes pour le combattre.

Dans son rapport, l'OMS suggère donc un mécanisme mondial permettant de rassembler des fonds pour lutter contre la résistance des super-bactéries, à l'instar de ce qui a été fait dans la lutte contre la Covid-19. Ce mécanisme pourrait d'abord être organisé à l'échelle nationale entre les entités fédérées, mais aussi au niveau européen.

Disposons-nous de chiffres relatifs aux décès liés aux super-bactéries en Belgique?

Des initiatives sont-elles envisagées pour lutter contre ces super-bactéries dans notre pays? Une concertation avec les entités fédérées est-elle prévue dans ce cadre?

Où en sont les discussions avec vos partenaires européens dans ce cadre?

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, selon l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), la Belgique offre un grand nombre de surveillances épidémiologiques dédiées à la thématique de la résistance antimicrobienne, même si certains protocoles et méthodologies doivent encore être améliorés.

Sciensano recueille des données nationales de référence sur la survenue d'infections en rapport avec les soins ainsi que sur l'antibiorésistance dans notre pays, en concertation avec BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee). L'usage d'antibiotiques fait également l'objet d'un suivi, car il reste le principal facteur influençant la résistance. Les surveillances de Sciensano suivent également l'évolution des infections et estiment régulièrement la charge pour la société. De plus, une étude menée en 2018 a conclu qu'un nombre estimé à 530 décès est attribué annuellement à l'antibiorésistance en Belgique.

Un rapport de surveillance sanitaire unique - le BEL MAP -, combinant les données de surveillance humaine et vétérinaire, est en cours d'élaboration et s'inscrit dans l'approche *One Health* du futur plan national "résistance antimicrobienne". En effet, la Belgique est à quelques semaines de se doter d'un plan national *One Health AMR*, articulé autour de dix axes stratégiques et comprenant des centaines de mesures. De nouvelles dispositions sont ainsi prévues afin de renforcer les actions et les efforts déjà investis dans la lutte contre l'AMR depuis déjà de nombreuses années. Ce plan prend en compte les aspects de santé humaine, animale et environnementale selon le principe *One World, One Health*, favorisant une interconnexion entre ces piliers de la santé. Il a été coordonné par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et développé en collaboration avec l'ensemble des institutions fédérales et des entités fédérées, tout en permettant une concertation avec les différents secteurs professionnels.

La Belgique participe aux échanges internationaux sur l'AMR et contribue déjà à de nombreux projets européens et mondiaux en la matière. L'un des axes stratégiques du plan national AMR porte, du reste, spécifiquement sur le renforcement de la coopération internationale en vue de l'accomplissement des objectifs nationaux et internationaux. L'importance d'une telle coopération, notamment sur les questions de santé publique, a été soulignée par la crise sanitaire que nous traversons actuellement.

15.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, j'ai été interpellé par ces bactéries qui résistent à nos plus puissants antibiotiques et qui tueraient - c'est évidemment un "chiffre gris" - 68 000 personnes chaque année en Europe et aux États-Unis. Je parle de "chiffre gris" car les données ne sont pas disponibles dans les pays à moyen ou faible revenu et on imagine que, dans ceux-ci, la létalité doit être encore plus élevée.

Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir fait l'instantané de la situation et d'avoir fait le point sur ces superbactéries. Selon vos explications, on se rend compte que la Belgique fait visiblement partie des bons élèves en matière de surveillance de ces superbactéries et qu'elle contribue déjà à de très nombreux projets.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De teken" (55017127C)

16 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les tiques" (55017127C)

16.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): *Mijnheer de minister, Sciensano registreert jaarlijks het aantal tekenbeten dat wordt gemeld via het project TekenNet. Uit het rapport van 2020 kunnen we opmaken dat er vrij veel tekenbeten werden opgelopen in het voorbije jaar. Men suggereert dat dit te maken zou kunnen hebben met de vele wandelingen in de natuur gedurende de COVID-19-pandemie. Tekenbeten zijn niet onschuldig, aangezien sommige teken besmet zijn met bijvoorbeeld de Borrelia bacterie en Lyme borrelia kunnen veroorzaken, met als typische symptoom de zogenaamde "erythema migrans".*

De meldingen gebeuren door een vast netwerk van geregistreerde gebruikers van TekenNet of kunnen apart gemeld worden. Verder verzamelt Sciensano gegevens over de ziekte van Lyme via het referentiecentrum, peilartsen en peillaboratoria.

Hoeveel keer werd de mobiele app TekenNet gedownload?

Er zijn 3.114 geregistreerde gebruikers volgens het laatste Sciensano-rapport, die in totaal 1.241 tekenbeten hebben gemeld. In totaal werden er 9.935 tekenbeten gemeld. Kan u een inschatting maken van het totale aantal tekenbeten in België?

Weet men (steekproefgewijs) hoeveel procent van de teken besmet waren in 2020? Zo ja, kan u dit toelichten?

Hoeveel gevallen van Lyme werden gemeld in 2020? Kan u dit vergelijken met de voorgaande jaren? Men vermoedt een onderrapportering ten gevolge van de COVID-19-pandemie. Zijn hier inschattingen voor gemaakt?

Er wordt gesproken over een toenemend verschil van het aantal meldingen in Vlaanderen en Wallonië. Men veronderstelt dat dit te maken heeft met een grotere bekendheid van de meldingsmogelijkheid in Wallonië. Wordt er gepeild welk percentage van de bevolking zich bewust is van de mogelijkheid om tekenbeten te rapporteren? Zo ja, kan u dit toelichten?

Sinds dit jaar is er ook een studie op de teken zelf. Er wordt gevraagd om teken op te sturen zodat ze kunnen worden onderzocht. Wanneer kunnen we de resultaten hiervan verwachten?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: *Sinds 2016 werd de applicatie 2.859 keer gedownload voor iOS en ongeveer 2.300 keer voor Android. Dat is een schatting. De gegevens die verzameld worden via TekenNet laten toe om de blootstelling van de Belgische bevolking aan tekenbeten in de tijd, dus per jaar of over verschillende jaren, en in de ruimte op te volgen. Zo kunnen we een surveillance doen. Het doel is niet om een inschatting te maken van het totale aantal tekenbeten in België, dat is onmogelijk omdat de gebruikersgroep niet representatief is voor de hele populatie en omdat er voor de anonieme melders geen noemer gekend is.*

Voor 2020 zijn er geen specifieke gegevens over het percentage besmette teken. Een prevalentiestudie naar pathogenen in teken werd uitgevoerd in de periode april-oktober 2017 en wordt momenteel herhaald. De gegevens voor 2020 zijn nog onvolledig. Niettemin wijzen voorlopige analyses op een lager aantal gevallen van de ziekte van Lyme in 2020, in vergelijking met de voorgaande jaren. Het aantal gemelde tekenbeten lag daarentegen wel hoger. Dat suggereert dat er inderdaad sprake is van onderrapportage. De werkdruk door de covidcrisis kan daar wel degelijk een rol in spelen. Er kan ook onderdiagnose zijn, doordat sommige patiënten geen arts geconsulteerd hebben. Ik kan niet inschatten in welke mate deze factoren spelen.

