

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 8 JUIN 2021

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 8 JUNI 2021

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 13 h 09 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 13.09 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

01 Het Fonds voor de medische ongevallen: gedachtewisseling en toegevoegde vragen van

- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hertekening van het Fonds voor de medische ongevallen" (55017713C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het FMO" (55018154C)

01 Le Fonds des accidents médicaux: échange de vues et questions jointes de

- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La refonte du Fonds des accidents médicaux" (55017713C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le FAM" (55018154C)

01.01 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, dank u wel om over dit belangrijke dossier van gedachten te wisselen.

Ik heb een vrij gestoffeerde inleiding mee en zal dus een vrij gestoffeerde uiteenzetting geven, maar ik ben ook vergezeld door de heer Jo De Cock, de administrateur-generaal van het RIZIV. Hij heeft het dossier in de voorbije periode zeer ter harte genomen. Ik meen dat de heer De Cock lang geleden ook al wetenschappelijke publicaties over dit thema heeft geschreven, zodat hij het goed kent.

Mijnheer de voorzitter, ik stel voor dat ik de inleiding geef en misschien recht doe aan de kwaliteit van het debat door de antwoorden in eerste instantie door de heer De Cock te laten geven, als er nog vragen zouden zijn.

Dans ma note de politique générale Santé publique pour 2021, j'ai indiqué que le Fonds des accidents médicaux (FAM) allait, notamment sur base d'analyses internes et d'un rapport d'audit de la Cour des comptes, affiner la note de vision intitulée "Missions, vision, stratégie" et continuer à optimiser son fonctionnement actuel. Depuis mon entrée en fonction, j'ai exhorté le comité de gestion et la direction du FAM à examiner cette question en priorité et à formuler des propositions concrètes d'amélioration en tenant compte des recommandations de la Cour des comptes.

Le premier point de mon exposé introductif est le rapport de la Cour des comptes. Il est évidemment important de prêter attention aux conclusions formulées dans ce rapport de juin 2020 concernant l'organisation et le fonctionnement du FAM. La Cour des comptes a examiné si le FAM répond et peut répondre aux attentes formulées par le législateur en 2010, je cite: "Une solution rapide quant au droit à une indemnisation, y compris en cas d'accident médical sans responsabilité, pour éviter les procédures judiciaires et leurs inconvénients (frais élevés, assurabilité difficile, médecine défensive, absence de prévention)". La Cour des comptes a constaté à cet égard que, selon son analyse, neuf victimes d'accidents médicaux sur dix n'ont pas recours à la procédure prévue par la loi. Le nombre limité de demandes ne permet pas de faire de la prévention. La Cour des comptes a souligné également le coût élevé du traitement d'un dossier et affirme qu'un nombre considérable d'avis émanant du fonds est contesté en justice. Enfin, la Cour des comptes déplore qu'en moyenne, les victimes doivent attendre quatre ans pour obtenir un avis du fonds.

Dans ses recommandations, la Cour des comptes indique que ces dernières années, toutes les mesures opérationnelles nécessaires ont déjà été prises. Toutefois, il est souligné qu'il est encore possible de gagner beaucoup de temps aux différentes étapes de la procédure, assurément lors de la phase initiale de la procédure, notamment via une demande d'information plus rapide, un traitement plus ciblé, des demandes fondées. La Cour des comptes précise également que certaines missions du FAM sont parfois impossibles ou très difficiles à réaliser en pratique ou offrent une valeur ajoutée insuffisante, par exemple pour les avis en matière de responsabilité pour des dommages qui ne répondent pas aux critères de gravité.

Enfin, la Cour des comptes recommande au comité de gestion du fonds d'élaborer une note contenant une vision d'avenir du fonds, comme cela a également été annoncé dans le contrat d'administration de l'INAMI en 2019.

Ik kom nu tot het belangrijkste punt voor vandaag, namelijk de structurele bijsturing van het Fonds voor de medische ongevallen (FMO). Op 2 april 2021 heeft het beheerscomité van het FMO zijn goedkeuring verleend aan een plan om de werking van de dienst te verbeteren. Dat plan is gebaseerd op twee pijlers: een concreet stappenplan voor de afbouw van de achterstand in de verwerking van de dossiers door de inzet van een tijdelijke taskforce die de mankracht van het FMO versterkt, en een structurele bijsturing in de behandeling van bestaande en nieuwe dossiers binnen de krijtlijnen van de huidige wet.

Wat het stappenplan voor de afbouw van de achterstand betreft, waren er bij het FMO op 12 februari 2021 1.892 openstaande dossiers. Gelet op de in- en uitstroom van dossiers werd de eigenlijke achterstand op 1.592 dossiers geraamd. De achterstand wordt grotendeels verklaard door het verschil tussen het grote aantal dossiers dat in de beginperiode werd ingediend, en het zeer beperkte aantal dossiers dat in dezelfde periode afgewerkt kon worden. In de periode 2012-2014 werden er ongeveer 2.500 dossiers ingediend en slechts een kleine 300 dossiers afgewerkt. Sinds 2017 worden er per jaar 600 dossiers afgewerkt, wat meer is dan er jaarlijks worden ingediend. Hoewel de achterstand dus slinkt, blijft het tempo van de afbouw te laag om binnen een redelijke termijn de bij de start opgebouwde achterstand weg te werken. Er zijn dus tijdelijk bijkomende resources nodig om de productie te verhogen. Met dat doel werd een concrete planning uitgewerkt om met ingang van 1 juni 2021 de bestaande achterstand weg te werken in een periode van 24 maanden. Het debat vandaag komt dus echt op het juiste moment.

Voor het merendeel van de dossiers zijn alle vereiste stukken aanwezig. Bij de behandeling worden verschillende stappen doorlopen: het uitvoeren van interne medische analyses, het uitvoeren van externe expertises, het opstellen van adviezen en het berekenen van de schadeloosstelling. Concreet voorziet de planning erin dat in de betrokken periode de achterstand maandelijks gemiddeld met ongeveer 65 dossiers wordt afgebouwd.

Het stappenplan zal het onderwerp uitmaken van een periodieke opvolging en monitoring door een specifiek daartoe aangestelde taskforcemanager.

Bij het FMO zal er naast de 46 medewerkers ook een specifieke tijdelijke taskforce worden opgericht onder leiding van de taskforcemanager. De taskforce zal worden samengesteld uit artsen vertrouwd met de evaluatie van de menselijke schade, juristen, alsook administratieve medewerkers. Hij wordt ten volle geïntegreerd in het FMO. De medewerkers zullen vanzelfsprekend een adequate opleiding genieten en over duidelijke richtlijnen beschikken.

Voor de aanstelling van de taskforcemanager wordt een consultancyopdracht uitgeschreven. Met de uitvoering van de opdracht is gestart op 1 juni 2021. De taskforcemanager wordt belast met de operationele en procesmatige organisatie van de taskforce. Hij is de functioneel leidinggevende van de medewerkers van de taskforce. Hij stuurt en motiveert die equipe en werkt in nauwe interactie met de FMO-directie. De taskforcemanager maakt ook wekelijkse statusrapporten op, die in beginsel aan de minister, aan het beheerscomité, aan de administrateur-generaal van het RIZIV en aan de FMO-directie worden bezorgd. Waar nodig, identificeert de taskforcemanager daarbij knelpunten en suggereert hij oplossingen voor de gerezen problemen.

Wat de artsen betreft, wordt een pool samengesteld die gerekruteerd wordt uit onder meer recent gepensioneerd artsen van het RIZIV en van de FOD Sociale Zekerheid. Er zijn reeds elf artsen actief in dat kader.

De opdracht van de artsen behelst het maken van een medische analyse aan de hand van de door het

beheerscomité van het FMO vastgestelde beslissingsboom, die de verdere behandeling van het dossier stuurt. Hierbij zal in eerste instantie een inschatting worden gemaakt van de ernstgraad en eventuele indicaties voor de aansprakelijkheid. Daar kom ik nog op terug. Vervolgens wordt nagegaan of er een link met de zorgverlening bestaat.

Volgens de opgestelde planning zal de pool van artsen 120 dossiers per maand analyseren. Dat betekent dat op een jaar tijd voor het merendeel van de achterstallige dossiers een eerste medische analyse beschikbaar zal zijn. Op basis van die analyses kunnen dan de volgende processtappen worden gezet en, waar mogelijk, reeds adviezen worden verleend.

Ter ondersteuning van het administratieve proces werden ook zes administratieve krachten aangetrokken. Daarvoor wordt een beroep gedaan op personen met een contract eerste werkervaring of op kandidaten van de wervingsreserve van Selor. Tegen 1 augustus 2021 zullen ook een vijftal juristen ingeschakeld zijn, aangeworven via dezelfde procedures als de administratieve krachten. Zij zullen belast worden met het formuleren van de adviezen en de motivering ervan.

Ik ga nu in op de structurele bijsturing van de dossierbehandeling. Op basis van discussies hierover in het beheerscomité van het FMO worden de tot nu toe gehanteerde procedures grondig aangepast. Men gaat hierbij uit van de volgende vijf principes: de snelle en correcte samenstelling van het basisdossier, het gebruik van een beslissingsboom waarbij de graad van ernst een oriënterend criterium vormt, de optimalisering van de communicatie met de aanvrager, de verdere informatisering van de processen en de vrijwaring van de wettelijke aanspraken van de slachtoffers.

De nieuwe processen zullen zowel voor de achterstand als voor de nieuwe dossiers duurzaam worden toegepast. Dat moet ervoor zorgen dat de nieuwe aanvragen sneller en met een betere communicatie worden gevolgd en dat geen nieuwe achterstand wordt opgebouwd. De ervaring toont dat een goed samengesteld basisdossier een sleutelelement vormt voor een vlotte afwikkeling van een schadeclaim.

Voortaan zal het basisdossier de volgende elementen bevatten: ten eerste, het aanvraagformulier van het slachtoffer – de huidige template wordt verduidelijkt en aangepast – ten tweede, het medisch dossier bezorgd door de aanvrager – aan het slachtoffer wordt gevraagd om het medisch dossier dat op basis van de wet inzake de patiëntenrechten op eenvoudige aanvraag kan worden verkregen, aan het FMO te bezorgen – ten derde, gegevens van de verzekeringsinstelling en het ziekenfonds in verband met de arbeidsongeschiktheid van de aanvrager en, ten vierde, een medische vragenlijst met specifieke vragen in verband met de schade veroorzaakt door het medisch ongeval.

De vragenlijst wordt door het FMO opgestuurd en is in te vullen door een arts naar keuze van de aanvrager voor rekening van het FMO.

Indien de aanvrager niet in staat is het medisch dossier of de gegevens inzake arbeidsongeschiktheid te bezorgen, zal het FMO die zelf opvragen. Het FMO kan ook te allen tijde bijkomende stukken opvragen. De aanvraag zal op korte termijn via digitale weg kunnen worden ingediend.

Het FMO maakt vervolgens een interne medische analyse waarbij de ernst van de schade een oriënterend element vormt. Indien de ernstgraad zich onder de wettelijke drempel bevindt, is er in beginsel geen schadeloosstelling door het fonds verschuldigd en kan de individuele beoordeling van de aansprakelijkheid gebeuren op basis van een eenzijdige expertise.

Indien de ernstgraad zich boven de wettelijke drempel bevindt, is het met het oog op een eventuele schadeloosstelling door de verzekeraar of door het fonds noodzakelijk vast te stellen of er sprake is van aansprakelijkheid van de zorgverlener of van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. In de gevallen waarvoor daartoe aanwijzingen zijn in het dossier, zal een beroep gedaan worden op een tegensprekelijke expertise. Voor alle duidelijkheid moet worden bevestigd dat in geval van twijfel steeds de meest gunstige weg voor de aanvrager zal worden gevolgd.

Bijzondere aandacht zal ook worden besteed aan de verbetering van de communicatie met de aanvragers. Daarbij worden de volgende initiatieven gepland. In de toekomst – ik mik dan op einde 2021 – zal het mogelijk zijn voor nieuwe aanvragen de stand van het dossier digitaal te volgen. Voor de dossiers die behandeld worden door de taskforce, wordt een specifieke en proactieve communicatie uitgewerkt. Gelet op de specifieke aard van de dossiers zal de communicatie bij voorkeur schriftelijk of digitaal gebeuren. Bij de

schriftelijke of digitale briefwisseling, alsook bij de mededeling van de adviezen zal extra gewaakt worden over de leesbaarheid en een empathisch taalgebruik.

Hoewel de interne procedures reeds verregaand geïnformatiseerd zijn, heeft het FMO voorgesteld een aantal aanpassingen in de huidige wet door te voeren. Hierdoor moet het mogelijk worden een elektronische aanvraag in te dienen via een gestandaardiseerde aanvraagtemplate, alsook alle communicatie van en naar het FMO op elektronische manier te laten verlopen.

Zoals ik eerder vermeld heb, zullen de aanvragers in de toekomst de voortgang in hun dossier digitaal kunnen volgen.

Op basis van het advies van het beheerscomité van het FMO is de regering van oordeel dat de wettelijke aanspraken van de slachtoffers onverminderd moeten worden gevrijwaard.

Het is duidelijk dat de bestaande wettelijke bepalingen niet de basis vormen van de problemen waarmee het FMO sinds verschillende jaren kampt. Om die reden zal geen enkele ingrijpende aanpassing van de wettelijke bepalingen worden doorgevoerd.

In het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, dat op korte termijn wordt ingediend, zullen twee technische voorstellen worden opgenomen om digitale informatiewisseling mogelijk te maken en de beroepstermijn bij betwisting van een advies van het FMO bij de burgerlijke rechtbank te verduidelijken.

S'agissant de l'incidence financière de ce plan, le coût de la *task force* est estimé à 3,3 millions d'euros pour 2021 et 2023. Pour 2021, un transfert interne de 1,1 million d'euros est effectué dans le budget du Fonds des accidents médicaux (FAM). L'incidence estimée est de 1,8 million d'euros pour 2022 et de 0,4 million d'euros pour 2023.

En raison de la résorption accélérée de l'arriéré, il convient de tenir compte d'une hausse temporaire du nombre d'indemnités accordées. Le passé nous montre qu'une indemnité a été versée dans environ 17 % des dossiers traités. Compte tenu de ces éléments et d'une indemnité moyenne de 150 000 euros, on peut s'attendre à une dépense d'environ 30 millions d'euros. Cette dépense ne sera consentie qu'à partir de 2022.

Voilà, monsieur le président, en guise d'introduction. Je serai à l'écoute de toutes les questions ou remarques des membres.

Le **président**: Merci, monsieur le ministre. M. De Cock répondra aux éventuelles questions qui lui seront posées.

01.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is een goede aanzet dat u stappen heeft ondernomen, nadat ik op 12 november in de plenaire vergadering daarover met u van gedachten gewisseld heb. We kunnen er niet onderuit dat de audit van het Rekenhof, net zoals de externe audit die daarvoor al was afgenomen, dramatisch was en dat een grondige hervorming effectief noodzakelijk was.

Wat u hier voorstelt, heeft twee luiken: enerzijds het wegwerken van de achterstand in de dossiers en anderzijds u een structurele hervorming noemt. Wat het wegwerken van de achterstand betreft – waar wij absoluut voorstander van zijn, de mensen wachten al lang genoeg – zult u extra middelen inschrijven.

Daar heb ik al een eerste vraag over. Voor de dossiers die in het verleden zijn geopend, noteren we een kostprijs van 11.000 à 12.000 euro per dossier. Zal de nieuwe taskforce die u in het leven roept, met nieuwe mensen en dus nieuwe kosten eraan verbonden, ervoor kunnen zorgen dat de kostenefficiëntie van die dossiers hoger wordt?

Ten tweede zal u de achterstand wegwerken, maar uit een grondige lezing van de audits blijkt ook dat de drempel om naar het FMO te stappen te groot geworden is en dat het aantal dossiers daarom afneemt. Als we een structurele oplossing willen en ervoor willen zorgen dat patiënten die het slachtoffer zijn van een medisch ongeval zich tot het FMO kunnen wenden, denk ik dat we veel breder moeten gaan dat wat u hier voorstelt.

Een van de conclusies in de audit is dat de samenstelling van het beheerscomité vertraging in de dossiers,

bij de besluitvorming en de ontwikkeling van een visie met zich meebrengt. Waarom houdt u daaraan vast? Mogelijk is ook het samenstellen van een raad van bestuur of een beheerscomité met experts, die management skills hebben en er volledig kunnen invliegen. Hoe komt het dat u niet van die paritaire samenstelling afwijkt? Dat is trouwens een van de voorstellen uit ons voorstel van resolutie dat op 10 juni 2020 werd ingediend.

U licht hier een voorstel toe. U zegt dat de aanwervingen voor de verantwoordelijken voor de taskforce reeds bezig zijn. Op welke termijn zal men beginnen? Ik veronderstel dat dat zeer snel zal zijn.