Een toenemende bekendheid van TekenNet in Wallonië is een mogelijke verklaring voor het toegenomen verschil in het aantal gemelde tekenbeten in Vlaanderen en Wallonië. Ik kan dat echter niet bevestigen. Er zijn ook andere mogelijk oorzaken, zoals een effectieve toename van het aantal teken, of misschien verschillen in de weersomstandigheden, met een sterk uitgesproken droogte in Vlaanderen in 2018. Dat zijn allemaal hypothesen die ik niet kan bevestigen op basis van de surveillance, maar we volgen dat verder op.

Er bestaat geen peiling om het percentage van de bevolking in te schatten dat zich bewust is van de mogelijkheid om tekenbeten te rapporteren.

Het verzamelen van de teken loopt van april tot eind oktober. Vervolgens worden zij gescreend op species en klaargemaakt voor DNA-extractie. Het onderzoek naar de ziektekiemen zelf is gepland in het voorjaar 2022. Wij verwachten dus resultaten van deze studie in de loop van het jaar 2022.

16.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, wij moeten hiervoor aandacht blijven hebben, vooral in deze tijden. Wij komen nu veel meer buiten, er wordt veel meer gewandeld. Dat zorgt voor veel meer blootstelling aan teken. Het is belangrijk dat zoveel mogelijk mensen weten dat die meldingsmogelijkheid bestaat, want ik was er zelf eerlijk gezegd niet van op de hoogte.

Er zijn nu mensen met lang aanslepende symptomen na het doormaken van covid. De symptomen van lyme kunnen lijken op de symptomen van long covid, onder andere vermoeidheid, spierpijn, gewrichtspijn. Het is belangrijk om daarvoor attent te blijven.

Als er een verdere analyse zou gebeuren van de tekenbeten en vervolgens ook de aandoeningen, moet er daarover heel goed gecommuniceerd worden naar de zorgverstrekkers, zodat zij daarvoor aandachtig blijven en er te gepasten tijde op te controleren, zodat de juiste behandeling kan worden gegeven.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

17 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le bien-être et la santé mentale de nos jeunes" (55017144C)

17 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het welbevinden en de geestelijke gezondheid van onze jongeren" (55017144C)

17.01 Catherine Fonck (cdH): *Monsieur le ministre, la question du bien-être et de la santé mentale de nos jeunes mérite toute notre attention. La crise du covid a amplifié le mal-être de nombreux jeunes. Les besoins en aide psychologique et en psychiatrie ont très fortement augmenté ces derniers mois.*

Vous avez annoncé mi-avril avoir libéré un budget de 20 millions d'euros pour la psychiatrie infanto-juvénile afin d'engager du personnel supplémentaire et d'augmenter la capacité d'admission dans d'autres services hospitaliers.

Pourriez-vous nous éclairer quant aux mesures qui seront financées par ces 20 millions?

Comment ce budget s'articule-t-il avec les projets 107?

17.02 Frank Vandebroucke, ministre: Monsieur le président, ce sera une longue réponse pour une question orale extrêmement courte.

J'ai en effet réservé un budget supplémentaire de 20,8 millions d'euros qui s'opérationnalise via un contrat avec l'hôpital (contrat B4). Cela n'a rien à voir avec un gel de lits comme dans les projets 107. C'était peut-être votre souci principal. Je vais vous expliquer ce qu'il en est.

Le 27 avril 2021, dans une communication adressée à tous les hôpitaux généraux et psychiatriques, j'ai annoncé ces mesures en détail et j'ai fourni les informations suivantes.

Pour renforcer à court terme les soins psychiatriques résidentiels ou semi-résidentiels (services K ou k) pour enfants et adolescents, deux mesures seront mises en oeuvre. Tout d'abord, les effectifs des services hospitaliers psychiatriques pour enfants et adolescents (K, k) dans les hôpitaux psychiatriques et généraux seront renforcés de manière durable. Ensuite, des équipes de liaison seront temporairement adjointes à chaque réseau de soins en santé mentale pour enfants et adolescents (SMEA).

Dans le cadre de ces mesures, nous collaborons avec le commissariat Corona et le GEMS pour la collecte des données et le suivi afin de déterminer et d'évaluer la pression exercée sur les services de psychiatrie pour enfants et adolescents. Dans ce cadre, les services hospitaliers concernés s'engagent à coopérer.

Je fournis un peu plus de détails. Il y aura une intensification des services pédo-psychiatriques complets, (K) ou à temps partiel (k) par une augmentation des effectifs. Les effectifs en termes de personnel des services disposant de lits ou de places d'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel et des unités pour enfants For-K, y compris les lits de crise, seront renforcés à raison d'un équivalent temps plein pour huit lits K ou For-K (temps plein) ou places de nuit k (temps partiel) à raison de 1,36 équivalent temps plein pour huit places de jour k. Cela aura lieu à partir du 15 avril 2021.

Pour un équivalent temps plein, nous finançons, dans le cadre de cette mesure, 75 000 euros, en ce compris les frais de fonctionnement.

Cette augmentation est basée sur les avis du Conseil fédéral des Établissements hospitaliers et du Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (COMSMEA). Grâce à une augmentation des effectifs dans les services K, nous souhaitons non seulement toucher un plus grand nombre d'enfants et de jeunes souffrant de problèmes psychiques graves et complexes mais aussi accélérer le flux de ces services. Nous voulons également contribuer à prévenir les ruptures dans les trajectoires de soins des enfants et des jeunes et optimiser la continuité des soins et du soutien. Ce renforcement doit permettre une collaboration efficace et intégrée entre les services K et les autres acteurs de soins en santé mentale.

De plus, nous souhaitons proposer davantage de possibilités de coopérer activement avec l'environnement familial pendant l'admission, de préparer avec lui la transition vers le contexte familial, de le soutenir et de le responsabiliser. L'objectif est d'assurer une transition en douceur pour chaque enfant et chaque jeune des services K.

En ce qui concerne la création de places supplémentaires dans les services hospitaliers via des équipes de liaison, pour ajouter des équipes de liaison par zone géographique du réseau SMEA, nous nous sommes basés sur une approche théorique de deux équipes de 2,7 équivalents temps plein pour huit lits ou places. Une telle équipe est composée d'au moins un équivalent temps plein psychologue et ou orthopédagogue, d'au moins 1,2 équivalent temps plein infirmier psychiatrique ou éducateur ayant une expertise en pédopsychiatrie et d'un pédopsychiatre pour un maximum d'un demi équivalent temps plein. À partir du 15 avril et pour chaque zone géographique du réseau SMEA, nous financerons au maximum deux équipes à hauteur de 489 425 euros, en ce compris les frais de fonctionnement.