U zei ook dat u voor de taskforce gepensioneerd artsen van de FOD en het RIZIV zult aantrekken. Met het oog op structurele hervormingen, stellen wij in de audit een probleem vast met de expertise van de mensen die worden aangetrokken. Dat is iets waarover wij het ook reeds gehad hebben in het kader van andere discussies over de FOD en het FAGG. Hoe kunt u ervoor zorgen dat u effectief de juiste profielen zult aantrekken om het FMO te bemannen en bevrouwen? Ik spreek dan over de artsen, de juristen en de administratie. Hoe zult u ervoor zorgen dat ze er ook blijven? Als wij immers kijken naar de analyses, dan zien wij een heel groot verloop van personeel, maar ook van expertise. Daarom is het heel belangrijk om ook duurzame investeringen te doen en op lange termijn te werken.

Over het financieel beheer hebt u het niet gehad. Dat is nochtans ook één van de pijnpunten die worden aangehaald. Ik heb het daarnet al gehad over de kostprijs per dossier, maar ook het terugvorderen van bepaalde bedragen wordt niet gerapporteerd. Men weet gewoon niet wanneer wat teruggevorderd wordt. Daar is geen boekhoudkundige registratie van. Zult u dit ook aanpakken en ervoor zorgen dat die financiële stromen veel transparanter zijn en ook veel beter beheerd kunnen worden?

U had het even over de verzekeraars, maar gaat u ook mee in die minnelijke medische expertise die wordt voorgesteld door het Rekenhof? Zal er een protocolakkoord worden afgesloten?

Dan kom ik tot het beheerscomité. In het rapport wordt gesteld dat het beheerscomité in het verleden zijn verantwoordelijkheid onvoldoende opnam inzake het innemen van standpunten en het uitwerken van richtlijnen die relevant zijn voor beheer en aansturen van het FMO. Hoe zult u met het hier voorgestelde plan daarop antwoorden? Als we naar de interviews kijken, blijkt uit het rapport dat het beheerscomité van mening is geen verordenende bevoegdheid te hebben. Zult u hieraan werken? Hoe zult u ervoor zorgen dat het beheerscomité effectief een visie vormt en dat die gedragen wordt?

Inzake communicatie is het heel goed dat u aanhaalt dat er een voor de patiënten begrijpelijk jargon zal worden gehanteerd. Dat is absoluut noodzakelijk. U verwijst naar digitalisering, waarbij één van de grote problemen mij het softwareprogramma lijkt, dat ook zeer duur was. Gaat men verder met dit softwareprogramma of zoekt men een andere oplossing? Begint men van nul? Dat heeft immers heel wat geld gekost, dat niet altijd even goed besteed werd.

Het FMO ressorteert onder het RIZIV. Vermits de heer De Cock hier aanwezig is en u er niet naar verwijst, veronderstellen wij dat het onder het RIZIV zal blijven ressorteren. Wat is het voordeel daarvan volgens u? Waarom behoudt men die piste?

Wij hebben in ons voorstel van resolutie gesteld dat de informatie-inwinning niet volledig is. Ik verduidelijk dat even. Ik heb met een aantal ombudsdiensten van ziekenhuizen gesproken en niet alle meldingen bij de ziekenhuizen blijken aan het FMO te worden doorgegeven. Ze blijven soms bij het ziekenhuis. Zou het niet beter zijn om te zorgen voor een nationaal meldplatform onder het FMO? Op die manier zou men immers een duidelijk zicht hebben op alle problemen. Het FMO zou dan ook veel beter kunnen bepalen hoe ernstig bepaalde zaken zijn en hoe erop wordt geanticipeerd voor de patiënten.

U had het wel over een versnelling, maar wat is uw streefdoel voor het uitbetalen van de slachtoffers? Met andere woorden, scherpt u de doorlooptijd van de dossiers aan of blijft de huidige wettelijke regeling bestaan?

U had het verder over één basisdossier. Dat lijkt mij inderdaad correct te zijn.

Tot slot kom ik bij de procedures en de taakomschrijving. Als u nieuwe mensen gaat aantrekken, in hoeverre kunt u die protocollen dan vaststellen en ze enten op de expertise van de mensen die u zoekt?

01.03 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Bedankt aan de minister en de heer De Cock om hier aanwezig te zijn en de gedachtewisseling voor te stellen. Het is voor ons heel belangrijk om een aantal zaken uit te diepen. Ik had een aantal vragen op papier gezet die inmiddels al beantwoord zijn, waarvoor dank. Ik vroeg naar de stand van zaken van de hertekening, naar de stappen die al ondernomen zijn, en naar de analysesresultaten en actielijnen die dit heeft opgeleverd en naar het feit of u al een concrete timing voor de hervormingsplannen voor ogen hebt. Die zaken zijn al beantwoord.

Ik heb nog een aantal bijkomende vragen. Ten eerste, zullen wij, wanneer de taskforce weer wordt afgebouwd, niet opnieuw verzanden in die achterstand? De procedures worden bijgeschaafd, de knelpunten worden genoteerd en er worden oplossingen gezocht. De investeringen worden echter naar beneden gehaald, de inzet van personeel ook. Zullen we op die manier niet opnieuw in zo'n situatie verzeilen?

Ten tweede, worden de mensen die nu gemiddeld vier tot vijf jaar wachten ook proactief op de hoogte gebracht van wat er gaande is? Dat is op zich wel een zeer positieve evolutie. Zo krijgen ze na verloop van tijd hoop op beterschap en zo krijgen ze ook zicht op de termijnen. Ook de nieuwe dossiers krijgen termijnen voor de afhandeling.

Ten derde, u focust terecht op de schriftelijke en digitale communicatie. Dat is belangrijk. U zegt ook dat die toegankelijk zal zijn. Ik heb als voorzitter van een bijzonder comité ook de ervaring dat informatie toegankelijk maken echt niet vanzelfsprekend is. Hoe zal dat concreet in zijn werk gaan? Lokaal wordt vaak ervaren dat contact toch wel nodig blijft, zelfs als de informatie toegankelijk gemaakt is. Is dat contact nog mogelijk in dergelijke gevallen?

Mijn vierde vraag gaat over de kwestie die door het Rekenhof werd aangekaart. Is de minnelijke medische schikking een piste die wordt overwogen?

Ten vijfde, ook ik krijg net zoals mevrouw Depoorter regelmatig meldingen van mensen die zeggen dat niet alle informatie samenkomt. Kan worden gedacht aan een manier om alle informatie in één punt te centraliseren?

01.04 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, monsieur De Cock, j'étais déjà intervenu, notamment sous la précédente législature, sur le rapport de la Cour de comptes et le retard, très inquiétant, qui s'était accumulé.

Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir pris l'initiative d'organiser ce débat qui se veut rassurant, à entendre la volonté affichée de résorber cet arriéré. Je suis heureux d'apprendre qu'un plan concret existe pour régler l'arriéré, qui se chiffre à 1 592 dossiers. La mise en place d'une large opération de résorption est donc nécessaire. Selon les chiffres cités, depuis 2017, ce sont en moyenne 600 dossiers par an qui sont traités, soit davantage que le nombre de dossiers introduits annuellement. Il fallait évidemment trouver une solution pour accélérer le rythme et se mettre à jour, raison pour laquelle a été créée cette nouvelle équipe de renfort.

Un objectif a-t-il été fixé pour résorber ce retard? Quand estimez-vous que le Fonds des accidents médicaux aura rattrapé le retard historique qu'il traîne d'année en année? Qu'adviendra-t-il de cette nouvelle équipe de renfort lorsque le FAM aura retrouvé un rythme de croisière?

À l'instar de mes collègues, je suis régulièrement interrogé. Et je suis particulièrement agacé par le fait que, pour de nombreuses administrations, l'accès aux informations ne soit pas aisé. Un travail est-il mené en vue d'une simplification administrative et d'une centralisation des informations, afin que l'utilisateur qui souhaite prendre des informations ne se perde pas dans des méandres et puisse disposer d'informations centralisées?

Enfin, j'entends que la procédure sera simplifiée, et que la *task force* sera réduite. Si elle est réduite pour davantage d'efficacité, c'est tant mieux. Mais là aussi, j'espère que cela ne génèrera pas de nouveaux retards. Monsieur le ministre, monsieur De Cock, êtes-vous pleinement rassurés quant à la capacité de cette *task force* d'absorber le retard dans la gestion des dossiers?

Ce sont les quelques petites questions que je souhaitais vous poser tout en vous remerciant de l'initiative et de la volonté de résorber ce retard historique qui handicape les usagers.

01.05 **Dominiek Sneye** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitleg bij dit gewichtige en schrijnende dossier, zoals in de media werd gezegd.

Ik heb nog enkele specifieke vragen. U zegt dat er een achterstand is omdat er meer dossiers binnenkomen dan er verwerkt kunnen worden. De vraag is echter hoe dat komt. Ik veronderstel dat de oorzaak een personeelstekort is. Of is er een andere reden? U zegt voorts dat 56 medewerkers aangeworven werden of zullen worden. Gaat het om voltijdse medewerkers? Krijgen zij een contract van onbepaalde of bepaalde duur? De achterstand moet immers zo snel mogelijk weggewerkt worden en blijven. Om de doelstellingen van het fonds na te streven, moet het toegankelijk zijn en moet het ook snel kunnen reageren.

Een van de pijnpunten is zeker dat er weinig of niet gecommuniceerd werd. Ik hoop dat dat pijnpunt, door de digitalisering en misschien door extra personeel, zal worden weggewerkt. De nadruk moet ook liggen op een duidelijke communicatie. In een bepaald milieu – in de politiek is dat ook zo – gebruikt men vaak vakjargon, maar niet iedereen begrijpt dat. Het is dus echt noodzakelijk dat de communicatie verstaanbaar is.

Het eerste van de vijf punten die u aanhaalde, mijnheer de minister, was de snelle en correcte samenstelling van het basisdossier. De aanvrager moet zelf de arbeidsongeschiktheid en de medische vragenlijst indienen, maar als hij dat niet kan, doet het fonds dat. Waarom kan het fonds dat niet onmiddellijk doen? Kan die tussenstap niet worden vermeden om zo tijdswinst te boeken?

Ik wil mijn vraag die ik een tijd geleden ook al stelde, nog even herhalen. Zullen ook oude dossiers worden heropend? Als wij ons de Panoreportage nog even voor de geest halen, herinneren wij ons veel schrijnende gevallen. Zullen die dossiers worden heropend? Zal er ook een mogelijkheid van foutloze aansprakelijkheid zijn of medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, zoals dat in het vakjargon heet? Wordt dat ook meegenomen?

Ik kom dan tot de manier waarop mensen in beroep kunnen gaan. Ik heb mijn vraag voor me liggen, want ik ben er ook niet erg in thuis. De dossiers kunnen worden heropend of herzien. Tegen de mogelijke verjaring kunnen argumenten worden ingeroepen.

Een eerste argument is dat de wet op het fonds op basis van artikel 23 (betwisting van een afwijzing van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (MOZA)) geen bijzondere verjaringstermijn vastlegt voor de concrete rechtsvordering.

Een tweede argument is dat het fonds in haar beslissing tot afwijzing van een MOZA ook geen concrete termijn vermeldt, om de rechtsvordering tegen het fonds in te stellen.

Het derde argument was dat de beslissing van het fonds tot afwijzing van het MOZA een beslissing is van individuele strekking, uitgaande van de federale administratieve overheid op basis van een bepaling over de openbaarheid van bestuur.

Worden die drie argumenten ook meegenomen voor het heropenen van bepaalde dossiers?

Tot zover onze opmerkingen.

Le **président**: Mme Taquin souhaite-t-elle prendre la parole? (*Non*)

CD&V is niet aanwezig.

01.06 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik zal heel kort zijn. Bedankt, mijnheer de minister, voor uw toelichting. Bedankt ook aan de heer De Cock, om de minister daarin bij te staan. We kunnen ons zeker en vast vinden in uw voorstellen tot remediering. U bent zich ook bewust van de problemen die moeten aangepakt worden. Dat is een goede zaak.

Ik had wel nog een aantal vragen. Misschien bent u erop ingegaan, maar ik heb een klein stukje van uw uiteenzetting gemist. Het Rekenhof stelt dat slachtoffers van een medisch ongeval zich slechts in één van de tien gevallen tot het fonds richten om een schadevergoeding te krijgen. Zij blijven er dus voor kiezen om het ongeval zelf af te handelen met de zorgverlener of diens verzekeraar. Het aantal aangiftes is de afgelopen vijf jaar zelfs gedaald.

Heeft u er een zicht op hoe het die negen van de tien slachtoffers vergaat? Slagen zij er beter in een tegemoetkoming of een vergoeding te krijgen dan wanneer zij via het fonds zouden werken?

Mijn tweede vraag gaat over de kostprijs. Het Rekenhof spreekt van 10.000 tot 12.000 euro per dossier, terwijl 85 % van de dossiers niet eens gegrond of ontvankelijk is. Welke oplossingen zijn er om die kostprijs te laten dalen? Wordt er bijvoorbeeld gekeken naar digitalisering? Zou die ervoor kunnen zorgen dat de kostprijs naar beneden gaat?

Mijn laatste vraag gaat over de terugvorderingen ten aanzien van zorgverstrekkers en verzekeringsmaatschappijen. Die zijn blijkbaar onduidelijk. We krijgen de indruk dat er in te weinig gevallen ook effectief teruggevorderd wordt. Kunt u wat meer toelichting geven over de terugvorderingen en de acties die zullen ondernomen worden om de aantallen op dat vlak te verhogen? Dank u wel.

Le **président**: Chers collègues, je vais poser mes trois questions car je dois me rendre dans une autre commission. M. Hervé Rigot me remplacera à la présidence.

Président: Hervé Rigot.

Voorzitter: Hervé Rigot.

01.07 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ten eerste, wat zijn de exacte parameters en maatstaven die het fonds vandaag hanteert in het beslissingsproces om tot het uitkeren van schadevergoedingen over te gaan?

Ten tweede, ik heb begrepen dat nu een pool van artsen de dossiers zal analyseren, waarbij die artsen als het ware een vorm van controle vormen op de verslaggeving van de behandelende artsen. Heb ik dat goed begrepen? Zijn er daarnaast andere manieren om controle op de verslaggeving van opererende artsen uit te oefenen? Zo ja, hoe ziet die controle er dan uit?

Ten derde, wat is de interne procedure vandaag in de ziekenhuizen wanneer een arts een cruciale of een andere fout maakt? Met andere woorden, wat zouden voor artsen de redenen kunnen zijn om gemaakte fouten bewust niet te vermelden, zoals uit de *Pano*-reportage toch af te leiden viel? Hebt u daar een idee van?

Dit was een aantal vragen van onze fractie, om het dossier beter te begrijpen.

Ik dank u, mijnheer de minister, en ook u, mijnheer De Cock, voor uw aanwezigheid en voor uw uitleg en voor de antwoorden die ongetwijfeld zullen volgen. Ik zal de zaal verlaten hebben, maar onze medewerker zal alleszins mee volgen.

01.08 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, monsieur De Cock, je ferai quelques réflexions après vous avoir entendus. Vous annoncez une récupération, ou une tentative de récupération de l'arriéré. Ce qui me frappe, c'est que l'objectif concernant les patients victimes d'un accident médical ne peut pas être des chiffres pour des chiffres. Ce n'est pas comme si on avait une gestion logistique à faire en urgence. La qualité du traitement des dossiers doit être absolument garantie. Vous nous parlez beaucoup de chiffres; j'ai l'impression qu'on veut faire du chiffre pour du chiffre pour montrer que les choses avancent. Certes, le retard n'est pas acceptable et je rappelle d'ailleurs que le délai légal est de six mois, et qu'il n'est en rien respecté aujourd'hui. Je suis intéressée par l'existence d'un travail et d'une vue claire sur l'équilibre à trouver entre un traitement ayant lieu dans un délai raisonnable et surtout, en garantissant que le traitement des dossiers des patients victimes concernés soit soigné, rigoureux et de qualité. Je voudrais des engagements forts à ce sujet. On n'est pas uniquement dans une gestion logistique pure et dure.

Toujours à ce sujet, vous annoncez la récupération de l'arriéré avec des consultants et une *task force* transitoire. Selon les informations en ma possession, bien que je ne dispose peut-être pas des informations complètes, le personnel est largement en deçà du cadre fixé. Il m'est revenu que le cadre était rempli à environ trois-quarts, c'est-à-dire trente personnes dans un cadre de quarante. Ce n'est pas nouveau, effectivement. Si l'objectif est de créer une *task force* transitoire mais pour replonger après dans une situation où le fond est largement sous-staffé, on risque forcément d'accumuler de nouveau du retard.

Ma question est donc la suivante: où en sommes-nous aujourd'hui au niveau du personnel par rapport au

cadre? Y a-t-il un engagement à rendre le personnel adéquat par rapport aux missions à remplir?

Je sais que vous avez besoin d'une base minimale suffisante pour gérer les dossiers. Le cadre avait, si je me souviens bien, été établi initialement selon ce principe.

Toujours au niveau du personnel, vous dites que des médecins du SPF vont compléter l'équipe, etc. Mais reconnaissons que toute la problématique des accidents médicaux et surtout l'analyse de ces dossiers requièrent une expertise assez pointue! Il est difficile pour un médecin qui n'a jamais fait de clinique ou qui n'est pas spécialiste de gérer des cas compliqués de médecine interne, d'hospitalisation. De même, quand on n'est pas spécialiste, il est difficile de voir clair face à un problème d'accident de nature chirurgicale. Je pourrais démultiplier à l'infini. On sait qu'on est parfois confronté à des problématiques majeures avec des accidents "médicaux", notamment, des incidents médicaux d'ordre ophtalmologique, ORL... Tout cela nécessite des expertises pointues.

Aujourd'hui, il faut faire appel à une expertise externe, ce d'autant que le cadre n'est pas rempli au niveau du personnel, ce qui prend du temps car les experts se rendent sur le terrain et doivent pouvoir se libérer. C'est un peu comme dans les tribunaux où il faut attendre parfois longtemps avant que l'expert médical rende son dossier.

En outre, une expertise ne peut pas être pointue jusqu'au dernier carat. Cela n'est pas possible. Il y a des experts du pied, de la main, du genou, etc.

Ce faisant, ne serait-il pas opportun d'avoir une expertise plus forte en interne en matière d'accidents médicaux pour ne plus avoir recours à des expertises externes que dans des cas que j'appelle "dernier carat", autrement dit, pour des expertises extrêmement pointues. Cela serait, selon moi, de nature à faciliter l'organisation et surtout le traitement des dossiers. Je pense ici au volet qualité.

Vous aurez compris que, pour moi, au-delà des chiffres, la qualité reste un élément fondamental.

Le deuxième point que je voudrais mettre en évidence et que vous n'avez pas du tout abordé, c'est que neuf fois sur dix, les victimes ne recourent pas au Fonds des accidents médicaux. Elles s'adressent aux prestataires de soins ou à l'assureur. Autre chiffre majeur, plus de quatre dossiers sur cinq sont déclarés irrecevables ou non fondés. Cela me semble énorme! Y a-t-il eu une évaluation des deux volets, à savoir la manière de s'assurer de l'accessibilité et de la compréhension et un accompagnement? Existe-t-il un travail avec les associations de patients qui aurait pu ou qui devrait être réalisé par rapport aux victimes sur le fait qu'elles s'adressent ou pas au Fonds des accidents médicaux?

Deuxièmement, existe-t-il une évaluation? Quid de cette irrecevabilité ou du non-fondement pour quatre dossiers sur cinq? Réaliser une forme d'audit ou de réévaluation de ces dossiers ne serait, à mon avis, pas inintéressant. Je sais que quand l'opposition dit quelque chose, c'est nul mais franchement, ce chiffre me frappe. Il est terriblement confrontant et je trouve qu'il pose problème. Peut-être qu'effectivement, c'est juste mais je pense qu'on a collectivement le devoir de se poser des questions par rapport à l'évaluation des dossiers des patients et des victimes.

Il y a un troisième volet que je voudrais aborder. Je ne rentre pas dans tous les points spécifiques que vous avez évoqués (modifications légales, etc.) même si je ne pense pas que cela suffise, c'est d'ailleurs pour cela que je reviens sur des points complémentaires. Ce troisième volet est relatif au dispositif légal tel qu'il existe aujourd'hui. Lors de la première approche du dossier, prend-on le temps de l'expertise? Arrive-t-on à se poser la question d'un recours amiable? Est-il suffisant? Si tel n'est pas le cas, ne faudrait-il pas se poser des questions y compris sur des modifications éventuelles du cadre légal? Il y a la loi sur le Fonds des accidents médicaux mais il y a aussi des lois sur les assurances.

Ne faudrait-il pas modifier certains cadres réglementaires ou légaux pour faciliter une solution alternative afin de promouvoir cette voie du recours amiable. Au vu des retards, des délais que cela peut prendre et vu l'irrecevabilité de quatre dossiers sur cinq, s'assurer qu'on n'est pas passé à côté d'une solution de règlement à l'amiable me paraît plus positif pour les victimes que la situation actuelle.

Ce sont là quatre grands enjeux que je voulais aborder avec vous pour aller un peu plus loin que la présentation réalisée et les pistes mises sur la table.

Le **président**: Madame Fonck, je vous remercie. Si aucun autre collègue ne souhaite intervenir, monsieur le ministre, je vous laisse quelques instants pour préparer vos réponses et vous organiser.

01.09 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik stel voor dat de heer De Cock antwoordt omdat hij gedurende vele jaren een belangrijke actor is geweest in dit domein en in dit hervormingsplan een zeer sturende rol heeft gespeeld. Ik zal bepaalde kwesties aanvullen als dat nodig is.

01.10 **Jo De Cock**: Mijnheer de minister, ik zal de vraag over de herziening van het beheerscontract aan u doorspelen. Ik kom daar straks op terug.

Sommige sprekers hebben gepeild naar de oorsprong van de achterstand. Ik denk dat mevrouw Sneppe daarop een allusie heeft gemaakt. In de audit van het Rekenhof is daaraan uiteraard grote aandacht besteed.

Het is duidelijk dat de achterstand het gevolg is van het feit dat het FMO in de afgelopen jaren een juridische evolutie heeft gekend. Het is als een onafhankelijke instelling gestart. Vervolgens werd het bij het RIZIV ondergebracht. Sinds 2016 heeft het fonds een directie. Wij hebben dus zes jaar genavigeerd zonder leiding, zonder kompas, op het zicht. Dat heeft natuurlijk sporen nagelaten. Zoals het Rekenhof ook heeft aangegeven, heeft dat geleid tot een achterstand die werd opgelopen in de jaren 2012, 2013 en 2014 van ongeveer 2.500 dossiers.

Dit zijn geen gewone dossiers. Dit zijn complexe dossiers, zoals mevrouw Fonck heeft gezegd. Zij vragen een bijzondere expertise op het medische vlak. Het is dus van groot belang om de twee pijlers onder handen te nemen, zoals de minister in zijn inleiding heeft gezegd. Ten eerste, het wegwerken van de achterstand van de dossiers, niet cijfermatig of anoniem, maar op een hoogkwalitatieve manier met aandacht voor elk dossier. Het feit dat er veel achterstand werd opgelopen, heeft te maken met de accumulatie van de ingediende dossiers.

Er werd gevraagd naar de evolutie van het aantal ingediende dossiers. Tussen 2015 en 2019 waren dat er respectievelijk 600, 600, 500, 450 en 500. Covidjaar 2020 heeft de statistieken ook een beetje beïnvloed, er waren in 2020 362 nieuwe ingediende dossiers. In 2021 zien wij reeds een stijging ten opzichte van vorig jaar.

Eén op de tien dossiers komt bij het fonds terecht. Dat heeft natuurlijk ook te maken met de werking van het fonds. Verder kunnen wij moeilijk nagaan welke noemer gebruikt is door het Rekenhof om te peilen naar medische ongevallen, weliswaar medische ongevallen met menselijke schade. Uiteraard zijn er meer ongevallen in een ziekenhuis maar dat zijn niet altijd medische ongevallen. Wij moeten daarmee opletten.

Wij hebben recent ook gevraagd aan Assuralia en een aantal verzekeringsmaatschappijen of dit fonds een impact heeft op de premies, want dat was ook een van de doelstellingen. Het eigenaardige is dat men ons daarop niet echt kan antwoorden. Het was een van de vragen, ik denk van mevrouw Depoorter. Wij zullen dus ook met de verzekeraars moeten samenzitten om dit proces op een correcte manier te kunnen uitvoeren.

Ik kom dan bij de extra middelen en ik ga eerst in op de vragen van mevrouw Fonck.

Fin 2020, il y avait 52 collaborateurs et trois postes non pourvus.

On compte engager du personnel pour la *task force* provisoire. Vous connaissez le proverbe qui dit: "Il n'y a que le provisoire qui dure". On verra.

Entre-temps dix médecins ont été engagés. On va engager six juristes et du personnel administratif. On compte engager le personnel nécessaire pour réaliser les évaluations, d'une part, et pour rédiger les avis, d'autre part. Il est clair que les patients n'attendent pas de rapport médical dans leur boîte, mais demandent ce que la plupart d'entre vous ont demandé, c'est-à-dire d'utiliser un langage convivial et compréhensible qui les guide dans la discussion et l'orientation de leur dossier.

Er werd gevraagd of het personeel tijdelijk zal zijn. We zullen de evolutie van de dossiers als zodanig volgen. Dat hebben we ook aan de mensen gezegd. Die pool van tien artsen is niet in eerste instantie bedoeld om de dossiers te analyseren, maar om ze medisch te finetunen.

Un dossier introduit peut consister à dire: "J'ai été opéré au genou mais j'ai encore des douleurs et je pense qu'une faute a été commise." Sur ce plan-là, il est difficile de dire qu'on va démarrer un dossier, raison de plus pour modifier aussi la procédure en la matière et de demander aux deniers du fonds que le patient introduise, avec la demande, un dossier préparé par le médecin de son choix - cela peut être un médecin-conseil d'une mutualité ou un médecin généraliste qui serait indemnisé - pour clairement décrire le dommage qui a été provoqué par l'accident. Il faut bien entendu déterminer si l'accident a un lien avec les soins donnés. C'est un point important.

Maintenant, si la première raison à la perte de temps, c'est la constitution du dossier, on ne peut clairement pas le reprocher au patient. Cela nécessite bien sûr une recherche de documents, des dossiers patients. Un dossier patient, cela n'existe pas. Je vous explique pourquoi. Un dossier patient est constitué de pièces différentes. Il y a bien sûr l'imagerie médicale et les pièces qui figurent au dossier. Mais par exemple, dans le cas d'un monitoring d'un bébé, son enregistrement ne se trouve pas dans le dossier. Il faut le demander, ce qui prend aussi un certain temps.

Néanmoins, la première chose dans le processus est l'amélioration de la constitution du dossier.

Kan dat niet kosteneffectiever verlopen? De bedoeling is uiteraard dat we de kosten bekijken, maar men moet ook de kosten zoals ze door het Rekenhof zijn berekend, afzetten tegen de doelstelling van het fonds. Wanneer men die afzet tegen de uitgekeerde schade, is dat uiteraard een enorm hoog bedrag. Wanneer men die afzet tegen het aantal dossiers, krijgt men al een ander bedrag.

De vraag is wat de kosten voor een dossier zijn. U vraagt ook de kwalitatieve behandeling van de dossiers. Dat betekent dat men de dossiers op medisch, juridisch en technisch vlak moet bekijken. Uiteraard hebben ook de investeringskosten een impact gehad op de kostprijs per dossier. Hoe dan ook is het uiteraard de bedoeling dat we kostenefficiënter werken en, zoals sommigen ook hebben gezegd, maximaal proberen in te zetten op de interne medische expertise en pas een beroep doen op een externe expertise, als dat echt nodig is. Wanneer er een schadegeval is, vraagt het gemeen recht dat er een tegensprekelijk debat plaatsvindt.

Is de drempel te hoog? Dat denk ik niet. Het fonds is vlot toegankelijk. Uiteraard is er in de wet een drempel ingebouwd, waarbij het fonds alleen de schade vergoedt die 25 % blijvende arbeidsongeschiktheid of ongeschiktheid – niet iedereen is werkzaam of beroepsactief – teweegbrengt, of als er schade is die overeenstemt met een arbeidsongeschiktheid van minstens zes maanden. Dat op zich is een drempel. Er zijn uiteraard meer dossiers bij verzekeringsmaatschappijen dan er dossiers zijn die beantwoorden aan het criterium van 25 % blijvende ongeschiktheid of minstens zes maanden arbeidsongeschiktheid of een cumulatie van de twee.

Het beheerscomité spruit voort uit de oorspronkelijke wetgeving van 2010. Het heeft dezelfde structuur aangehouden, ook na de introductie in het RIZIV. Daar kunnen discussies over worden gevoerd; ik zal mij daar niet over uitspreken. Dat is meer een politiek gegeven. Mevrouw Depoorter zei dat het beheerscomité geen verordenende bevoegdheid heeft. Dat klopt, het beheerscomité heeft geen juridische capaciteit om normen en regels vast te stellen. De Raad van State zou trouwens ook niet aanvaarden dat beheerscomités los van de Koning regels beginnen op te stellen, tenzij wat kleine technische, specialistische materies betreft, maar niet ten gronde.

Het beheerscomité heeft zeker ook een visie. Ik dank langs deze weg het beheerscomité voor de afgelopen weken en maanden waarin we nauw hebben samengewerkt voor de ontwikkeling van het actieplan. Het is zich goed bewust van zijn rol en mengt zich niet in de behandeling van individuele dossiers. Er wordt inderdaad geen enkel individueel dossier voorgelegd aan het beheerscomité. Het houdt zich bezig met de grote lijnen, die betrekking hebben op de manier waarop aansprakelijkheid wordt vastgesteld en de schade berekend kan worden, de te gebruiken instrumenten voor de schadeberekening, zijnde indicatieve tabellen of andere bronnen en de manier waarop onder andere de schade begroot kan worden. Het beheerscomité volgt ook de afwikkeling van de dossiers, net als de personeelswijzigingen en de IT-ontwikkelingen.

Wat de aanwervingen betreft, die zijn gestart.

Waarom kiest men voor artsen van het RIZIV en van het departement? Zij gaan een eerste screening doen van de dossiers waarvan nog geen medische analyse is gebeurd, de achterstallige dossiers. Wij hopen dat

wij er ongeveer 65 per maand op die manier kunnen behandelen. Dat zijn geen eenvoudige dossiers.

Wij hebben intussen alles moeten digitaliseren; men kan immers in covidtijd niet werken met een papieren dossier. Bovendien moesten we dat via bijzondere programma's doen op een beveiligde manier, want het gaat daarbij over medische gegevens. De ontvangst van dossiers uit het ziekenhuis of de interne en externe uitwisseling met experts en alle betrokken partijen gebeurt niet zomaar per mail of met een eenvoudig systeem. Daarvoor zijn er beveiligde, speciaal daartoe gecreëerde instrumenten nodig.

De aanwervingen zijn gestart. Die artsen zullen een screening doen en nagaan in welke mate er informatie is over de schade, de lichamelijke schade en de ernst van de schade. Dat zal het oriënterend basiscriterium zijn bij de behandeling van de dossiers. Er is al te lang gedacht dat de eerste opdracht van het fonds was de aansprakelijkheid vast te stellen of een advies te geven over de aansprakelijkheid. Niets is moeilijker dan dat, want men moet dus, ten eerste, een fout aantonen in individuele of collectieve zin, ten tweede, de schade en, ten derde, de relatie tussen de twee. Uit een dossier kan men die info niet altijd halen en men weet evenmin wie er allemaal in de verzorging van de patiënt is opgetreden. Vandaar dat de eerste aandacht van het fonds moet gaan naar de vergoeding van de personen die daar recht op hebben, hetzij in het kader van aansprakelijkheid, hetzij in het kader van een MOZA. Het beheerscomité heeft de rol om die begrippen duidelijk te stellen.

Je pense que c'est Mme Fonck qui a renvoyé aux chiffres. Fin 2020, par rapport au nombre de dossiers qui ont été finalisés, on peut constater que 8 % des dossiers ont comme base une responsabilité civile au-delà du degré de sévérité, donc au-delà des 25 %, ou si décès - bien sûr, cela va de soi. À peu près 10 % sont ce qu'on appelle des MOZA, donc des accidents sans responsabilité.

Les chiffres ont été demandés en la matière, et aussi sur les récupérations. Pour l'instant, environ 8 millions de récupérations sont en cours auprès des assureurs. Il est clair que, chaque fois que nous envoyons une facture aux assureurs, elle est contestée immédiatement. Cela fait aussi l'objet de litiges. Les premières récupérations ont été entamées en 2014. Il y a un délai énorme en ce qui concerne la récupération.

La Cour des comptes a mentionné comme point névralgique que le montant de recouvrement ne se retrouvait pas dans les budgets. Il ne doit pas se trouver dans les budgets, il doit se trouver dans les comptes. Dans les comptes, les montants seront bien sûr repris.

Il y a aussi des discussions sur la procédure budgétaire - je renvoie au rapport de la Cour des comptes. Elle va être corrigée aussi. Il y avait des discussions notamment avec l'Inspection des Finances.

Het boekhoudkundig en financieel beheer, waarnaar ook de heer De Caluwé heeft verwezen, wordt uitgeklaard en deels transparant gemaakt in de rekeningen.

Er werd gevraagd of alleen de nieuwe dossiers informatie zullen krijgen. Neen, de taskforce gaat over het verleden. De nieuwe dossierbehandeling zal gelden voor alle dossiers van de toekomst, uiteraard ook met inbegrip van de communicatiestijl die wij zullen invoeren. Uiteraard zal de informatie over het dossier voor zowel de oude als voor de nieuwe dossiers gelden. Ik aarzel altijd bij het woord 'dossiers', want achter ieder dossier schuilt menselijk leed.