Les membres supplémentaires des équipes de liaison utiliseront leur expertise en matière de pédopsychiatrie dans d'autres services hospitaliers non psychiatriques tels que les services d'urgence et les services pédiatriques, ainsi que dans les services pour adultes pour l'âge transitoire (16-23 ans).

Si l'équipe de liaison est liée aux lits psychiatriques pour adultes, le travail de groupe pour ces enfants doit être suffisamment séparé de la population psychiatrique adulte régulière, et ce dans le but de traiter sur place les enfants, adolescents et jeunes adultes présentant des problèmes psychiatriques graves et complexes, ou afin de les stabiliser temporairement en prévision d'un traitement mobile, ambulatoire, résidentiel ou semi-résidentiel, toujours sur la base d'accords clairement établis entre les partenaires concernés du réseau SMEA.

En déployant ces équipes de liaison, nous créons temporairement une plus grande capacité d'admission pour les enfants et adolescents en situation de vulnérabilité psychique. Les équipes peuvent apporter une contribution indéniable à l'optimisation de la continuité des soins et de l'accompagnement des enfants, adolescents et jeunes adultes. Ces équipes peuvent également donner une impulsion au développement de l'offre spécialisée pour ce groupe cible.

Des accords clairs, concrets, facilement consultables et réalisables entre tous les partenaires concernés de l'offre de soins mobile, ambulatoire et semi-résidentielle au sein de la zone géographique ou du réseau SMEA sont une condition *sine qua non* au bon fonctionnement et à l'intégration des équipes de liaison. Voilà donc, madame Fonck, quelques détails sur l'usage envisagé de ce budget supplémentaire de 20,8 millions d'euros.

17.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. Les besoins en soins de santé en pédopsychiatrie sont clairement insuffisants et l'étaient déjà avant la pandémie, qui n'a fait qu'aggraver et accentuer la situation. En soi, le renfort sur le plan financier est donc certainement positif.

Il se pose tout de même certaines questions quant à la manière dont on s'assure de l'accessibilité et d'une couverture géographiques correctes et suffisantes sur l'ensemble de notre territoire pour les prises en charge pédopsychiatriques des enfants et adolescents. Je sais que vous êtes au courant de la situation, et j'essaie de voir comment on pourrait faire évoluer positivement les choses. Manifestement, compte tenu de l'absence de programmation pour l'ouverture de nouveaux lits K de jour et de nuit, votre décision vient à point pour renforcer le nombre de lits K de jour et de nuit existants, mais l'accessibilité géographique pose problème. Ainsi, la Région wallonne est largement déficitaire et présente une couverture géographique tout à fait insuffisante.

Pour des raisons de programmation et compte tenu du fait qu'il y a notamment plus de lits en Région bruxelloise, il est impossible aujourd'hui de renforcer l'offre géographique pour cette accessibilité en Région wallonne.

Monsieur le président, je vous prie de m'excuser du caractère quelque peu technique de mon intervention. Mais trouver une solution à ce problème est un enjeu terriblement important pour ces enfants et pour ces familles.

Monsieur le ministre, je constate qu'il n'y pas d'espace d'ouverture dans votre réponse. Je pense que pour une bonne politique de santé mentale, il serait indispensable de réviser la programmation en tenant compte d'éléments objectifs.

Enfin, je souhaite attirer votre attention sur le fait que la clé actuelle de conversion des index des lits est défavorable quand il s'agit de convertir en lits K. C'est d'ailleurs clairement dissuasif pour les hôpitaux. En plus de leur situation financière extrêmement difficile, cela n'incite pas les hôpitaux à développer des lits K. En la matière, il serait possible de renforcer notre offre de soins en santé mentale pédopsychiatrique en trouvant différentes réponses complémentaires à celles que vous mettez sur la table. J'espère que vous y serez attentif et qu'un espace de discussion et de dialogue pourra s'ouvrir. Je vous remercie.

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

18 Questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du NT-pro-BNP" (55017156C)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des DIV" (55017354C)**
- **Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du NT-pro-BNP" (55017646C)**
- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du NT-pro-BNP" (55017703C)**

18 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de NT-pro-BNP" (55017156C)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van IVD's" (55017354C)**
- **Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de NT-pro-BNP" (55017646C)**
- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de NT-pro-BNP" (55017703C)**

18.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, hartfalen neemt de laatste jaren toe. De huisarts is een belangrijke schakel in de diagnose van hartfalen. In alle richtlijnen staat al jaren dat het bepalen van pro-BNP heel belangrijk is. Desondanks wordt dit niet terugbetaald en draait de patiënt op voor de kosten. Het gaat om 20 euro voor een test, wat toch niet niets is.

Mijnheer de minister, waarom wordt pro-BNP vandaag de dag nog niet terugbetaald, terwijl het een essentieel onderdeel uitmaakt van de diagnose bij hartfalen? Zult u werk maken van de terugbetaling?

18.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar mijn schriftelijk ingediende vraag.

Graag had ik uw visie en de stand van zaken rond de terugbetaling van IVD's (in vitro diagnostica) vernomen.

Waarom zijn IVD's, anders dan geneesmiddelen, niet beschermd via een patent of dergelijke zodat firma's gestimuleerd worden om onderzoek te voeren naar innovatieve IVD's? Zijn er plannen om dit te herbekijken? Waarom wel of niet?

Heeft u een idee van de gemiddelde doorlooptijd van IVD-dossiers (dus een gemiddelde tijd waarbinnen een beslissing wordt genomen inzake de terugbetaling van IVD's)?

Klopt het dat het dossier van de (NT-pro)BNP bijvoorbeeld een tiental jaren geleden al werd ingediend voor terugbetaling maar dat er nog steeds geen beslissing werd genomen? Waar bevindt het dossier zich heden? Waarom werd er nog geen beslissing genomen?

Plant u deze procedure te herbekijken? Zo ja, wanneer concreet en op welke manier?

Staat de exacte procedure met de exacte vereisten voor indieners ergens beschreven? Waar precies?

Waarom is er voor IVD's een enveloppebudget, anders dan voor de geneesmiddelen, waar het leeuwendeel naar de artsenhonoraria gaat? Wat is het concrete budget dat voorzien is voor de IVD's (met en zonder aandeel voor de artsenhonoraria)?

18.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar mijn schriftelijk ingediende vraag.

Steeds meer mensen lijden aan hartfalen. De belangrijkste oorzaken voor deze toename in prevalentie zijn onze Westerse levenswijze en de ontwikkeling van risicofactoren waaronder hypertensie, diabetes en obesitas. Daarnaast zijn de overlevingskansen na myocardinfarct toegenomen dankzij betere behandelingsmethoden. Deze patiënten lopen blijvende hartschade op en ontwikkelen uiteindelijk hartfalen, hetgeen het aantal patiënten verder vergroot.