Digitalisering is niet tegenstrijdig met cliëntvriendelijkheid. Contacten met patiënten zullen mogelijk worden. Wij geven hen enkel de mogelijkheid om precies op de hoogte te blijven van de stand van zaken van hun dossier.

Een probleem dat door verschillende leden is vermeld, is de minnelijke schikking, waar het beheerscomité lang bij heeft stilgestaan. Ook in 2017 hebben wij daarover lang gedebatteerd. Minnelijke schikking met een verzekeraar is niet zo eenvoudig. Ze zal immers moeten gebeuren volgens de principes van het Gerechtelijk Wetboek, wat dus opnieuw de klassieke juridische procedures betekent aan de hand van een erkende bemiddelaar. In het familierecht is men gewend om met bemiddelaars te werken, maar niet in het domein van de menselijke schade en van de aansprakelijkheidsregeling.

Wanneer er betere contacten – ik heb daar net op gealludeerd – met de verzekeraar tot stand zouden kunnen komen... Spijtig genoeg stellen wij een verschil vast tussen de verzekeraars in hun bereidheid om daar aan mee te werken en om een aantal procedures te aanvaarden. Wij worden constant verwezen naar de bestaande procedures die dan helemaal juridisch uitgeklaard moeten worden. Dat is helemaal geen

eenvoudige zaak.

Ik heb al geantwoord op de vragen over de digitalisering.

Waarom werd het FMO bij het RIZIV ondergebracht? Sommigen zijn van mening dat de onafhankelijkheid van het fonds in het gedrang komt. Ik denk dat er meer voordelen dan nadelen zijn: een kleine administratie met 50 werknemers kan uiteraard geen hr-dienst, juridische dienst en IT-dienst op de been houden. Dat gaat niet. Hier speelt het schaalvoordeel. Er is geen enkele interferentie – het beheerscomité waakt daarover – op het vlak van zorgverleners die het voorwerp zouden uitmaken van een procedure in het kader van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle of in het kader van procedures van de Dienst voor geneeskundige verzorging. Daar is een duidelijk schot tussen, ook budgettair trouwens. Budgettair is het niet vervat in de sociale zekerheid – dat was een duidelijke vraag van de sociale partners – maar het zit wel in een speciale toelage, net zoals het RIZIV die toekent aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg of aan het eHealth-platform.

De vraag over incidentmelding is belangrijk.

Ne serait-il pas utile d'avoir plus de communication concernant les incidents qui se produisent au sein des hôpitaux? La plupart des accidents se produisent en milieu hospitalier.

Dit is een interessant domein. Men noemt het de *open disclosure*. Is de arts verplicht en gehouden om informatie te geven aan de patiënt over incidenten die hebben plaatsgevonden? Daarop is het antwoord ja. Er is daarbij één element dat tegenspeelt. Dat is de verzekeringswet, die weliswaar niet verhindert dat de arts informatie geeft, maar waarbij de dekking in het gedrang komt. Dan belandt men in een discussie. Ik kan u verwijzen naar een interessant document dat recent gepubliceerd werd door een interessant gremium, met name het Vlaams Patiëntenplatform, Assuralia, de KU Leuven, de Vereniging voor Verpleegkundigen, Zorgnet-Icuro, de Orde der Artsen en de Vlaamse Vereniging voor Hoofddartsen. Zij hebben samen met de voorzitter van het beheerscomité van het fonds een raamwerk opgesteld voor *open disclosure*.

Het melden van een incident gaat verder dan enkel melden dat er een incident is. Men moet ook weten om welk incident het gaat en welke informatie er beschikbaar is. Eerst en vooral is *open disclosure* een belangrijk gegeven waarbij de nodige initiatieven genomen moeten worden. Dit is een eerste nota die ook aan de minister werd bezorgd, neem ik aan,. Het is een raamwerk, geen richtlijn, om samen met alle organisaties van zorgverleners, ziekenhuizen, artsen en verzekeraars vanuit het perspectief van de patiënt te bekijken of een beter traject qua informatie tot stand gebracht kan worden. Dat verwijst ook in zekere mate naar de rol van de ombudsdiensten in de ziekenhuizen, waarnaar mevrouw Depoorter in haar inleiding ook heeft verwezen.

Het is duidelijk dat het waarom ervan belangrijk is. Wanneer men informatie heeft over wat er precies aan de hand is, toont dit respect voor de patiënt. Het geeft ook mogelijkheden voor feedback en schept vertrouwen in het zorgstelsel. Ook het begrip *informed consent* zal uiteraard meespelen. Het is dus een belangrijk document dat net gepubliceerd is. Men moet daar rekening mee houden en waarschijnlijk zal men ook een aantal dwarsverbindingen met het fonds tot stand moeten brengen op dat vlak.

Men vroeg of de betalingen sneller zouden verlopen. Dat is de bedoeling. De geraamde timing van het actieplan voor het wegwerken van de achterstand is twee jaar.

De taskforcemanager is niet de grote juridische specialist in deze materie, maar het is wel de persoon die instaat voor de nauwgezette opvolging en die de voortgang van de dossiers moet bevorderen, uiteraard met behoud van de kwaliteit. We moeten natuurlijk weten waar de knelpunten zitten en waar er bijgeschakeld en versterkt moet worden. Vandaar ook de geplande periodieke rapportering. Wij wensen namelijk een boordtabel te hebben. Dat kan enigszins abstract lijken maar het geeft toch aan dat er vooruitgang wordt geboekt met de dossiers van de betrokken mensen.

Pour répondre à la question de M. Prévot, nous prendrons bien entendu les mesures nécessaires, le cas échéant, pour maintenir les gens au sein du Fonds. De même, il est clair que l'information est nécessaire pour aiguiller correctement les patients. Il est également prévu de mettre à disposition une documentation à leur égard. Le modèle sera adapté de manière à utiliser un langage adéquat.

Er werd gevraagd naar de mogelijkheid om dossiers te heropenen. Dat ligt moeilijk. Sommige dossiers zijn

ondertussen afgesloten. Als ik mij de reportage goed herinner, was er één dossier waar er inderdaad ... Ik denk dat het mevrouw Sneppe was die naar de juridische zaak verwees. Artikel 23 zal inderdaad het voorwerp uitmaken en heeft reeds het voorwerp uitgemaakt van een juridische analyse. Met de goedkeuring van de minister kan dat in een of ander wetsontwerp geïntegreerd worden. Wij hebben voorgesteld om de procedure op korte termijn te digitaliseren.

Dit zijn specifieke casussen. Iedereen heeft het beeld op het netvlies gegrift van het kind uit de reportage. Ik kan uiteraard niet ingaan op de grond van de zaak. Ik kan u alleen maar zeggen dat in dit geval de zaak gestart is met een strafrechtelijk onderzoek ten aanzien van de zorgverleners. En het strafrechtelijk onderzoek was aan de gang. Wij hebben toen stelling ingenomen. Teneinde te vermijden dat er tegenstrijdige expertises zouden zijn, is dat dossier aan de kant gelegd, maar is het leed van die mensen niet serieus genomen. Alle verontschuldigungen daarvoor, dit had niet mogen gebeuren. Hier had minstens communicatie moeten zijn, laat dat duidelijk zijn.

Monsieur Warmoes a demandé quels étaient les paramètres. Ceux-ci se présentent sous plusieurs axes: le degré de civilité et la question d'attribution des responsabilités, qui sont les paramètres majeurs, ainsi que le lien avec la santé.

Pour répondre à Mme Fonck, la raison du nombre important de dossiers introduits est que la plupart d'entre eux sont liés à l'état de santé du patient. Tous les patients ne sont en effet pas en état de subir des opérations. Des comorbidités antérieures peuvent occasionner des complications. Il est alors difficile de faire la distinction entre des complications liées à la situation antérieure du patient et une faute commise par un prestataire de soins. Toutes les opérations présentent des risques, nous le savons. Dans le cas de ce jeune enfant, il ne faut cependant pas être médecin pour savoir qu'il n'y avait pas de problème antérieur.

Wij stuiten op moeilijkheden, ook bij zorgorganisaties.

Concernant la qualité du dossier, je pense avoir déjà répondu. Enfin, quant au taux d'irrecevabilité, il ne s'agit pas de dossiers irrecevables, mais de dossiers non fondés.

01.11 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer De Cock, u bent zeer volledig geweest. Ik wil u nog eens danken voor uw hulp bij heel het afgelegde parcours.

Ik ga nog even terugkomen op een paar politieke keuzes. Na enige reflectie, maar toch vrij snel, hebben wij gezegd dat wij de wet niet zullen aanpassen. Wij gaan ervan uit dat wij te maken hebben met een probleem van organisatie, management, communicatie, waarvan wij denken dat het oplosbaar is, mits een behoorlijke overgangperiode, die zal lopen tot in 2023

Ik sluit niet uit dat er opnieuw een debat ontstaat over de fundamenteën van de wet, alleen hebben wij dat nu niet willen voeren. Toen ik 20 jaar geleden de vorige keer minister van Sociale Zaken was, was ik reeds betrokken bij de eerste discussies daarover. Die talrijke discussies hebben geleid tot dit schema. Het is niet zo eenvoudig om daar een alternatief schema naast te leggen. Wij proberen met dit schema een succes te boeken door de verbetering van het proces, het management en de organisatie, zoals ik reeds zei.

Er zijn praktische argumenten, die de heer De Cock gaf, waarom het fonds bij het RIZIV ondergebracht is. Die praktische argumenten zijn zeer belangrijk. Ik vind persoonlijk ook dat het daar niet verkeerd zit. Het is daar onafhankelijk.

Dat brengt mij bij het beheerscomité. Er kan een debat gevoerd worden over het beheerscomité, dat natuurlijk een essentiële sleutel voor governance is. Ook dat hebben wij echter voorlopig niet gedaan.

De aanwezigen zullen de samenstelling van het beheerscomité wel kennen. Die is vrij breed en het voorzitterschap ligt bij twee professoren, juristen gespecialiseerd in medisch recht. Er zijn verder vertegenwoordigers van de overheid, de werkgevers, de werknemers, de verzekeringsinstellingen, de beroepsbeoefenaars, de verzorgingsinstellingen en de patiëntenorganisaties. Men vergadert maandelijks. De heer De Cock heeft al gezegd dat het beheerscomité vanzelfsprekend geen verordenende bevoegdheid heeft, het zorgt wel voor de vertaling en de interpretatie van de wetgeving in het dagelijks beleid.

Vallen daar bedenkingen bij te maken? Ik meen dat het geen geheim is dat er relatief veel afwezigheden zijn. Men zou tevens kunnen wensen dat de actieve inbreng wat gelijkverdeelde zou zijn over diegenen die

wel aanwezig zijn. De actieve inbreng komt immers vaak van bepaalde groepen en minder van andere. Principeel zou men ook het debat kunnen voeren over de vraag of de verzekeraars binnen dat beheerscomité niet zowel rechter als partij zijn.

Is dat het juiste forum voor overleg? Ik meen eerlijk gezegd dat met name bij deze werkzaamheden wel is gebleken dat het overleg slaagde en dan ook nuttig was. De inbreng van het beheerscomité in de werkgroep was zeer goed, er was een zeer constructieve samenwerking om dit actieplan tot stand te brengen. Uit pragmatisme hebben we besloten om het beheerscomité verder op dezelfde manier te laten functioneren. We hopen dat de aanwezigheden opnieuw sterker worden en dat er blijvend actieve inbreng is van iedereen.

Zoals ook herhaald door de heer De Cock, is het enige wat wij legistiek zullen doen, een paar heel praktische kwesties opnemen in een ontwerp diverse bepalingen gezondheidszorg. Zij zijn niet onbelangrijk voor wat wij nu doen, maar wij hebben, ook in de presentatie van vandaag, een onderscheid willen maken tussen een loutere verbetering van het concept, wat naar onze mening en hoop mogelijk is met de bestaande wetgeving en meer fundamentele discussies.

De vraag over *open disclosure* is door de heer De Cock al bevestigend beantwoord. *Open disclosure* is dus meer dan een gesprek. Wij krijgen een interessant raamwerk aangeboden, dat aanleiding kan geven voor verdere reflectie, een betere praktijk en eventueel ook een beter beleid. Dat is belangrijk.

Ik wil toch nog even op de timing ingaan. We zijn op 1 juni 2021 begonnen. Twee jaar erbij betekent 1 juni 2023. Als we daar nog drie maanden bijtellen voor de vergoeding, is dat in zekere zin lang, maar het gaat ook om een belangrijke achterstand.

Mijnheer de voorzitter, dat brengt ons tegen onze zin al naar de tweede helft en het einde van de huidige legislatuur, wat niet uitsluit dat wij tussentijds kunnen evalueren. Natuurlijk is het ook uitdrukkelijk de bedoeling die evaluatie tussentijds te doen met de manager van de taskforce en met de directie.

Ziedaar enkele algemene bedenkingen die ik nog wilde toevoegen. Al het overige is volgens mij beantwoord.

Le **président**: Monsieur De Cock, je vous remercie. Chers collègues, j'espère que vous avez obtenu les réponses souhaitées à vos questions. Vous savez qu'il vous est possible de répliquer et d'adresser encore d'éventuelles questions. Certains collègues souhaitent-ils intervenir? Je donne tout d'abord la parole à Mme Depoorter qui est présente en salle.

01.12 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal beginnen met een spreekwoord: wat baten kaars en bril als de uil niet zien wil. U gaf zelf aan dat u meent dat het oplosbaar is zonder aanpassing van de wet en dat de achterstand tegen het einde van de legislatuur ingehaald zal zijn. Dat is echter niet de structurele hervorming die het FMO en vooral ook de slachtoffers hadden verdiend, dit is een poging tot optimalisatie van de werking. Dat is op zich wel verdienstelijk, maar het is niet wat ik verwachtte toen u in november een eerste analyse aankondigde. In december kwam er een volgende analyse en in januari gaf u aan dat u in maart een groot hervormingsplan zou voorstellen.

Uit het antwoord is heel duidelijk gebleken dat de aansturing via het beheerscomité een politieke beslissing is. In de audits en rapporten werd nochtans heel duidelijk aangegeven dat dit net één van de grote problemen is. Ik vind het trouwens bijzonder dat uw voorgangster naar aanleiding van het rapport van het Rekenhof zelf aankaartte dat de brede samenstelling van dit beheerscomité vertragend werkt en de visie beperkt die kan worden ontwikkeld. U zit in de regering met de partij van uw voorgangster en dat moet dus toch wel enige discussie veroorzaakt hebben.

In uw uitleg gaf u verder aan dat de mentaliteit binnen dat beheerscomité niet altijd optimaal is, dat er afwezigheden zijn en dat het participatieve element soms ontbreekt.

Toch zal u de optimalisatie enten op de bestaande problemen. Dat is heel bijzonder en heel jammer. Dit is echt wel een gemiste kans. U pakt de structurele problemen aangehaald door het Rekenhof en in het auditrapport niet aan. Ik zie geen oplossingen.

De heer De Cock heeft een antwoord gegeven op het boekhoudkundige gegeven en de transparantie. Dat is volgens u uitgeklaard, maar hoe zal u de bedragen terugvorderen waar u als FMO recht op hebt? Dat is niet uitgeklaard. De procedures zijn aan de gang, maar ik heb geen antwoord gekregen op de vraag in hoeverre

ik over twee jaar of bij de tussentijdse evaluatie een duidelijk zicht zal hebben op de terugvorderingen. Dat is niet alleen bij het FMO zo. Bij de Dienst voor alimentatievorderingen was dat ook zo. Het is een gegeven bij overheidsinstellingen dat die terugvorderingen niet optimaal verlopen. Nochtans is het belastinggeld dat gebruikt kan worden ten voordele van die slachtoffers.

Over de minnelijke schikking zegt u dat het moeilijk is, maar wat zal u eraan doen? Eigenlijk hoor ik hier dat er geen vooruitgang zal zijn voor de slachtoffers.

Over het ressorteren onder het RIZIV van hr en dergelijke hebt u een punt. Waarom moet dat echter onder het RIZIV? Het FMO kan perfect geïncorporeerd worden in een FOD. Onder een FOD is die paritaire samenstelling niet meer noodzakelijk. In mijn ogen is geen antwoord, maar u gaf aan dat het een politieke beslissing is. Het is dus opnieuw paars-groen dat voor dirigisme pleit.

Over het softwarepakket heb ik niets gehoord. Wat zal daarmee gebeuren? Het gaat om een gigantisch duur softwarepakket dat nog altijd niet optimaal werkt. Zal men volledig opnieuw beginnen? Zal men dat hervormen? Ik ben geen IT-specialist, maar het lijkt mij niet eenvoudig om verder te werken met een pakket dat geen antwoord biedt op de problemen die rijzen.

01.13 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik dacht dat de heer De Cock daar iets over gezegd had.

De kostprijs was inderdaad een van de opmerkingen van het Rekenhof. Men kan dit echter niet vergelijken met de verzekeringssector. De opzet van het FMO is nog wel wat anders dan die van een verzekeringsbedrijf.

Als men de wet toepast, wordt in ongeveer 90 % van de gevallen geen vergoeding toegekend. Dat is de prijs van de lage drempel. Men is per definitie niet zo efficiënt als een verzekeraar in sommige opzichten. Het gebruik van een dure IT is moeilijk te vermijden. Ik denk dat men alle procedures heeft gevolgd die moesten worden gevolgd.

01.14 **Jo De Cock**: Wat IT betreft, is het rapport wat voorbijgestreefd. Wij zijn ook niet bij de pakken blijven zitten. IT is uiteraard een constant evoluerend geheel, zeker op het vlak van communicatietools. Ik ga slechts één cijfer geven, met betrekking tot de verhouding. In de beheersbegroting van het RIZIV is de kost voor informatica 32 %. Bij het FMO is deze 19 %. Bij de RSZ is deze 35 %. Wij hebben dat ook aan het Rekenhof gemeld. U spreekt steeds over een externe audit, maar wij hebben ook een interne audit gedaan. Het Rekenhof is ons daar komen versterken, om een aantal elementen te brengen.

De discussie hier gaat dus over in welke mate het RIZIV een verzekeringsmaatschappij is. Het RIZIV en het FMO zijn geen verzekeringsmaatschappijen. Wij geven adviezen, maar nemen geen beslissingen. Een verzekeraar beslist. Wij geven adviezen over aansprakelijkheid, die kunnen gecontesteerd worden.

Vandaar ook volgende discussie. Wanneer wij terugvorderen, gebeurt dat op basis van ons advies, dat opnieuw in twijfel wordt getrokken. Daarop is heel de wet immers gebaseerd: Niet de patiënt, maar het fonds gaat naar de verzekeraar. Daarmee is echter niet gezegd dat dit een gewonnen zaak is of een fluitje van een cent.

Wij boeken die terugvorderingen dan boekhoudkundig. Wij moeten er ook een aantal afboeken, omdat ze inderdaad aanleiding geven tot betwistingen voor rechters. Als ik u een factuur stuur en u wilt die niet betalen, dan gaan wij die betwisten en blijft er uiteraard een discussie openstaan. Ik denk niet dat dit typisch is voor overheidsdiensten, maar wel een heel klassiek gegeven in vele settings.

01.15 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik heb het echter niet enkel over terugvorderen wanneer adviezen betwist worden, maar ook over dwangsommen. Ook wat dat betreft, laat u duizenden euro's liggen. Die dwangsommen, zo blijkt uit het rapport, bedragen 500 euro per dag gedurende een maand bij het uitblijven van een tijdig antwoord.

01.16 **Jo De Cock**: (...) Wij hebben altijd een antwoord, maar dan volgt er een discussie over de vraag of dat antwoord adequaat is of niet.

01.17 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer De Cock, u bent wel met belastinggeld bezig.

01.18 Jo De Cock: Ik ben al mijn hele carrière met belastinggeld bezig. En ik meen dat ik daar zorgzaam mee ben omgegaan.

01.19 Minister Frank Vandenbroucke: Wat u zegt, mevrouw Depoorter, weegt toch tamelijk licht. Probeert u even te luisteren naar het antwoord van de heer De Cock. Er kan een dwangsom geëist worden in een gerechtelijk proces. Als iemand een antwoord stuurt, kan men niet zomaar de betaling van een dwangsom eisen! Wilt u dat even proberen te begrijpen alvorens lichtzinnige beschuldigingen te uiten?

01.20 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik zal het misschien anders formuleren, want we zullen niet overeenkomen.

Ik ben begonnen met het spreekwoord wat baten kaars en bril als de uil niet zien en wil. Het rapport van het Rekenhof analyseert heel duidelijk dat het financieel beheer bij het FMO niet optimaal verloopt. U hebt een jaarlijkse overheidsbegroting van 23 miljoen. Mijn opmerking is gebaseerd op de cijfers, ze is niet lichtzinnig of bedoeld als stemmingmakerij. Volgens het jaarverslag 2018 is er 5,3 miljoen begroot voor het personeel en 17,6 miljoen voor de uitvoering van de opdrachten. Welk bedrag stelt u daartegenover van schadevergoedingen die werden uitbetaald? Dat is eigenlijk de kwestie. U stelt dat het FMO geen verzekeringsinstelling is. Neen, inderdaad, maar ik wil u toch even herinneren aan de bestaansreden van het FMO, namelijk een laagdrempelige en toegankelijke bijstand bieden voor de patiënten, zodat zij die dure juridische procedures niet zouden moeten volgen. U schudt van neen?

01.21 Jo De Cock: Er is wel één element, namelijk op voorwaarde dat er een voldoende schade-ernst is. Dat is precies de discussie. Er is wel een drempel om te kunnen vergoeden.

01.22 Kathleen Depoorter (N-VA): Er is een drempel om te kunnen vergoeden, maar die is er bij verzekeringsmaatschappijen ook.

01.23 Jo De Cock: Er bestaat geen verzekering voor patiënten.

01.24 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik heb de indruk dat u dit een zeer vervelende discussie vindt.

01.25 Jo De Cock: Nee, helemaal niet.

01.26 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, u moet wel proberen bij de zaak te blijven. U kan zeggen dat u wil dat het systeem volledig hervormd wordt. Wij maken die keuze niet. We kunnen daarover van mening verschillen, maar intussen blijven de dossiers van die mensen liggen. Die mensen blijven wachten en dat moet worden opgelost. Als er een totaal nieuw systeem zou komen met een volledig nieuwe basiswet en een nieuwe organisatie, misschien elders ondergebracht, dan zijn er nog die duizenden wachtende mensen. Dan moet die hele operatie nog gedaan worden. Anders zouden we ethisch en politiek iets volstrekt onaanvaardbaars ondernemen. We zijn het erover eens dat heel deze operatie moet gebeuren. Daarnaast een nieuwe basiswet en een nieuwe instelling creëren, zou u, meen ik, ook niet doen. Als u dat zou doen, mag u dat verdedigen.

U moet echter zeker wel bij de feitelijkheden blijven, onder meer over het probleem van de invordering. Ik zal niet alles herhalen wat de heer De Cock heeft gezegd. Er moet dus een onderscheid worden gemaakt tussen dossiers waar een vergoeding mogelijk is en dossiers waar geen vergoeding mogelijk is. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen dossiers met en zonder aansprakelijkheid. Er moet worden vastgesteld dat het, met name bij dossiers waar er eigenlijk geen terugvordering mogelijk is omdat er geen aansprakelijkheid is, vaak over zeer grote bedragen gaat. Dat veroorzaakt ook enige disproportie in de cijfers. Dat zijn allemaal feitelijkheden waarmee rekening moet worden gehouden. Mijn oproep is dat u met die feitelijkheden rekening houdt bij een aantal punctuele kritieken.

01.27 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, wij zullen het inderdaad niet eens worden over alles. Ik heb bij het begin van mijn uiteenzetting echter gesteld dat ik de inhaalbeweging wel genegen ben.

Als ik eerlijk moet zijn in de debatten, dan zou het u sieren dat ook te zijn. U kan immers perfect een inhaalbeweging maken en tegelijkertijd een grote hervorming voorbereiden. De wet treedt immers pas in voege, wanneer ze is goedgekeurd. U kan dus perfect via een nieuw beheerscomité werken, eens de

nieuwe wet is goedgekeurd. Dat is echter een keuze die u effectief hebt gemaakt.

Een jammer feit is ook dat de zaak van de patiënten en de slachtoffers die de moed hebben gehad om in de *Pano*-reportage te getuigen en waaronder zij al jaren lijden, tot op vandaag wordt geminimaliseerd. Zij worden in een ander daglicht gesteld. Daar heb ik het heel moeilijk mee. U weet immers allebei heel goed dat zij die op televisie durven te praten, maar het topje van de ijsberg zijn. Is er dan nog een andere achtergrond, dan zijn er zoveel andere dossiers waarin de slachtoffers stilzwijgend hun leed ondergaan en ermee niet naar de televisie stappen.

Het is voor die stille dossiers dat we hier zitten, dat we een oplossing willen zoeken en ervoor willen zorgen dat die mensen effectief uitbetaald worden als ze daar recht op hebben. Of u dat een verzekeringsinstelling noemt of niet, als u een organisatie als het FMO steunt, dan moet u ook de slachtoffers steunen.

Als onafhankelijke audits structurele pijnpunten blootleggen, dan is het de bedoeling dat deze op een structurele manier worden aangepakt.

Dat u een inhaalbeweging doet, is zeker goed.

01.28 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik wil niet blijven discussiëren, maar wie minimaliseert nu het probleem? De heer De Cock niet, het fonds niet en ook ik zeker niet.

Waar zijn we mee bezig? We proberen de concrete dossiers van die mensen sneller tot een oplossing te brengen. We leveren daarvoor een belangrijke budgettaire inspanning en een inspanning in reorganisatie en management. Ik ben mijn inleiding niet voor niets begonnen met een uitvoerige verwijzing naar het rapport van het Rekenhof. We antwoorden immers op een aantal problemen waarop het Rekenhof wees. Zeggen dat we daarop geen antwoord geven, is gewoon niet juist. Wat zegt u toch?

U kunt van mening verschillen over het soort antwoord dat we moeten geven, *fair enough*, maar u kunt niet zeggen dat we geen antwoord geven. Dit is een dovemansdiscussie. Dé vraag die belangrijk is, is of deze mensen eindelijk geholpen zullen worden. Als we dit kunnen uitvoeren, dan is het antwoord ja. Daarover gaat het.

01.29 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, deze dossiers die u nu zal inhalen, zullen misschien een antwoord krijgen. Maar de aantrekkelijkheid en de toegankelijkheid van het FMO, en een oplossing voor toekomstige patiënten en slachtoffers, daarvoor zorgt u hier niet. U pakt het probleem niet aan, u voert hooguit een optimalisatie door, meer niet. Ik ben er zeker van dat we hier nog op terug zullen komen. Ik betreur ten eerste dat we tegen het einde van de regeerperiode voor al deze mensen geen oplossing zullen hebben.

01.30 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, dank u dat ik ook het woord krijg als een van de vraagstellers die aan de basis liggen van deze gedachtewisseling. Mijn reactie gaat een andere richting uit dan die van mevrouw Depoorter.

Ik wil u om te beginnen bedanken, mijnheer de minister, voor de antwoorden: alle vragen zijn heel concreet beantwoord, al zijn het dan niet altijd de antwoorden die wij willen horen. *Wat baten kaars en bril als den uil niet zien wil?* Wel, naar mijn mening heeft de uil wel degelijk gezien, als ik dit antwoord hoor. Weliswaar bekijken wij de dingen soms op onze manier, maar ik merk duidelijk dat er gekeken is, en dat er goed is aangegeven waarom er op dit moment niet gekozen is voor die fundamentele hervorming waar u, mevrouw Depoorter, op aanstuurt. Er is bekeken hoe we toch een eerste stap vooruit kunnen zetten, door via management, organisatie en procedures vooruitgang te boeken, in het belang van de slachtoffers. Ik heb ook verontschuldiging gehoord, die volgens mij ook op hun plaats waren.

Het is in ieder geval een kentering. Het zal niet dé oplossing zijn, maar ik denk wel dat het een belangrijke, eerste stap is. De tussentijdse evaluatie die u aankondigt, is ook belangrijk. Wij moeten erop aandringen dat zij ook in het Parlement op tafel komt.

Ik zal niet afronden met wat baten kaars en bril..., maar wel met *the proof of the pudding is in the eating*. Na de tussentijdse evaluatie zullen wij al een stap verder staan. Misschien zitten daar effectief de nodige elementen in om verder te gaan naar een fundamentele hervorming, zoals een aantal collega's aanhaalt. Het is in ieder geval een belangrijke kentering, maar het is belangrijk dat wij de tussentijdse evaluatie te zien

krijgen. Dat kan ons geruststellen en vervolgens kunnen wij verdere pistes bewandelen.

01.31 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, ik zal de discussie niet opnieuw oprakelen, maar ik sluit mij aan bij collega Vanpeborgh: laat ons werk maken van een jaarlijkse gedachtewisseling. Laat ons volgend jaar rond deze tijd nog eens samenkomen om te evalueren hoe ver de achterstand ingeperkt is. Dat neemt uiteraard niet weg dat ondertussen ook over structurele maatregelen kan worden nagedacht. Dat staat als een paal boven water.

Le président: Je remercie M. De Cock pour sa présence.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

[FR]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.

[NL]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.

02 Vraag van Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verlies van de banabapremie na het instappen in IFIC" (55017396C)

02 Question de Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fin du droit à la prime bac post-bac après l'adhésion à l'IFIC" (55017396C)

02.01 Yoleen Van Camp (N-VA): *Van op het terrein bereiken ons signalen dat er een probleem zou zijn met de IFIC barema's voor verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel. Zo zouden zij, als ze instappen in IFIC, hun Banaba premie verliezen en dit wordt momenteel via IFIC niet gecompenseerd met een evenredige loonsverhoging. 1. Bent u hier van op de hoogte? 2. Indien zo, wat gaat u daar aan doen?*

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Camp, de overgang naar een 100 %-implementatie van IFIC-regeling werd tussen de sociale partners besproken in het paritair comité 330. Er is een nieuwe collectieve arbeidsovereenkomst gesloten op 31 maart 2021 betreffende de invoering van een nieuw loonmodel voor de federale gezondheidsdienst IFIC in de privésector. Die overeenkomst zal van toepassing zijn vanaf 1 juli 2021.

Vanaf 1 juli 2021 kunnen die verpleegkundigen kiezen om al dan niet toe te treden tot het IFIC-systeem en te worden uitbetaald in een nieuwe IFIC-baremieke schaal met dien verstande dat de introductie van de nieuwe schaal op geen enkele manier kan leiden tot een verlaging van het salaris. De IFIC-verpleegfunctiecodes met specialisatie omvatten de volgende looncomponenten: de haard- of standplaatstoelage, het functiecomplement, de functietoelage en de premie voor een titel en/of bekwaamheid.

Indien de verpleegkundige met een erkende titel en/of bekwaamheid dus kiest voor een IFIC-baremieke schaal, verliest hij of zij het recht op de premie, omdat die premie is opgenomen in de nieuwe schaal.

Op dit moment buigt een specifieke werkgroep in het tripartiteoverleg met de sociale partners zich over mogelijke verbeteringen aan het IFIC-systeem, waaronder de problematiek van de bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden. In die werkgroep wordt momenteel prioritair onderzocht op welke wijze de wettelijke erkenning van bijkomende specialisaties in het verpleegkundige beroep kan en moet worden vertaald naar een extra valorisatie van die verpleegkundige specialisaties, zonder daarbij de IFIC-functieclassificatie zelf ter discussie te stellen.

Voor de federale gezondheidsdiensten van de openbare sector zijn de besprekingen tussen de sociale partners over de uitvoering van IFIC nog aan de gang.

02.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind dat een vreemd antwoord.

De Franstalige pers berichtte onlangs over een aangekondigde staking wegens het loonverlies en nu zegt u dat er gegarandeerd geen loonverlies is voor de betrokkenen. Vervolgens meende ik uit uw antwoord te begrijpen dat er besprekingen aan de gang zijn over verbeteringen om net dat loonverlies te compenseren.

Het is mij ook niet duidelijk wanneer die bespreking afgerond zal zijn. Zal dat tijdig zijn, vóór de invoering van de betreffende maatregel? En wat zullen de gevolgen zijn, indien nog niet duidelijk is of er inderdaad oplossingen gevonden zijn om loonverlies te vermijden? Kunnen verpleegkundigen dan nog voor het zekere, oude systeem kiezen en later, zodra er wel een regeling gevonden is, alsnog overstappen?

Ik hoop dat u daarover snel zult communiceren met de mensen op het terrein, want momenteel zijn daar heel wat vragen rond. Het is belangrijk dat we het zorgpersoneel, zeker degenen met een bijzondere beroepstitel, heel correct vergoeden. Die moeten voor hun extra inspanningen gepast beloond worden. Er is op het terrein dus nu echt een probleem. Uw antwoord aan mij was niet 100 % duidelijk. Ik begrijp dat de regeling nog niet helemaal afgeklopt is. Ik hoop op een betere en duidelijke communicatie aan de mensen op het terrein.