Naast de bepaling van troponine levels in het bloed om een hartinfarct vast te stellen, speelt de bepaling van pro-brain natriuretic peptide (pro-BNP) een belangrijk rol in de diagnose, follow-up en prognose van hartfalen, hetgeen blijkt uit Europese evidence-based guidelines. Deze eenvoudige pro-BNP bloedtest laat toe om bij mensen met gedecompenseerd congestief hartfalen snel de differentiële diagnose te maken tussen kortademigheid als gevolg van hartfalen of als gevolg van een longziekte. Ondanks het nut, de efficiëntie en de noodzaak, wordt deze test tot op heden nog steeds niet terugbetaald.

*Op de website van ZOL Genk wordt aangegeven dat de test 20 euro bedraagt, niet terugbetaald wordt en dus ten laste is van de patiënt (<https://www.zol.be/klinisch-laboratorium/labogids/analyse/pro-bnp>). Tot slot, recente wetenschappelijk literatuur geeft aan dat pro-BNP een prognostische factor voor COVID-19-infectie is die geassocieerd wordt met mortaliteit bij patiënten met een ernstige infectie. (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12931-020-01352-w.pdf>, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejhf.2095> en <https://pmj.bmj.com/content/96/1137/387.abstract>).
Wat is de reden dat een pro-BNP test nog steeds niet wordt terugbetaald?*

Overweegt u om deze problematiek te bespreken met onder andere cardiologen en de nodige stappen te ondernemen om terugbetaling te realiseren?

18.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, er is ook nog een vraag van de heer Warmoes, maar hij is niet aanwezig. Ik heb een globaal antwoord, dat ook rekening houdt met de vraag van de heer Warmoes.

18.05 **Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Mijnheer de minister, het probleem is hetzelfde als vorige week. Omdat de commissievergadering verschillende keren is uitgesteld, hebben wij met twee een aantal keren dezelfde vraag ingediend, omdat wij niet wisten wanneer de commissievergadering zou plaatsvinden en of de heer Warmoes of ikzelf de vraag zou stellen.

18.06 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, het is een beetje ingewikkeld, want in de vraag van mevrouw Depoorter zitten heel veel elementen. Dat is geen verwijt, maar ik moet mijn antwoord

met het oog daarop organiseren.

Om te beginnen, ook dit is een issue over intellectuele eigendom. Als het daarover gaat, moet ik natuurlijk ook verwijzen naar de bevoegdheid van de minister van Economie en naar specifieke Europese wetgeving, met name de verordening 469/2009 betreffende het aanvullende beschermingscertificaat voor geneesmiddelen. De ratio van deze zogenaamde ABC-verordening ligt in het feit dat onderzoek in verband met het op de markt brengen van geneesmiddelen zeer lang duurt. De Europese geneesmiddelenwetgeving, met name de richtlijn 2001/83, ook genaamd de Codex Geneesmiddelen, laat de Europese wetgeving inzake intellectuele eigendommen onverlet, maar bepaalt daarbij dat een generiek geneesmiddel niet op de markt mag worden gebracht voor de termijn van tien jaar is verstreken sedert het oorspronkelijke merkgeneesmiddel een vergunning kreeg voor het op de markt brengen. Pas na acht jaar moeten er voor de aanvraag van een vergunning voor het in de handel brengen van een generiek geneesmiddel geen resultaten van klinische of preklinische proeven worden voorgelegd.

Dergelijke specifieke beschermingsmaatregelen bestaan in de Europese wetgeving dus wel voor geneesmiddelen, maar niet voor medische hulpmiddelen, noch voor medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek. Dat is noch het geval in de richtlijn 7879 uit 1978, die tot 26 mei 2022 van toepassing blijft, noch in de verordening 2017/746 die op 26 mei 2022 in werking zal treden.

Zonder nu een debat te willen voeren over alle consequenties van dergelijke bijkomende beschermingsmaatregelen, wil ik om te beginnen bevestigen dat we hier te maken hebben met geharmoniseerde materie en dat we als lidstaat van de Europese Unie zelf niet bevoegd zijn.

De procedure van een in-vitrodiagnose is gepubliceerd op de website van het RIZIV. Op deze pagina is terug te vinden welke IVD's in aanmerking komen voor terugbetaling, alsook een beschrijving van de procedure daartoe met een gedetailleerde *template* voor een aanvraagdossier.

Hierbij staan ook de richttermijnen vermeld. Het bepalen van de ontvankelijkheid van het dossier duurt ongeveer 45 dagen. De evaluatie van het dossier neemt ongeveer 100 dagen in beslag. De reactie van de aanvrager op het beoordelingsrapport neemt ongeveer 90 dagen in beslag. Het voorstel van de Werkgroep Klinische Biologie komt na ongeveer 80 dagen. De verdere procedure in de TGR, de NCAZ, CBC en VC is afhankelijk van de frequentie en data van vergaderingen. De voortgang van het dossier is mede afhankelijk van het beschikbare budget. De aanvrager wordt regelmatig op de hoogte gehouden van de stand van zaken van het dossier.

Deze procedure is nog vrij recent. Ze werd goedgekeurd door het Verzekeringscomité en gepubliceerd op de website van het RIZIV in 2019. Ondertussen heeft de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV slechts één aanvraagdossier van deze aard ontvangen. Dat dossier werd positief geëvalueerd en er wordt binnenkort een nieuwe verstrekking in de nomenclatuur voorgelegd aan de plenaire Technisch Geneeskundige Raad. Het is dus nog te vroeg om gemiddelde doorlooptijden van deze nieuwe procedure te kunnen meegeven. Aangezien de procedure nog maar recent werd opgestart en tot nu toe maar eenmaal is gebruikt, is een evaluatie of herziening nu niet aan de orde.

Het dossier voor de labotest pro-BNP werd in het verleden, tussen 2010 en 2015, al meermaals behandeld door de Technisch Geneeskundige Raad binnen het RIZIV. Dit was dus nog voor de invoering van de nieuwe procedure voor de terugbetaling van IVD's, waarover ik het had. Het klinische nut van deze test in specifieke omstandigheden werd toen reeds erkend door de TGR-werkgroep Klinische Biologie. Een nieuwe verstrekking in de nomenclatuur kon toen echter om budgettaire redenen niet worden voorzien. Op dit moment is er dus nog geen terugbetaling voor deze test.

Indien er vandaag een nieuwe terugbetalingsaanvraag zou worden ingediend, kan de Technisch Geneeskundige Raad het dossier evalueren volgens de nieuwe IVD-procedure. Dat zou zeker zinvol zijn, gezien er in de laatste jaren bijkomende wetenschappelijke inzichten verzameld zijn en er ook een evolutie is in de kostprijs van deze testen. Een dergelijke terugbetalingsaanvraag kan zowel door de Commissie voor klinische biologie als door de fabrikant van de test ingediend worden. De TGR verwacht deze aanvraag op korte of zelfs zeer korte termijn. Het ziet er dus naar uit dat pro-BNP het tweede terugbetalingsdossier zal worden dat via de IVD-procedure verloopt.