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

03 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De cyberaanval tegen Belnet" (55017419C)**

03 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'attaque informatique contre Belnet" (55017419C)**

03.01 **Frieda Gijbels (N-VA):** *Mijnheer de minister, op 4 mei werden verschillende overheidsnetwerken geteisterd door een cyberaanval. Eén van de getroffen netwerken was Belnet. Aangezien Belnet ook netwerkverbindingen voor ziekenhuizen verzorgt en betrokken is in eHealth, leg ik u graag volgende vragen voor: wat was de impact van de cyberaanval op ziekenhuizen en zorgverlening? Wat was de impact op eHealth? Wat is het worst case scenario wanneer een gelijkaardige aanval zich specifiek op ziekenhuizen zou richten? Welke beschermende maatregelen worden er genomen? Worden hier bijkomende zaken voorzien?*

03.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** *Mevrouw Gijbels, u vraagt onder meer naar de impact van de cyberaanval. De ziekenhuizen die aangesloten zijn op het netwerk van Belnet hebben inderdaad hinder ondervonden van de aanval. Ziekenhuizen en eerstelijnszorg die gebruik maken van de onlinediensten van het eHealth-platform hebben ook gevolgen van de cyberaanval gevoeld. Voor de meest kritische diensten zijn er plannen voor *business continuity* gepubliceerd op de website eHealth Status. Deze plannen beschrijven per dienst en doelgroep de acties die genomen dienen te worden in het geval van incidenten.*

Door gepaste maatregelen getroffen door het eHealth-platform hebben de vaccinatiecentra de reservatietoepassing verder kunnen gebruiken om personen overeenkomstig de uitnodiging of afspraak te vaccineren tegen COVID-19 en de informatie van de toegediende vaccinatie op te laden in Vaccinnet. Om die functionaliteit te bewaren, is de externe toegankelijkheid van de reservatietoepassing om nieuwe afspraken in te boeken gedurende een korte periode van twee en een half uur onderbroken. Het incident heeft dus gelukkig geen negatieve invloed gehad op de vaccinatie.

Wat was de impact op eHealth? Door de aanval werd de toegang tot de diensten van het eHealth-platform verstoord. Dat leidde tot langere antwoordtijden en een korte periode van onbeschikbaarheid. Met de overschakelingen naar het Disaster Recovery Data Center, slaagde het eHealth-platform erin om de kritieke diensten snel weer beschikbaar te maken.

Voor andere eHealth-diensten was het beeld verschillend, afhankelijk van de situatie of de dienst zelf verbonden is met het internet via Belnet of via een andere internetserviceprovider, en of de dienst gebruik dient te maken van andere diensten bereikbaar via Belnet.

De gebruikers van de eHealth-diensten werden via de website eHealth Status en Twitter op de hoogte gehouden van de evolutie van de problemen.

U vraagt me wat het worstcasescenario is wanneer een gelijkaardige aanval zich specifiek op ziekenhuizen zou richten? DDoS-aanvallen hebben de bedoeling de internetdiensten van de geïmplementeerde instellingen onbeschikbaar te maken. Indien een dergelijke aanval een ziekenhuis zou viseren en de internetverbinding niet beschikbaar zou zijn, dan zal de externe communicatie van het ziekenhuis niet langer mogelijk zijn. Interne systemen binnen het ziekenhuis kunnen verder functioneren. Systemen en toepassingen die gegevens moeten verwerken die ze via die internetverbinding dienen te bekomen, zullen op dat moment niet

ten volle gebruikt kunnen worden.

U vroeg vervolgens welke beschermende maatregelen er worden genomen. Net als andere sectoren is ook de sector van de ziekenhuizen gevoelig voor de impact die een succesvolle cyberaanval zou kunnen hebben. Om daarop een gepast antwoord te kunnen bieden, heeft de sector zich reeds voor het uitbreken van de coronacrisis georganiseerd om een lijst van minimale veiligheidsmaatregelen op te stellen en te publiceren. Deze lijst is gebaseerd op een internationale standaard, ISO 27001, en wordt regelmatig bijgewerkt door de functionarissen voor gegevensbescherming.

Bij het uitbreken van de coronacrisis hebben het eHealth-platform en het Centrum voor Cybersecurity België (CCB) afspraken gemaakt om diensten aan te bieden aan de ziekenhuizen om deze te helpen bij het organiseren van hun informatieveiligheid. Hierbij wordt zowel gewerkt met een *early warning*-systeem, waarbij de ziekenhuizen worden gewaarschuwd wanneer er indicaties zijn van een bedreiging of aanval, als met algemene waarschuwingen zodat ziekenhuizen snel informatie krijgen over aan de gang zijnde incidenten of mogelijke kwetsbaarheden.

Om de verschillende ziekenhuizen en labs te helpen met hun informatieveiligheid, organiseren de FOD Volksgezondheid, Sciensano en het eHealth-platform workshops waarbij aandacht wordt besteed aan bewustwordingscampagnes en *incident respons planning*. Voor kritieke eHealth-diensten heeft het eHealth-platform, zoals vermeld, in samenwerking met de verschillende actoren en softwarehuizen *business continuity*-plannen opgesteld die gepubliceerd worden op de website eHealth Status. Hierdoor kan voor de meeste incidenten de impact voor de zorgverlener en de patiënt beperkt worden.

03.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, digitalisering kan ons enorm vooruithelpen, zeker op het vlak van de gezondheidszorg, maar het maakt ons natuurlijk ook veel kwetsbaarder. Een belangrijk thema daarbij is de apparatuur die op het netwerk aangesloten is. Een ander belangrijk thema vormen de gevoelige patiëntendata. Cybercriminelen kunnen daar immers gebruik van maken om mensen bijvoorbeeld onder druk te zetten door te dreigen hun de verzekeraarbaarheid te schaden.

In welke mate worden de EU-middelen die in het kader van de relance naar de digitalisatie van de gezondheidssector gaan specifiek toegewezen aan cybersecurity?

In hoeverre zijn de zwakke punten van het systeem in kaart gebracht? Zijn ze allemaal afgedekt? Is er regelmatig een doorlichting van de ziekenhuissector? Zijn er daar rapporten over? Indien ja, zijn die openbaar beschikbaar of is dat gepland voor de toekomst? In hoeverre zorgt de netwerkvorming tussen ziekenhuizen voor extra kwetsbaarheid? Ik stel voor dat ik een nieuwe vraag indien, zodat ik daarover meer detailgegevens kan krijgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De chronische polymedicatie bij 75-plussers" (55017432C)

04 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La polymédication chronique chez les personnes de plus de 75 ans" (55017432C)

04.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Meneer de minister, uit een recent onderzoek blijkt dat 4 op de 10 75-plussers minstens 5 medicijnen nemen gedurende een lange periode en dat er minstens 3 artsen betrokken zijn bij het voorschrijven ervan. Dit onderzoek, dat gevoerd werd door de Onafhankelijke Ziekenfondsen brengt aan het licht dat het opvolgen van deze patiënten uiterst belangrijk is. Bovendien blijkt dat één op de vijf van de gepolymediceerde ouderen chronisch een medicijn inneemt dat potentieel ongepast is voor ouderen en dus beter vermeden wordt.

1) Bent u op de hoogte van deze verontrustende cijfers?

2) Via het GFD kunnen de apothekers het totale pakket aan voorgeschreven geneesmiddelen voor hun patiënten raadplegen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor een meer systemische evaluatie en overleg tussen de voorschrijvende artsen en de apotheker die het GFD bijhoudt als huisapotheker. Hoe staat u daar tegenover? Zal u stappen ondernemen om deze evaluatie in te bedden in het Medisch-Farmaceutisch overleg?

3) Beers et al. stelden een lijst op met medicatie die potentieel ongepast is voor oudere personen. Deze

medicijnen worden echter wel veelvuldig voorgeschreven voor deze patiënten zo blijkt. Welke stappen zal u ondernemen om ervoor te zorgen dat het medicatiepalet van de oudere patiënten geoptimaliseerd kan worden? Voorziet u sensibiliserings acties?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijn beleidscel heeft de studie *Evaluatie van richtlijnen en hulpmiddelen bij gepolymediceerde 75-plussers*, waar u naar verwijst, met aandacht gelezen. Dit is een studie uitgegeven door de Onafhankelijke Ziekenfondsen op 28 april. De studie bevestigt inderdaad dat er nog ruimte is voor verbetering in het medicatiegebruik bij ouderen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor een betere opvolging van chronische patiënten door een gecoördineerd eerstelijnssteam, waarbij ook de vrije keuze van de patiënt wordt gerespecteerd. Dat vraagt een goede communicatie tussen de huisarts en de huisapotheker zodat de patiënt de juiste adviezen ontvangt en eventueel ondersteund kan worden met een medicatieschema of in geval van polymedicatie een medicatiereview. Volgens de analyse van de Onafhankelijke Ziekenfondsen beschikt 85 % van de onderzochte populatie van gepolymediceerde 75-plussers over een gedeeld farmaceutisch dossier. Slechts bij 30 % van deze patiënten wordt er echter effectief overgegaan tot een medicatiereview. De tools zijn er dus al, maar er is zeker ruimte voor verdere implementatie.

De problematiek van polymedicatie bij 75-plussers benadrukt eens te meer het belang van de geïntegreerde zorg over de lijnen heen. De verdere vergrijzing van de bevolking zal multimorbiditeit en complexe zorgvragen nog doen toenemen.

Sinds 1 januari 2018 zijn er twaalf pilootprojecten actief in België die zich toespitsen op geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, met als doel de zorg beter te stroomlijnen. Elk project heeft een actiepoint om medicatiereviews te promoten, bijvoorbeeld door nieuwsbrieven uit te sturen, maar ook door trainingen te organiseren. Daarbij worden ze ook ondersteund door de algemene apothekersbond. In onze gedigitaliseerde wereld is elektronische gegevensuitwisseling een must. Ook als het over geneesmiddelen en polymedicatie gaat, is elektronisch delen van informatie zeer belangrijk. Het project VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System), dat loopt en gecoördineerd wordt door het RIZIV, doet op dat vlak een stevige duit in het zakje. Het zet een effectieve en efficiënte gegevens- en informatiedeling centraal, over alle aspecten van de medicamenteuze behandeling, om een vlotte, multidisciplinaire samenwerking te ondersteunen in het belang van de patiënt. Het RIZIV coördineert dit veelbelovende project dat de patiënten beter informeert en bijdraagt tot een hoge zorgkwaliteit en vlottere multidisciplinaire samenwerking.

Ik zal de verdere stappen in dit project dan ook blijven ondersteunen.

Verder is het ook belangrijk dat de voorschrijvers verder gesensibiliseerd worden. In 2019 ontvingen klinisch actieve huisartsen een individuele feedback over het voorschrijfgedrag binnen hun praktijk inzake geneesmiddelen, klinische biologie en medische beeldvorming. Door middel van kwaliteitsindicatoren en een benchmark met andere huisartsenpraktijken werden huisartsen aldus gesensibiliseerd over hun voorschrijfgedrag. Daarnaast werd per thema in een reflectie voorzien en een of meerdere kernboodschappen. Een afzonderlijk hoofdstuk werd gewijd aan het gebruik van geneesmiddelen bij ouderen.

Oorspronkelijk was een nieuwe feedback voor de huisartsen gepland met betrekking tot de data van 2020. Door de covidcrisis werd de zorgverlening in 2020 echter ernstig verstoord, met een impact op meerdere kwaliteitsindicatoren. De data van 2020 zijn allicht geen goede parameter voor de gebruikelijke zorg in huisartsenpraktijken. Daarom opteren we ervoor om feedback te geven met betrekking tot de data van 2021 of 2022.

Niettemin worden zorgverleners momenteel op meerdere manieren gesensibiliseerd met betrekking tot een gepast geneesmiddelengebruik bij ouderen. Zo stelt het BCFI, het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, e-learnings ter beschikking die specifiek focussen op het gebruik van geneesmiddelen bij ouderen. Zowel medicatienazicht als een rationeel gebruik van geneesmiddelen in de betrokken populatie worden uitgebreid toegelicht. Deze e-learnings zijn geaccrediteerd voor zowel artsen als apothekers.

Ook vanuit BelPEP (Belgian Psychotropics Expert Platform) wordt aandacht besteed aan het gepast gebruik van psychoactieve medicatie bij ouderen. Het communicatieplan Psychofarmaca 2021-2023 heeft tot doel de zorgprofessionelen breed te sensibiliseren omtrent een adequaat en rationeel gebruik van psychofarmaca. Bovendien wordt er vanuit BelPEP gekeken naar hoe er nauw kan worden samengewerkt met de netwerken

geestelijke gezondheidszorg ouderen, om ook via deze weg een gepast gebruik van psychoactieve medicatie bespreekbaar te maken.

04.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

De zaken die u aanhaalt over communicatie tussen zorgverstrekkers, zijn uiteraard heel terecht. Hoe meer communicatie, hoe beter de zorg van de patiënt onder handen kan worden genomen.

Echter, op het vlak van het begeleiden van het medicatieschema en de medicatiereview kan nog vooruitgang worden geboekt. U weet immers dat volgens de huidige wetgeving de apotheker in het voorschrijfgedrag van de arts niet zal tussenkomen. Dat is ook de bedoeling niet. Wel is overleg aangewezen om bepaalde polymedicatie aan te pakken, zeker in geval van medicatie uit de lijst van niet-aangewezen medicijnen voor oudere patiënten.

De pilootprojecten zijn een heel goede zaak. Uiteraard zullen wij met een pilootproject niet structureel te werk gaan. Het is de bedoeling dat uit een pilootproject een structurele oplossing voortvloeit.

De profielen die worden gemeld aan de huisarts, zouden ook kunnen worden gemeld aan de specialisten, want door bepaalde medicatie te vragen, glijpen soms immers patiënten door de mazen van het net.

Ten slotte, op het vlak van de sensibilisering voor de afbouw van psychofarmaca en sederende geneesmiddelen is nog heel veel werk aan de winkel. Wij mogen niet onderschatten hoeveel trauma's er bij oudere patiënten zijn door vallen ten gevolge van medicatie.

Een verdergaande communicatie en het echt uitwerken van het koninklijk besluit inzake de psychofarmaca, goedgekeurd in het kader van de resolutie voor geestelijke gezondheidszorg, is hier zeker aan de orde.

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

05 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van hoofdhuid- en handvoetkoeling bij chemotherapie" (55017443C)
- Nathalie Gilson aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Hoofdhuid-, hand- en voetkoeling bij chemotherapie" (55017632C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van hoofdhuidkoeling bij chemotherapie" (55018678C)

05 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du refroidissement du cuir chevelu, des pieds et des mains en cas de chimiothérapie" (55017443C)
- Nathalie Gilson à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refroidissement du cuir chevelu, des pieds et des mains pour les traitements par chimiothérapie" (55017632C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du refroidissement du cuir chevelu pendant la chimiothérapie" (55018678C)

05.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb deze vraag ingediend naar aanleiding van een petitie van de vzw Think Pink en het UZ Leuven voor de terugbetaling van hoofdhuid- en handvoetkoeling bij chemotherapie. Ik had graag geweten welke de visie van uw kabinet was.

Zult u ingaan op de vraag naar terugbetaling? In hoeverre bent u bereid de vraag te onderzoeken? Is er al een kosten-batenanalyse uitgevoerd? Had u overleg met vertegenwoordigers van de vzw of van het UZ Leuven om de hoofdhuid- en handvoetkoeling bij chemotherapie terug te betalen?

05.02 Nathalie Gilson (MR): Monsieur le ministre, je souhaite également relayer l'action menée par l'association Think Pink avec un collectif de sympathisants et de patients et l'UZ Leuven pour lancer un appel à l'INAMI et aux mutualités afin qu'ils prennent en considération le remboursement du refroidissement du cuir chevelu, des pieds et des mains pendant la chimiothérapie.

Des études mettent en évidence l'efficacité de ce traitement qui pourrait aboutir à limiter ou réduire fortement l'un des effets secondaires les plus visibles de la chimiothérapie, c'est-à-dire la perte de cheveux ou l'alopecie. On peut s'imaginer que c'est une chose difficile à vivre en plus de la maladie.

Monsieur le ministre, y a-t-il une réflexion à ce sujet dans votre département? L'INAMI a-t-il déjà eu l'occasion de se pencher sur ce dossier? Ce remboursement pourrait-il être pris en considération étant donné que c'est déjà le cas dans d'autres pays?

05.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Ik verwijs naar de ingediende vraag.

Think Pink lanceert een oproep om bij chemotherapie hoofdhuidkoeling en handvoetkoeling terug te laten betalen. Haarverlies heeft een grote impact op patiënten met (borst)kanker. Hoofdhuidkoeling kan haarverlies verminderen of tegengaan. Bij sommige types chemo en bij bepaalde patiënten is de slaagkans zelfs 70 %. Bepaalde chemotherapie tast ook de nagels en de zenuwen aan. Handvoetkoeling kan een oplossing bieden. Verschillende Belgische ziekenhuizen bieden vandaag al hoofdhuid- en/of handvoetkoeling aan, maar deze ziekenhuizen dragen de kosten momenteel zelf. Toch is dit op lange termijn niet haalbaar. Om te vermijden dat patiënten in de toekomst zelf deze behandelingen moeten bekostigen, waarbij sommigen uit de boot dreigen te vallen, is een (gedeeltelijke) terugbetaling wenselijk volgens Think Pink. Wat denkt de minister over dit voorstel van Think Pink?

05.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, ik zal gebundeld antwoorden op de drie gelijklopende vragen.

Dans certains hôpitaux de notre pays, un refroidissement du cuir chevelu avec un casque de refroidissement est proposé pendant la chimiothérapie pour réduire ou prévenir la chute des cheveux résultant du traitement. Le raisonnement sous-jacent est que le refroidissement engendre la réduction du diamètre des vaisseaux sanguins du cuir chevelu, ce qui réduit le passage de la chimio à la racine des cheveux et les endommage moins.

De wetenschappelijke evidentie van de techniek is wisselend. Het lijkt erop dat de slaagkansen variëren van patiënt tot patiënt en onder andere sterk afhankelijk zijn van het type en de dosis chemotherapie die worden toegediend, alsook het type toestel dat gebruikt wordt voor de hoofdhuidkoeling. Bij sommige behandelingen lijkt hoofdhuidkoeling bij meer dan 70% van de patiënten haarverlies te voorkomen; bij andere behandelingen liggen de slaagkansen echter ver onder de 50%. Zelfs bij behandelingen met goede slaagkansen is hoofdhuidkoeling nooit een garantie op het behoud van het haar.

En plus du refroidissement du cuir chevelu, celui des mains et des pieds par un genre de glace a récemment été testé afin d'éviter les changements d'ongles et les picotements dans les mains et les pieds après une chimiothérapie.

Cependant, les preuves scientifiques concernant cette technique sont encore plus limitées. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse actuellement que l'achat d'une perruque et non le refroidissement du cuir chevelu. Cette technique n'est pas disponible dans tous les hôpitaux.

De wetenschappelijke evidentie van die technieken moet dus eerst grondig worden uitgezocht, vooraleer ik kan overwegen om de terugbetaling structureel in de verplichte ziekteverzekering op te nemen.

Wij hebben inderdaad de petitie ontvangen van de vzw Think Pink en UZ Leuven, waarin zij de terugbetaling vragen. De coronacrisis heeft echter een en ander belet, maar ik heb aan het RIZIV gevraagd om de vzw en haar vertegenwoordigers uit te nodigen om hun visie en kennis over het onderwerp te delen.

05.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de belangrijkste boodschap is dat u hierover zult overleggen en de kwestie zult laten onderzoeken. De vzw komt op voor kankerpatiënten, die in hun behandeling met chemotherapie door een zeer moeilijke periode gaan. Het voorkomen van haaruitval kan veel bijdragen aan het comfort van de patiënt.

Ik ben het volledig met u eens dat er eerst een evidence-based onderzoek moet gebeuren vooraleer men tot de terugbetaling overgaat. Het is misschien het moment om dat grondig te bekijken en te evalueren.

U hebt de covidcrisis vermeld als een vertragende factor, maar die crisis is ook een versnellende factor voor

de zware kankerdiagnoses die ons te wachten staan. We kunnen maar beter voorbereid zijn om onze patiënten zo goed mogelijk te helpen.

05.06 Nathalie Gilson (MR): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. Je me réjouis, pour les patients, que vous poursuiviez l'étude. S'il est confirmé que la réduction de risque de perte de cheveux est réelle suite à l'application de ce refroidissement, je me réjouis que vous puissiez alors envisager un remboursement. Je suis certaine que nous y serons tous très attentifs.

05.07 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik ben ook blij te horen dat u het dossier zult opvolgen en overleg zult plegen met zowel UZ Leuven als Think Pink, zodat zij hun visie en vooral hun kennis met u kunnen delen.

Het is inderdaad belangrijk dat beslissingen genomen worden op basis van wetenschappelijke inzichten. Als er grote verschillen zijn tussen patiënten, moeten wij inderdaad uitzoeken waar die verschillen vandaan komen. Ik hoop dat een en ander het comfort van patiënten die chemotherapie moeten krijgen, kan verhogen. Ik dank u alvast voor uw hoopgevend antwoord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Patrick Prévot à Eva De Bleeker (Budget et Protection des consommateurs) sur "L'harmonisation des recommandations alimentaires" (55017457C)

06 Vraag van Patrick Prévot aan Eva De Bleeker (Begroting en Consumentenbescherming) over "De harmonisatie van de voedingsaanbevelingen" (55017457C)

06.01 Patrick Prévot (PS): *Monsieur le ministre, le triangle alimentaire est une boussole qui montre la voie vers une alimentation saine. Début de ce mois, l'Institut flamand Gezond Leven a présenté sa nouvelle pyramide qui allie alimentation saine et écologique, comme manger plus d'aliments d'origine végétale, choisir davantage de fruits et légumes de saison ou encore éviter le gaspillage alimentaire.*

La Wallonie a elle aussi son propre triangle alimentaire. Bien que les deux modèles se fondent sur les mêmes principes, ils n'en sont pas moins très différents. Alors que le triangle alimentaire flamand conseille de consommer plus de certains produits et moins d'autres, la pyramide francophone indique clairement les quantités par catégorie de produits, ce qui fait défaut dans la version flamande.

Test-Achats estime que cette approche différente du triangle alimentaire selon la région linguistique peut semer la confusion pour le consommateur et en appelle à un modèle unique national. Cette harmonisation entre les Régions s'est avérée possible en 2019 avec l'Épi alimentaire publié par le Conseil Supérieur de la Santé. Il s'agissait de cinq priorités alimentaires pour vivre un maximum d'années en bonne santé. Les frontières linguistiques ont été dépassées et pourraient l'être une nouvelle fois concernant un modèle unique national de pyramide alimentaire.

Avez-vous pris connaissance du nouveau triangle alimentaire présenté par l'Institut flamand Gezond Leven? Seriez-vous en mesure d'organiser une concertation avec les entités fédérées pour qu'un modèle unique de triangle alimentaire voit le jour? Je vous remercie pour vos réponses.

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Cher collègue, il s'agit de ce qu'on appelle le "voedingsdriekhoek" en néerlandais, soit la pyramide alimentaire inversée. Celle de l'institut flamand Gezond Leven est parue en 2018 et indique ce que l'on peut consommer le plus - les fruits, les légumes - et le moins - les graisses et protéines animales -; ce qu'il faut carrément éviter de consommer - l'alcool, les produits transformés riches en sucre et en sel - ou encore les produits superflus, classés dans le "restgroep". Cette pyramide est très explicite et fait la part belle aux aliments d'origine végétale, ce qui va dans le sens d'une alimentation saine et durable. Elle est largement reconnue en Flandre. Ailleurs en Belgique, Gezond Leven communique également en français.

La pyramide alimentaire active de l'Institut Paul Lambin, utilisée dans la partie francophone du pays, représente les différentes catégories d'aliments à consommer le plus à la base de la pyramide, vers ceux à consommer le moins en haut de la pyramide. Elle traduit largement les mêmes idées que l'institut flamand Gezond Leven, avec une représentation graphique plus classique. Ces deux pyramides cohabitent en Belgique et cela ne pose pas de problème.

A côté des pyramides que vous évoquez dans vos questions, il existe également l'Épi alimentaire du Conseil Supérieur de la Santé (CSS), comportant cinq messages clés: au moins 125 g de céréales complètes, 250 g de fruits et 300 g de légumes par jour, des légumineuses au moins une fois par semaine, 15 à 25 g de fruits à coque par jour et une limitation de l'apport en sel à un maximum de 5 g par jour. Ces messages clés découlent des nouvelles recommandations alimentaires pour la Belgique, qui ont fait l'objet d'un consensus scientifique au niveau belge.

L'Épi alimentaire et les recommandations alimentaires renforcent les deux pyramides, sans qu'il n'y ait de contradiction. Je ne suis pas certain que la définition d'une seule pyramide en Belgique constitue une priorité en matière de politique nutritionnelle, si chaque partie du pays s'y retrouve.

Au départ, c'était l'un des objectifs poursuivis lors de la rédaction des recommandations alimentaires du Conseil Supérieur de la Santé, mais l'idée a été mise de côté dès lors que la pyramide alimentaire de l'Institut Gezond Leven a été largement diffusée. Je pense qu'il est primordial que les entités fédérées regardent dans la même direction, en suivant les recommandations alimentaires du Conseil Supérieur de la Santé et en déployant des politiques visant à promouvoir l'alimentation saine et durable au niveau de la population, avec l'appui du niveau fédéral.

Voici quelques réflexions sur la base de votre question.

06.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je suis effectivement d'accord avec vous. La priorité, c'est effectivement que chaque partie du pays s'y retrouve et qu'*in fine*, les consommateurs aient une lisibilité identique, que l'on soit au Nord ou au Sud du pays.

Je vous avais interrogé car Test-Achats estimait que cette approche différente du triangle alimentaire selon la région linguistique pouvait éventuellement semer la confusion pour le consommateur. C'est la raison pour laquelle Test-Achats en appelait à un modèle unique.

Monsieur le ministre, je voulais évidemment confronter vos propos avec ce qui avait été souligné comme une anomalie par Test-Achats. Je vous remercie de votre clarification et de votre volonté. J'ai bien compris que ce n'était pas une priorité si chaque partie du pays s'y retrouve, comme c'est visiblement le cas.

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

07 Question de Patrick Prévot à Eva De Bleeker (Budget et Protection des consommateurs) sur "La classification du Nutri-Score" (55017458C)

07 Vraag van Patrick Prévot aan Eva De Bleeker (Begroting en Consumentenbescherming) over "De classificatie van Nutri-Score" (55017458C)

07.01 Patrick Prévot (PS): *Monsieur le ministre, comme vous le savez, les produits de grande consommation sont classés selon une lettre dans un Nutri-score : A, B, C, D ou E. Cette catégorisation évalue la qualité nutritionnelle – A allant d'excellent et E à exécrable.*

Comme vous le savez aussi, nombre de boissons actuelles surfent sur la mode healthy en se vantant comme antioxydantes ou revitalisantes. C'est le cas de jus de fruits, smoothies, eaux aromatisées, thés glacés, etc. Alors que nous pourrions nous attendre à un classement A ou B pour ces produits, une étude réalisée par l'association de consommateurs CLCV entre décembre 2020 et mars 2021 tend à prouver le contraire.

56% des boissons relevées dans six enseignes de la grande distribution sont classées D et en outre seules 35% d'entre elles affichent leur Nutri-score. Cette catégorie basse s'explique par leur contenu qui reste très sucré, rempli d'additifs et autres édulcorants.

Le CLCV conclut son étude en expliquant que le consommateur peut être induit en erreur par ce qu'il pense être un produit sain. L'association souhaite que les boissons classées D ou E ne puissent plus utiliser de mentions positives sur leur emballage.

Monsieur le ministre, avez-vous pris connaissance de l'étude réalisée par l'association de consommateurs

CLCV? Comptez-vous revoir le système de classification du Nutri-score pour empêcher que les produits classés D ou E ne puissent plus utiliser de mentions positives, comme antioxydantes ou revitalisantes, sur leur emballage? Je vous remercie pour vos réponses.

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Vous faites référence à une étude menée en France sur 158 boissons vendues dans la grande distribution: l'application du système Nutri-Score. L'idée n'est pas de revoir ce système qui fonctionne très bien pour montrer que les types de produits des classes D et E ne sont pas idéaux contrairement à ce que le consommateur pourrait penser d'un produit à base de fruits. Le fait que des allégations nutritionnelles et/ou de santé se retrouvent sur ce type de produits alors qu'ils sont riches en sucres et en calories n'est effectivement pas idéal.

Les allégations nutritionnelles et de santé sont réglementées par le Règlement européen n° 19124/2006. La restriction des allégations pour les produits riches en sel, sucres et/ou en matières grasses fait partie de la stratégie *Farm to Fork Strategy* de la Commission européenne (CE) qui couvre, entre autres, l'élaboration des profils nutritionnels et un système d'étiquetage nutritionnel sur la face avant tel que le Nutri-Score. La possibilité de coupler ces deux systèmes est une des pistes qui seront examinées par la CE pour élaborer les propositions qu'elle devrait déposer fin 2022.

Entre-temps, l'EFSA a accepté le mandat adressé par la Commission concernant les profils nutritionnels et les systèmes d'étiquetage nutritionnels sur la face avant. L'EFSA doit remettre son avis pour mars 2022 et organisera une consultation publique sur le projet d'avis pour la fin 2021. Le Joint Research Center de la Commission, quant à lui, mettra à jour la revue de la littérature sur ce sujet.

La Commission prépare actuellement le mandat d'études qui servira de base pour son analyse d'impact (*impact assessment*). Elle devra ensuite sélectionner le contractant qui sera chargé de la réalisation de cette étude qui devrait prendre un an. Il y aura également une consultation publique et des consultations plus ciblées pour les parties prenantes et les États membres.

La commission compte finaliser l'*impact assessment* au cours de la première moitié de 2022 et, sur cette base, élaborer ses propositions au cours de la seconde moitié de 2022.

07.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir fait un instantané de la situation. Je voulais relayer le souhait de cette association de consommateurs au sujet du système Nutri-Score, qui fonctionne assez bien même s'il a ses lacunes. Je vous remercie d'avoir clarifié la situation et d'avoir éclairci les choses sur les étapes futures.

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

Le **président**: La question n° 55017459C de M. Denis Ducarme est transformée en question écrite.

08 Questions jointes de
- **Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le TDA/H chez les personnes adultes" (55017463C)**
- **Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge du TDA/H" (55017589C)**

08 Samengevoegde vragen van
- **Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "ADHD bij volwassenen" (55017463C)**
- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van ADHD" (55017589C)**

08.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, le TDA/H qui est un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est un trouble neurodéveloppemental qui peut survenir à différents stades de la vie. Il se caractérise par des problèmes de concentration ou d'impulsivité, ce qui peut provoquer des problèmes scolaires, psychoaffectifs, sociaux ou professionnels, que l'on soit enfant ou adulte. Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) s'est récemment penché sur la problématique des adultes atteints du TDA/H et a formulé plusieurs recommandations.

Parmi celles-ci, ils estiment nécessaire d'orienter les adultes atteints du TDA/H vers des spécialistes de

soins de santé mentale, c'est-à-dire des soins de deuxième ou troisième ligne, alors que la tendance générale est de laisser le diagnostic et le suivi aux médecins généralistes.

Ensuite, le CSS estime que le méthylphénidate, un psychostimulant utilisé dans le traitement de ce trouble et remboursé pour les enfants, devrait aussi être remboursé pour les adultes atteints du TDA/H. La limite d'âge actuelle pour le remboursement est en effet fixée entre 6 et 17 ans. Le méthylphénidate offrirait ainsi un meilleur cadre de vie aux personnes atteintes de ce trouble, qu'elles soient enfants ou adultes.

Monsieur le ministre, avez-vous pris connaissance des recommandations formulées par le Conseil Supérieur de la Santé? Des initiatives nouvelles sont-elles envisagées concernant le traitement du TDA/H chez l'adulte suite à cette étude du CSS?

08.02 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le ministre, le trouble déficitaire de l'attention, avec ou sans hyperactivité, est une pathologie qui touche entre 3 et 12 % des enfants et entre 1 et 6 % des adultes. Problèmes de concentration, d'impulsivité et d'hyperactivité caractérisent ce trouble qui entraîne des problèmes tant à l'école, au travail que dans la vie sociale de façon générale.*

Le 4 mai dernier, le Conseil Supérieur de la Santé a fourni un avis sur la prise en charge, tant médicamenteuse que non-médicamenteuse, du TDA/H, non sans rappeler l'importance d'un diagnostic correctement posé.

Les lignes directrices de cet avis sont claires:

- Actuellement, seulement certaines formes de médicaments sont remboursées pour les enfants et aucune pour les adultes! Il faudrait donc rembourser toutes les formes de médicaments à partir du moment où le prescripteur suit les directives;*
- Le soutien psychologique ne doit plus être une condition pour le remboursement des médicaments étant donné que ce soutien n'est pas toujours nécessaire;*
- Le remboursement actuel du méthylphénidate devrait être étendu à toutes les formes de médicaments à libération retardée;*
- Le critère d'âge de 6 à 17 ans doit être abandonné;*
- Le remboursement simultané de deux formes de méthylphénidate devrait être possible*
- De façon générale, les interventions non-médicamenteuses ne sont actuellement pas suffisamment disponibles et accessibles, l'aide psychologique n'étant par exemple que trop peu remboursée.*
- Il faut davantage de professionnels formés aux programmes d'accompagnement, plus de programmes d'entraînement aux habiletés parentales, une meilleure formation des enseignants à ce sujet et un investissement dans des équipes plus multidisciplinaires.*

C'est un constat sans appel: il est nécessaire d'adapter l'organisation de nos soins de santé mais également le remboursement des interventions.