Tot slot, in antwoord op uw vraag over het enveloppebudget kan ik u melden dat IVD's behoren tot het domein van de klinische biologie. Tests worden niet rechtstreeks vergoed, maar zijn opgenomen in het

honorarium voor bepaalde medische prestaties.

Behalve de kosten voor het benodigde materieel worden in het honorarium ook de kosten opgenomen voor het benodigde personeel, de logistiek, administratie, kwaliteitsbewaking en intellectuele akte. De manier van terugbetalen is dus anders dan bij implantaten, invasieve medische hulpmiddelen of geneesmiddelen.

De IVD's worden dus terugbetaald binnen de enveloppe van de klinische biologie waarvoor in 2021 in totaal ongeveer 1,4 miljard euro is begroot. Nieuwe verstrekkingen waarbij IVD is gebruikt, moeten dus ook hun financiering vinden binnen dat budget.

Indien de terugbetaling van dergelijke nieuwe diagnostische onderzoeken besparingen binnen de klinische biologie of in andere domeinen met zich meebrengt, zijn weinig problemen te verwachten bij het budgettaire aspect. Indien een nieuwe terugbetaling voornamelijk meeruitgaven met zich brengt, moeten compenserende besparingen worden gezocht binnen de enveloppe van de klinische biologie.

18.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u gaf een vrij lange uitleg en een vrij vaag antwoord op een vrij eenvoudige vraag.

Wanneer ik alle dagen optel van de procedure, namelijk 25 plus 100 plus 90 plus 85, moet nog bijna een jaar worden gewacht vooraleer een en ander zou worden terugbetaald. Nochtans is een en ander wetenschappelijk bewezen en echt een handicap in de dagelijkse praktijk voor toegankelijke gezondheidszorg voor de patiënten en voor een goede diagnose.

Het is dus spijtig dat u niet concreter kan zijn over een eventuele datum voor de terugbetaling ter zake.

18.08 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, over de intellectuele eigendom spreekt u zich niet uit, maar verwijst u naar uw collega. Dat is een déjà vu voor de huidige regering.

Los daarvan ben ik wel tevreden met uw antwoord. De diagnostische test heeft echt wel zijn plaats binnen de diagnostiek, wat u ook hebt aangegeven. Hartfalen moet ook echt wel zo goed mogelijk worden getraceerd.

U had het over de budgetten en eventuele meerkosten, maar wij kunnen stellen dat het vroeg detecteren van hartfalen, dat een progressieve ziekte is, gezondheidswinsten maar ook budgettaire winsten met zich zal meebrengen.

Uit uw antwoord maak ik op dat, wanneer er opnieuw een aanvraag wordt ingediend, de kans vrij groot is dat die positief geëvalueerd wordt. Dat is goed nieuws voor onze artsen en uiteraard voor de patiënten die zo een diagnose en een daaruit voortvloeiende behandeling kunnen krijgen.

18.09 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het is goed nieuws dat u de terugbetaling van die test ook ziet zitten. Toch is het natuurlijk jammer dat men hiertoe niet eerder is overgegaan, aangezien het klinisch nut wel degelijk bewezen was. Men riep hiervoor budgettaire redenen in, wat toen natuurlijk niet onder uw verantwoordelijkheid viel. Dit is echter een verhaal dat vooral op langere termijn besparingen zal opleveren. Ik hoop dat dit niet al te veel tijd meer in beslag zal nemen want het is voor de patiënt belangrijk om toegang te krijgen tot een vroegtijdige diagnose. Het zal trouwens ook positief zijn voor ons gezondheidsbudget. Ik zal dit blijven opvolgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 **Samengevoegde vragen van**

- **Barbara Creemers** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een rookverbod op kindvriendelijke locaties" (55017171C)

- **Yoleen Van Camp** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tabaksplan van de federale regering" (55017188C)

19 **Questions jointes de**

- **Barbara Creemers** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'instauration d'une interdiction de fumer dans les lieux fréquentés par des enfants" (55017171C)

- Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan du gouvernement fédéral pour la lutte contre le tabagisme" (55017188C)

19.01 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag is iets gedetailleerder dan die van mevrouw Van Camp, maar misschien vullen ze elkaar mooi aan.

Mijnheer de minister, ik heb het in het bijzonder over plannen waarover ik las in een artikel van 11 maart 2021. Daarin kondigde u plannen aan om roken in het bijzijn van kinderen te marginaliseren. U sprak daarbij meer bepaald over een rookverbod in speeltuinen en pretparken, en een eventuele uitbreiding naar openbare plaatsen in het algemeen.

Toevallig zag ik gisteren in Genk al affiches met een oproep om niet meer te roken in het bijzijn van kinderen. Op het niveau van de regio's en de steden en gemeenten worden er dus alvast stappen gezet. Het zal u niet verbazen dat de Alliantie voor een Rookvrije Samenleving al die plannen toejuicht. Maar ze waarschuwen er ook voor dat er zeker een begeleidende voorbereidende campagne van overheidswege moet komen. Zij zeggen ook dat het absoluut nodig is om met de betrokken actoren in gesprek te gaan.

Ik heb dan ook een aantal concrete vragen over de timing van deze specifieke plannen. Collega Van Camp zal ook nog vragen naar de algemenere plannen. Hoe staat het met de timing van het rookverbod in speeltuinen en pretparken en bij uitbreiding ook op openbare plaatsen? Hoe zult u dat precies aanpakken? Met welke betrokken actoren bent u al in overleg gegaan of zult u dat nog doen?

Wat is de timing van de andere initiatieven die nog plaatshebben in de projecten rond de rookvrije samenleving? Dank u voor uw antwoord.

19.02 **Yoleen Van Camp** (N-VA): *In reactie op een initiatief van een aantal ziekenhuizen die een rookverbod wenst te installeren aan hun inkom, gaf u te kennen dat u aan een tabaksplan werkt waar u binnen een paar maanden mee naar buiten wil komen.*

Tegen wanneer hoopt u dit plan rond te hebben? Welke stakeholders heeft u al gesproken en gaat u nog spreken in functie van dit plan? Wat zullen de grote lijnen zijn van dit plan? Zal u ook het Parlement betrekken in het schrijven van dit plan?

19.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Creemers en mevrouw Van Camp, u weet dat ik tijdens deze legislatuur een nationale langetermijnstrategie wil uitwerken met doelstellingen voor het terugdringen van tabaksgebruik bij jongeren en bij de algemene bevolking. De Algemene Cel Drugsbeleid zal dit plan opstellen.

De volgende vergadering van de Algemene Cel Drugsbeleid vindt deze maand plaats. Het doel van de bijeenkomst is om de gemeenschappelijke prioriteiten vast te stellen voor de verschillende entiteiten van dit land op het gebied van legale en illegale drugs. Pas wanneer de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid deze prioriteiten heeft gevalideerd, kunnen ze concreet verder worden uitgewerkt.

Ik voorzie dat een specifieke werkgroep na de zomer kan starten met de opstelling van dit plan. In dit stadium is het nog te vroeg om in te schatten wanneer het plan voltooid zal zijn. Het is dus nog te vroeg om over de concrete inhoud van dit plan te praten, maar gelet op de federale bevoegdheden in dit domein zijn er verschillende mogelijkheden. Een rookverbod in speeltuinen en pretparken, maar eventueel meer algemeen in alle openbare parken zijn enkele opties.

Omdat dit plan in de Algemene Cel Drugsbeleid zal worden opgesteld, wil ik niet vooruitlopen op het resultaat van discussies tussen de experts. Besprekingen in de cel zullen verduidelijken of dergelijke maatregelen wenselijk en haalbaar zijn en, zo ja, op welke manier ze concreet moeten worden uitgevoerd. Het doel is om alle bevoegde overheidsdiensten op federaal niveau maar ook de gefedereerde entiteiten hierbij te betrekken. Ik pleit ervoor om ook de ngo's die op dit gebied actief zijn te raadplegen. Deze keuze is een bevoegdheid van de werkgroep zelf. Het spreekt voor zich dat de tabaksproducenten zelf hierbij niet zullen worden betrokken, gelet op artikel 5.3 van de kaderovereenkomst van de WGO inzake de bestrijding van het tabaksgebruik.

Er zijn nog andere mogelijke maatregelen die deel zouden kunnen uitmaken van dit plan en die binnen mijn federale bevoegdheden vallen. Ik geef enkele voorbeelden. De versterking van de voorschriften inzake de

verpakking en de controle op de ingrediënten door de huidige maatregelen, specifiek voor sigaretten en roltabak, uitbreiden naar alle tabaksproducten, omdat ze dezelfde gezondheidsrisico's inhouden. Een vermindering van het aantal verkooppunten. De zichtbaarheid van tabaksverpakkingen verminderen op verkooppunten, bijvoorbeeld door verkoopautomaten te verbieden. De toepassing van alle bepalingen van de kaderovereenkomst van de WGO inzake het bestrijden van het tabaksgebruik die door België is geratificeerd. Het optimaliseren van de controle. Het versterken van de monitoring.

Dat zijn mogelijke pistes.

Tabaksconsumptie maakt voor alle duidelijkheid geen deel uit van het toekomstige plan inzake voeding en gezondheid. Het gaat over een ingewikkelde kwestie die deel uitmaakt van de algemene discussie binnen de Cel Drugsbeleid. Mijn teams bereiden de besprekingen nauwgezet voor en staan ook in contact met Nederlandse collega's die al een concreter plan hebben om het aantal verkooppunten te verminderen. De Nederlandse ervaring zal zeker nuttig zijn voor ons.

19.04 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik noteer het startpunt, na de zomer, in mijn agenda en dan stel ik u daar nog eens een vraag over. U bent voorstander van het feit dat de ngo's geraadpleegd worden. Het is en blijft een keuze van de werkgroep zelf, maar probeer dat toch zo hoog mogelijk op de agenda te zetten. Zij weten immers als geen ander perfect waarvoor het draagvlak al groot is en waaraan nog gewerkt moet worden. Uit een enquête van de Stichting tegen Kanker en Ipsos weten zij dat er al een heel groot draagvlak bestaat om te beginnen met plaatsen waar kinderen zijn. Van daaruit kan verder gewerkt worden. Houd die ngo's dicht bij u en de werkgroep. Het is nog net te vroeg om daar dieper op in te gaan. We komen erop terug.

19.05 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal hetzelfde doen. Ik noteer de afspraak ook in mijn agenda, dan kunnen we dit samen opvolgen. U hebt wel niet direct geantwoord op mijn vraag of het Parlement ook betrokken zal zijn. Vanuit het Parlement komen ook verschillende initiatieven. In het verleden zijn sommige maatregelen niet afgetoetst, dus het lijkt mij niet onverstandig om dat met dit plan wel te doen. Dan kunnen we het mee bespreken, maar ook echt mee uitdragen en onze schouders eronder zetten. Hopelijk zal de werkgroep daar ook aandacht voor hebben. Hopelijk kan die werkgroep ook effectief na de zomer samenkomen en snel met een plan komen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Questions jointes de

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le don de sang par des personnes homosexuelles" (55017258C)**
- **Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le don de sang des personnes homosexuelles (HSH)" (55017907C)**
- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accessibilité du don de plasma aux HSH" (55018002C)**

20 Samengevoegde vragen van

- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bloeddonatie door homoseksuelen" (55017258C)**
- **Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bloeddonatie door homoseksuelen (MSM)" (55017907C)**
- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het toegankelijk maken van de plasmadonatie voor MSM" (55018002C)**

20.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, la semaine dernière correspondait à la semaine contre l'homophobie, la biphobie, la transphobie. À cette occasion, l'accent a été particulièrement mis sur le bien-être et la santé des personnes LGBTQIA+. Or, en Belgique, les homosexuels masculins restent discriminés au niveau de leurs possibilités de donner leur sang même s'ils n'ont pas de comportements à risque, même s'ils sont dans une relation amoureuse stable.

L'accès au don de sang en Belgique aux homosexuels masculins est conditionné à une abstinence de relations sexuelles pendant une période de douze mois, contre une exclusion de quatre mois pour les personnes hétérosexuelles après leur premier contact sexuel avec un nouveau partenaire. Il ressort de la législation actuelle que les hommes homosexuels sont mis sur le même pied que les échangistes, les

travailleurs du sexe, les personnes qui auraient plusieurs partenaires sexuels et les consommateurs de drogues par voie intraveineuse ou intramusculaire considérant par là qu'ils présentent un risque accru et identique de contracter une MST, ce qui est bien sûr totalement faux.

Par contre, il est vrai que le Conseil supérieur de la Santé a estimé que le don de sang ne figurait pas parmi les droits et libertés des personnes et que le délai d'exclusion de douze mois pouvait être justifié.

Dans son arrêt 122/2019 du 26 septembre 2019, la Cour constitutionnelle a toutefois considéré que cette disposition opérerait une différenciation de traitement non conforme aux principes d'égalité et de non-discrimination. Même si la Cour a maintenu les effets de la disposition, elle sollicitait l'adoption d'une nouvelle loi qui admettrait le don de plasma pour les hommes ayant des contacts sexuels avec d'autres hommes. Le Conseil supérieur de la Santé précisait d'ailleurs dans son avis qu'une période inférieure à douze mois pouvait très bien être retenue, mais à la condition qu'une étude approfondie ait lieu.

Sachant que la loi de 2017 prévoit une évaluation des critères d'exclusion temporaire du don de sang au moins tous les deux ans et que le 8 décembre dernier, vous répondiez à certains de mes collègues que vous attendiez le dernier avis SPF Santé publique en la matière, voici mes questions:

Introduirez-vous un projet de loi qui permettrait de respecter l'arrêt de la Cour constitutionnelle? Que prévoirait-il?

Permettrait-il de limiter l'exclusion du don de sang aux réels comportements à risque comme pour les personnes hétérosexuelles? L'avis du SPF Santé publique attendu pour décembre 2020 a-t-il été rendu? Quelles en sont les conclusions notamment en ce qui concerne l'impact de la période d'abstinence de douze mois?

20.02 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, ma collègue a parfaitement résumé le cadre de la question qui se pose aujourd'hui. La Croix-Rouge ne cesse de répéter que nous faisons actuellement face à une pénurie de dons de sang. Le contexte de la crise du covid n'y est certainement pas étranger puisque nous devons annuler certains dons de sang dans les entreprises et dans les écoles. Il y a aussi eu une certaine peur des donateurs de sang au regard des normes de distanciation sociale qui s'imposaient et des mesures en place. La Croix-Rouge refuse aussi un certain nombre de donateurs qui reviennent de voyage de zones rouge à orange.

Aujourd'hui, on a besoin de sang et comme l'évoquait Mme Rohonyi, aujourd'hui, il y a probablement des personnes, des hommes qui ont envie de donner leur sang mais qui ne peuvent pas le faire ou qui, en tout cas, ne peuvent pas le faire dans les mêmes conditions que les personnes hétérosexuelles.

Il y a plus d'un an, j'interrogeais votre prédécesseur, Mme De Block sur cette situation. Je l'interrogeais aussi sur la concertation en cours. Monsieur le ministre, où en est-on aujourd'hui? Envisagez-vous aujourd'hui de mettre fin à cette discrimination qui frappe terriblement les hommes homosexuels en matière de don de sang? Au regard des connaissances scientifiques actuelles, la possibilité d'apporter des modifications à la législation relative au don de sang est-elle enfin envisagée et se rapproche-t-elle de nous?

20.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, sinds 2017 kunnen mannen die seks hebben met mannen bloed geven, maar wel met een uitsluitingstermijn van één jaar na het laatste seksuele contact. Op 26 september 2019 oordeelde het Grondwettelijk Hof in een arrest dat de uitsluiting van mannen die seks hebben met mannen niet gerechtvaardigd is voor plasmadonatie. Het Hof gaf beleidsmakers twee jaar de tijd om de wet aan dat arrest aan te passen.

Het interfederale gelijkkansencentrum Unia betreurt dat tijdens die periode van twee jaar na de wet van 2017 geen enkele wijziging van het KB is doorgevoerd, ondanks de nieuwe wetenschappelijke inzichten en het arrest van het Grondwettelijk Hof. Unia vraagt dat de regering dringend werk maakt van een evaluatie van de recentste wetenschappelijke en epidemiologische gegevens om de uitsluitingscriteria te herzien. Unia verwacht ook dat de overheid uitvoering geeft aan het arrest van het Hof om plasmadonatie mogelijk te maken.

Binnen de LGBTQIA+-gemeenschap bestaat er veel onbegrip tegenover deze nog steeds bestaande discriminatie.

Zult u uitvoering geven aan het arrest van het Grondwettelijk Hof om plasmadonatie mogelijk te maken voor mannen die seks hebben met mannen, zonder dat uitsluitingscriterium? Welke concrete plannen liggen er op tafel?

Wanneer kunnen we het koninklijk besluit dat u dient te nemen, verwachten?

Zal er een grondige verdieping komen van de evaluatie, zoals Unia vraagt?

20.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, is het goed dat we stoppen na de vraag van de heer Piedboeuf? Ik zal dan deze vraag nog beantwoorden, en daarna die van de heer Piedboeuf. Daarna zou ik willen vertrekken.

De **voorzitter**: Ja, dat is goed.

20.05 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je propose de répondre à M. Piedboeuf avant de partir, mais voici d'abord la réponse aux questions de Mme Rohonyi, M. Rigot et Mme Merckx.

Dans son arrêt du 26 septembre 2019, la Cour constitutionnelle a rejeté un recours en annulation d'une disposition dans une loi Santé de 2017 concernant un délai d'attente de douze mois après le dernier contact sexuel d'un homme avec un autre homme. Sous réserve d'une exception spécifique, cette exception pour laquelle le recours a été jugé fondé concerne les dons de plasma frais congelé, obtenus par l'aphérèse et sécurisés par une mise en quarantaine.

Dans tous les cas, l'arrêt est clair et applicable au plus tard deux ans après sa publication au *Moniteur belge*. Néanmoins, j'ai prévu d'apporter une clarification dans la législation en prévoyant une disposition particulière qui sera reprise dans un avant-projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé. Cet avant-projet sera soumis au Conseil des ministres à bref délai.

Comme le décrit la loi du 11 août 2017, les critères d'exclusion pour le don de sang par des candidats au don, exposés au risque d'une infection transmissible par la transfusion, à cause du comportement sexuel du candidat au don ou du comportement du partenaire sexuel du candidat au don, doivent faire l'objet d'une concertation annuelle et peuvent, selon les résultats de l'évaluation, être révisés tous les deux ans. L'arrêté royal d'exécution du 25 octobre 2018 fixe les instances impliquées dans l'évaluation des critères d'exclusion temporaire au don de sang et la période d'exclusion connexe liée au comportement sexuel des donneurs, ainsi que les informations à collecter pour réaliser cette évaluation.

Comme vous le rappelez, la dernière concertation a eu lieu le 8 décembre 2020 sur la base d'une analyse des données de 2019. La Direction générale Soins de santé, SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, est chargée de réaliser une évaluation sur la base d'informations collectées auprès de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, de Sciensano, des établissements de transfusion sanguine et du Conseil supérieur de la santé.

Le rapport de cette concertation est en phase de validation finale et pourra bientôt être consulté sur le site internet du SPF Santé publique. Cette dernière évaluation a mené à la conclusion que l'évolution vers un assouplissement des critères d'exclusion n'était pas à l'ordre du jour, étant donné que les chiffres belges ne permettaient pas encore de justifier scientifiquement l'impact du report de douze mois chez les catégories à risques spécifiques liés au comportement sexuel.

Le nombre de données a été jugé comme étant encore trop limité pour en déduire des conclusions scientifiquement solides. Cependant, j'ai récemment demandé au SPF Santé publique et à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé une évaluation des études et des données relatives à des pays étrangers quant aux conséquences de comportements sexuels à risque, en accordant une attention particulière aux pays qui appliquent un délai moins long que la Belgique. Comme vous, j'attends les résultats de cette étude. Voici pour ma réponse.

20.06 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse en demi-teinte.

J'entends, d'une part, que des éclaircissements seront apportés à la législation en vigueur et qu'un avant-projet de loi sera soumis au Conseil des ministres à brève échéance. C'est très positif.

Néanmoins, je n'ai toujours pas saisi dans quel sens seront apportés ces éclaircissements. En effet, vous nous indiquez que le travail d'évaluation des critères d'exclusion de don de sang n'est toujours pas achevé et qu'une évaluation de ce qui est pratiqué à l'étranger est encore en cours. Par conséquent, je ne comprends pas dans quel sens la législation sera précisée. Je vous avoue être un peu perdue et perplexe, d'autant plus que – comme l'a rappelé ma collègue – ce travail d'évaluation est demandé depuis des années, notamment par UNIA dans ses rapports 2019 et 2020.

Nous voyons que, pendant ce temps, les autres pays agissent. La France a, par exemple, raccourci le délai d'abstinence à quatre mois et le Royaume-Uni, à trois. Ce sont des États sérieux et également soucieux de la qualité du sang qui est donné et qui ont, malgré tout, pu faire évoluer leur législation respective – au contraire de la Belgique.

Il y a donc une grande incompréhension par rapport à cela. Il est donc vraiment plus que temps, monsieur le ministre, dans la clarification de la loi que vous allez apporter, de faire évoluer notre politique de don de sang vers une politique de prévention qui soit fondée sur les comportements à risque du donneur et non sur son sexe ou sur son orientation sexuelle purement et simplement. Autrement dit, il faut une politique de réduction des risques et non d'exclusion et de stigmatisation, ce que nous connaissons aujourd'hui.

Mettre les homosexuels et les hétérosexuels sur le même pied en prévoyant une période de quatre mois sur la base des comportements à risque serait une solution beaucoup plus équilibrée qui permettrait de s'assurer de la qualité du sang et, dans le même temps, de ne plus stigmatiser inutilement les hommes homosexuels. C'est précisément le sens choisi par une proposition de loi que mon groupe vient de déposer. Comme l'a précisé mon collègue, cela permettrait notamment de répondre à cette importante pénurie de sang que nous connaissons malheureusement aujourd'hui.

20.07 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je vais abonder dans le sens de ma collègue. Effectivement, les bras m'en tombent. J'entends l'absence de données qui ne nous permet pas aujourd'hui de nous prononcer et d'avancer sur la fin d'une réelle discrimination. Or, cette absence de données ne doit pas nous empêcher aujourd'hui de faire preuve de discernement. Il y a un fait. Il y a une discrimination qui est là parce qu'on confond des groupes ou des personnes à risque avec des comportements à risque. Ce qui doit être évité dans l'intérêt de chacune et chacun, ce sont les conséquences de comportements à risque et rien ne permet aujourd'hui de dire qu'il y a davantage de comportements à risque chez les personnes homosexuelles que chez les personnes hétérosexuelles.

Dès lors, je demande vraiment que nous avancions. Comme vous le savez, le 4 mars 2020, mon groupe a déposé une résolution en ce sens. Je reviendrai avec cette résolution car je pense vraiment qu'il faut appuyer maintenant sur l'accélérateur. Nous sommes prêts à le faire. J'entends que DÉFI a déposé un texte et que le groupe MR allait dans ce sens. Puisque nous sommes aujourd'hui manifestement prêts à avancer, en tout cas au niveau du Parlement, j'insiste pour que nous rétablissions l'égalité, la liberté d'être, la liberté de faire ses choix au nom du respect et certainement aussi au nom de la solidarité, puisque le don de sang est plus que jamais une nécessité.

20.08 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik antwoord in dezelfde zin als mijn collega's.

Als ik het goed heb begrepen, blijft men een discriminatie aanhouden omdat men niet over gegevens beschikt. Dat is erg. Wij krijgen hierover veel vragen vanuit die wereld, onder andere van homoseksuele mannen, die deze discriminatie heel slecht beleven. Het is niet omdat men homoseksueel is, dat men een verhoogd risico heeft op bepaalde aandoeningen die het bloeedonorschap in gevaar zouden kunnen brengen.

Er moet werk worden gemaakt van het verzamelen van die gegevens en er moet een einde komen aan die discriminatie. Onze fractie zal wetsvoorstellen in die zin zeker steunen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

21 Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La révision des normes d'encadrement" (55017281C)

21 Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De herziening van de personeelsbezettingnormen" (55017281C)

21.01 **Benoît Piedboeuf** (MR): *Monsieur le ministre, depuis les années 70, le monde hospitalier a bien changé.*

Le travail en hôpital de jour est devenu très important, comme vous le savez dans ce type de service le turnover de prises en charge est beaucoup plus astreignant. Et ce n'est qu'un début.

Dans les unités "classiques", les patients chroniques sont plus âgés, plus lourds à prendre en charge et le personnel vient à manquer dans ces unités. À contrario toute une série de soins peuvent se faire en ambulatoire. Il faut encourager ces prises en charge qui sont parfois moins gourmandes en ETP.

Monsieur le ministre, ne pensez-vous pas qu'il faut établir un reset du modèle actuel? Envisagez-vous de proposer une révision des normes d'encadrement afin de permettre des conditions de travail plus confortables?

21.02 **Frank Vandebroucke**, ministre: (...) le financement de l'hôpital, en ce compris l'hôpital de jour, doit être revu et qu'une réforme doit être mise en place. Les travaux d'analyse de la situation actuelle ont été menés et ont fait apparaître les différentes compétences qui doivent être activées tant au niveau fédéral (réforme du financement, de l'hospitalisation de jour et de la nomenclature médicale) qu'au niveau des entités fédérées, compétentes pour l'infrastructure hospitalière et les normes d'encadrement. Ces travaux cadrent tout à fait avec la poursuite des réformes en cours et constituent également une de mes priorités.

Par ailleurs, en ce qui concerne les normes d'encadrement des unités de soins, elles sont, depuis la dernière réforme de l'État, du ressort des entités fédérées. Il n'en reste pas moins que des concertations sont organisées avec les partenaires des entités fédérées pour repenser l'organisation de l'offre hospitalière dans le cadre des réseaux hospitaliers locaux et régionaux. Lorsque les entités fédérées auront agrégé les différents réseaux, l'intention est de revoir ensemble les besoins en soins, tant en termes de volume qu'en termes d'intensité. Ce sont donc non seulement certaines normes d'encadrement qui pourraient être réévaluées mais aussi certaines normes architecturales et une partie des normes de programmation qui définissent le nombre de lits d'hospitalisation requis pour répondre aux besoins de soins hospitaliers au sein de la population.

21.03 **Benoît Piedboeuf** (MR): *Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je note que vous êtes attentif à ce dossier. Je vais aussi mobiliser les entités fédérées parce qu'il est important que les normes d'encadrement correspondent aux besoins, notamment au regard de la pénurie d'infirmières. Je vois que le travail avance.*

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

*La réunion publique de commission est levée à 17 h 12.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.12 uur.*