En conséquence, monsieur le ministre :

- Allez-vous mettre en œuvre toutes les recommandations relatives au nécessaire élargissement du remboursement des traitements tant médicamenteux que non-médicamenteux? Dans la positive, quand? Dans la négative, pourquoi?*
- Si toutes les recommandations ne seront pas suivies, lesquelles le seront et pourquoi?*
- Est-il prévu d'investir davantage dans les programmes d'accompagnement mais aussi pour la formation d'équipes multidisciplinaires?*

08.03 Frank Vandenbroucke, ministre: *Monsieur le président, j'ai en effet pris connaissance des recommandations formulées par le Conseil Supérieur de la Santé relatives aux troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).*

En ce qui concerne les points liés à l'approche médicamenteuse de la prise en charge des troubles déficitaires de l'attention, j'ai chargé la Commission de remboursement des médicaments (CRM) d'entamer une procédure de révision pour les spécialités pharmaceutiques déjà inscrites dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Cela permettra de réaliser un état des lieux des critères de remboursement et d'envisager une modification de ceux-ci.

Bien évidemment, je ne peux pas encore dire quelles recommandations spécifiques seront suivies ou pas. Elles feront toutes l'objet de cette procédure de révision et, sur la base des conclusions – fondées sur des

données fiables et motivées sur la base de critères objectifs et vérifiables –, je prendrai des décisions pour l'ensemble de cette classe de spécialités pharmaceutiques remboursables.

Par ailleurs, pour les spécialités pharmaceutiques non remboursables, j'ai demandé au bureau de la CRM de contacter les firmes responsables de ces spécialités afin de les stimuler à introduire une demande de remboursement auprès de la CRM, pour qu'une évaluation puisse être réalisée et que je puisse, *in fine*, prendre une décision relative au remboursement de ces spécialités.

Dans le cadre de la plateforme BelPEP (Belgian Psychotropics Expert Platform), mes services ont développé, en collaboration avec de nombreux experts, un site internet www.trajet-tdh.be, qui a pour objectif de proposer un trajet de soins idéal aux enfants, adolescents et jeunes adultes présentant des problèmes d'attention, d'impulsivité et/ou d'agitation. Que vous soyez parent, enseignant, médecin, agent de PMS ou thérapeute, toutes les personnes concernées peuvent trouver sur ce site des informations pratiques reposant sur une base scientifique.

Pour ce qui concerne les programmes d'accompagnement et les formations des équipes multidisciplinaires, aucune initiative n'est prévue à court terme. Mes services sont en train d'analyser les recommandations de l'avis du CSS en la matière, afin de voir quelles actions pourraient être prises à l'avenir pour améliorer davantage la prise en charge de ce trouble.

08.04 Patrick Prévot (PS): Merci, monsieur le ministre, pour les informations pratiques que vous avez eu la gentillesse de rappeler à la fin de votre réponse. Je note deux éléments de satisfaction. Tout d'abord, le fait que vous ayez chargé la Commission de remboursement des médicaments de faire, en tout cas pour les spécialités pharmaceutiques remboursables, un état des lieux des critères de remboursement et autres, ce qui vous permettra, sur la base de conclusions fiables, de prendre attitude.

Ensuite, je relève le fait que, pour les spécialités pharmaceutiques non remboursables, vous ayez, de manière proactive, invité les organismes à introduire une demande de remboursement afin que ces spécialités puissent suivre le schéma classique en vue d'un éventuel remboursement. En l'état, cette réponse me satisfait amplement. Je ne manquerai évidemment pas de suivre l'évolution de ce dossier, avec l'espoir, pour ces patients, d'obtenir un remboursement pour ces spécialités.

08.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, à l'instar de mon collègue, je vous remercie pour votre réponse et pour votre ouverture d'esprit sur cette problématique et concernant les recommandations émises par le Conseil Supérieur de la Santé pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques non remboursables et remboursables.

Mais j'aimerais insister sur deux points qui n'ont pas été abordés et qui me semblent tout aussi essentiels. Premièrement, je pense que l'on ferait aujourd'hui un pas de géant en communiquant correctement sur le TDA/H. En effet, on parle aujourd'hui trop souvent d'hyperactifs et ce faisant, on ne met en évidence que le côté agitation, alors qu'il y a à côté de cela les autres troubles cognitifs de l'attention comme l'impulsivité, l'hypersensibilité etc. Ces troubles nuisent à ces personnes, autant dans leur sphère scolaire que dans leur sphère professionnelle ou dans leur vie privée. Elles ressentent souvent une incompréhension, une faible estime d'elles-mêmes, et un sentiment de sous-performance chronique, voire des phobies scolaires chez les enfants.

Deuxièmement, je vous appelle à traiter de ce problème au sein la Conférence interministérielle Santé car cela nous permettrait d'apporter des réponses globales à la question de la prise en charge des soins pour les enfants et les adultes, surtout quand on sait que deux tiers des enfants TDA/H le seront encore lorsqu'ils seront adultes. Cela permettrait dès lors de prendre des mesures en concertation avec les entités fédérées. De fait, ne se pose pas uniquement la question du remboursement des soins mais aussi toutes les questions relatives à la prévention, à la détection du TDA/H dans les écoles ou encore à la formation des professionnels de première ligne. C'est un petit appel que je permets de vous lancer, monsieur le ministre.

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

09 Samengevoegde vragen van
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De psychotherapie" (55017530C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het statuut van de psychotherapeuten" (55018621C)

09 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La psychothérapie" (55017530C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le statut des psychothérapeutes" (55018621C)

09.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): *Mijnheer de minister, psychotherapie is sinds 2016 bij wet erkend als behandelvorm binnen de geestelijke gezondheidszorg en dus voorbehouden voor specifieke , erkende beroepsgroepen. De wet voorziet een aantal maatregelen omtrent "verworven rechten" die welomlijnd zijn en voorwaarden bepalen. Echter heeft het Grondwettelijk Hof in een arrest van 16 maart 2017 geoordeeld dat personen die op 1/09/2016 reeds de psychotherapie uitoefenden, maar niet in aanmerking komen voor de "verworven rechten", de psychotherapie verder mogen uitvoeren. Mijn vragen voor u:*

1) Heeft u hierover klachten ontvangen?

2) Dienen deze personen dit op één of andere manier aan hun patiënten kenbaar te maken?

3) Het probleem zit hem in een gebrek aan correcte overgangsbepalingen. Bent u daarvan op de hoogte? Zal u stappen ondernemen om dit aan te passen conform de uitspraken van het Grondwettelijk Hof?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De vragen betreffen min of meer hetzelfde en nemen alleszins hetzelfde basisprobleem in het vizier. Het betreft het feit dat het Grondwettelijk Hof in een arrest van 16 maart 2017 heeft geoordeeld dat wie die op 1 september 2016 reeds de psychotherapie uitoefende, maar die niet voldeed aan de voorwaarden in de verworven rechten, zonder beperking verder mocht werken, in afwachting van overgangsmatregelen die de wetgever zou bepalen om de vastgestelde ongrondwettigheid te herstellen. Die ongrondwettigheid waar u ook naar verwijst, ging dus over de wet van 4 april 2014 die een wetgevend kader heeft vastgesteld voor de uitoefening van de psychotherapie.

Mijn administratie krijgt inderdaad geregeld vragen over de toepassing van de verworven rechten en de uitoefening van de psychotherapie. Ze ontvangt ook klachten die door de provinciale geneeskundige commissies behandeld worden. Er werden door de Vlaamse provinciale geneeskundige commissies in 2019 en 2020 11 dossiers bezorgd aan het parket wegens onwettige uitoefening van de psychotherapie. Aan Waalse en Brusselse zijde werden er 5 dossiers behandeld.

De titel van psychotherapeut is vandaag niet beschermd. Iedereen kan deze titel dragen, maar de uitoefening van psychotherapie staat in de wet op de uitvoering van de gezondheidsberoepen als een gespecialiseerde behandeling in de geestelijke gezondheidszorg beschreven. We kennen het probleem dus. Aan de administratie is gevraagd om voorstellen te formuleren, niet enkel om de situatie die ontstaan is door het arrest van het Grondwettelijk Hof te remediëren, maar ook ter voorbereiding van een wettelijk kader voor de uitoefening van de psychotherapie, voortbouwend op het advies van de Federale Raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen dat in 2020 tot stand is gekomen.

Daarnaast vroeg u of de beoefenaar op de een of andere manier aan zijn patiënt kenbaar moet maken dat hij tot deze groep behoort. De patiënt zal de aard van de zorg die iemand verstrekt, kunnen evalueren aan de hand van het portfolio. De wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering van de gezondheidszorg, of kortweg de kwaliteitswet, vraagt immers dat elke gezondheidszorgbeoefenaar zo'n portfolio bijhoudt waarin de opleidingen en de verworven expertise wordt bewezen. Dit is een portfolio die op vraag kan worden voorgelegd aan de patiënten.

Dat geldt ook voor de beoefenaars van de psychotherapie en dat zal ervoor zorgen dat de patiënt een weloverwogen keuze kan maken binnen het landschap van de gezondheidszorgbeoefenaars en dus ook binnen dat van de geestelijke gezondheidszorg.

09.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): *Mijnheer de minister, ik vind het in elk geval positief dat u een wettelijk kader zult creëren voor de uitoefening van de psychotherapie, wat absoluut noodzakelijk is, en dat u rekening zult houden met overgangsmatregelen. Het is uiteraard niet de bedoeling om psychotherapeuten die zich bijscholen en evidencebased werken uit te sluiten van de beoefening van psychotherapie, maar de patiënt moet te allen tijde een wetenschappelijk onderbouwde ondersteuning krijgen.*

Waarmee ik het wel moeilijk heb, is dat u zegt dat de patiënt via het portfolio te weten kan komen of zijn psychotherapeut al dan niet voldoet aan die wetenschappelijke opleiding. Daarmee gaan we ervan uit dat

elke patiënt dat onderzoek kan doen, dat grondig doet en het juist kan interpreteren. Ik denk dat hiermee toch een risico wordt genomen. Ik vind dat een patiënt eenduidig en heel snel transparant moet kunnen ontdekken of zijn of haar hulpverlener of zorgverstreker wetenschappelijk geschoold is en of die bijscholing volgt.

Tot slot, u hebt daarop niet echt een antwoord gegeven, maar in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg waarmee u bezig bent, denk ik dat we de psychotherapeuten, als is voldaan aan dat wetenschappelijk kader van opleiding en bijscholing, moeten kunnen incorporeren in die geestelijke gezondheidszorg en in die grote nood die vandaag bestaat. We hebben het al vaker gehad over het feit dat we wel in de middelen hebben voorzien, maar dat we ze niet zullen kunnen uitgeven omdat we niet voldoende zorgverstrekkers hebben. Misschien is dat toch een element om mee te nemen in uw hervormingsplannen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins palliatifs" (55017551C)

10 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De palliatieve zorg" (55017551C)

10.01 Catherine Fonck (cdH): *Monsieur le ministre, je souhaite faire un état des lieux quand aux mesures que vous avez prises et aux mesures que vous allez prendre à court terme en vue d'améliorer les soins palliatifs. Dans notre NPG, vous indiquiez que « Au niveau des soins palliatifs, des initiatives seront prises afin d'assurer un déploiement plus précoce des soins palliatifs, de promouvoir l'Advance Care Planning (ACP), de diffuser largement les guidelines auprès des professionnels. Les ressources nécessaires en la matière seront implémentées et les besoins seront évalués en fonction des lieux de vie, de structures d'accueil intermédiaires. Il sera aussi demandé au KCE d'intégrer à son programme d'étude 2021 une enquête sur l'implémentation des structures de soins intermédiaires pour les patients en soins palliatifs ("Middle Care") et le statut palliatif.»*

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes. Comment évaluez-vous la situation actuelle des soins palliatifs en Belgique? Considérez-vous qu'il faudrait augmenter le nombre de lits en soins palliatifs pour répondre à l'ensemble des demandes? Quels sont vos engagements à ce sujet? Quelles initiatives avez-vous déjà prises pour assurer un déploiement plus précoce des soins palliatifs, pour promouvoir l'Advance Care Planning et pour diffuser largement les guidelines auprès des professionnels? Quel est votre planning pour la mise en œuvre de ces engagements pour les prochains mois? Quelles ressources ont été consacrées à ces initiatives et quels sont les budgets prévus pour les prochains mois? Avez-vous confié au KCE la mission de réaliser une enquête sur l'implémentation des structures 'middle care palliatif' et le statut palliatif? Quel est l'agenda du KCE? Quand comptez-vous disposer de cet avis? Avez-vous pris connaissance du rapport élaboré par le groupe de travail 'Middle Care Palliatif' de la Cellule Fédérale d'Évaluation des Soins Palliatifs en 2020? Quelles suites comptez-vous apporter à cet avis? Vous êtes-vous déjà concerté avec la cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs? Si oui, quels en sont les résultats ? Si non, quand comptez-vous le faire?

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: *Monsieur le président, la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs a été créée en exécution de la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs. Cette cellule est composée de représentants des trois fédérations de soins palliatifs, des différentes mutualités ainsi que d'experts externes. Sa mission est d'évaluer régulièrement les besoins en matière de soins palliatifs et la qualité des réponses qui y sont apportées.*

Un rapport comprenant ces constats est rédigé tous les deux ans et présenté à la Chambre. Le rapport de la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs pour les années 2017-2020 a été transmis récemment et étudié par mes collaborateurs. Il sera envoyé prochainement à la Chambre et publié sur le site du SPF Santé publique.

Par ailleurs, des groupes de travail restreints de la cellule sont amenés à approfondir certains aspects des soins palliatifs, tels que le thème des soins intermédiaires (middle-care). Les conclusions de leur travail, approuvées lors des assemblées générales de la cellule, ont également fait l'objet d'un rapport en 2020. Celui-ci a également été récemment transmis à mon cabinet et a été examiné avec attention.

Mon cabinet se concertera avec la cellule et l'administration dans les semaines à venir afin de voir comment les besoins prioritaires et les recommandations formulées peuvent être traduits dans la pratique. Dans le cadre d'un appel à projets pour 2021 lancé par le Centre fédéral d'expertise (KCE), la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs a proposé les deux sujets d'étude que vous mentionnez, à savoir le *middle-care* et le statut palliatif. Ces deux sujets ont été retenus dans le programme de travail du KCE. Le KCE a conséquemment inclus dans son programme d'étude une étude sur le statut palliatif et la mise en place de structures de soins intermédiaires pour les patients palliatifs.

Cette étude sera lancée au premier semestre 2022 et les résultats seront disponibles dans le courant de 2023.

Afin de démarrer les soins palliatifs à temps, l'*advance care planning* (ACP) est très important. Dans ce processus, le prestataire de soins de santé analyse avec le patient les attentes et les souhaits concernant les soins futurs. Ce dialogue permettra au patient d'être plus satisfait des soins et sa qualité de vie s'améliorera considérablement.

Plusieurs initiatives sont déjà prises pour assurer un déploiement plus précoce des soins palliatifs pour promouvoir l'*advance care planning* et pour largement diffuser les lignes directrices auprès des professionnels. J'en citerai quatre.

Premièrement, un incitant sera bientôt créé en prévoyant une rémunération forfaitaire de 90 euros pour le médecin généraliste afin d'assurer la mise en place et le suivi de l'ACP chez les patients identifiés comme palliatifs à l'aide du PICT (*Palliative Indicators Care Tool*).

Deuxièmement, l'utilisation du PICT contribuera à l'identification précoce des patients en situation palliative. Cette proposition a été approuvée par le Comité de l'assurance le 30 novembre 2020 et poursuit maintenant le processus de publication au *Moniteur belge*, après quoi la proposition pourra entrer en vigueur.

Troisièmement, le 30 novembre 2020 également, le Comité de l'assurance a approuvé un nouveau cadre pluriannuel pour le financement des partenaires clés au sein du Réseau EBP, c'est-à-dire KCE, WOREL, ebpracticenet, Minerva, Cebam, CDLH.

Quatrièmement, la diffusion des lignes directrices et d'autres sources EBP est l'un des piliers du réseau. ebpracticenet met les informations *point of care* à disposition des prestataires de soins via une plateforme digitale, principalement sous la forme de résumés concis de lignes directrices ou d'autres sources EBP qui peuvent être utilisées directement lors de consultations.

L'offre actuelle contient à la fois une fiche sur la planification des soins précoces, se référant à la directive Palliative 2014, et une fiche sur les soins palliatifs (lignes directrices KULEuven 2020).

De plus, WOREL, le groupe de travail développant des recommandations de première ligne, soutient actuellement l'élaboration de lignes directrices pour les soins palliatifs en cas d'insuffisance cardiaque par Palliative. Ces lignes directrices seront finalisées en 2021 et soumises pour validation au Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (Cebam). Une fiche *point of care* de ces lignes directrices sera également mise à disposition via ebpracticenet et après validation.

De plus, en 2020, des discussions ont été engagées entre le Cebam et Palliaguide dans le cadre d'une éventuelle validation ou certification des directives pratiques de Palliaguide, ce qui permettrait une extension de l'offre sur ebpracticenet.

Quatrièmement, le SPF Santé publique travaille avec la Chancellerie au développement d'une campagne sur l'*advance care planning*.

Celle-ci devrait être lancée avant la fin de l'année. Un budget de 290 000 euros a été octroyé à l'organisation de cette campagne dont l'objectif est de sensibiliser les personnes à réfléchir à leurs objectifs de vie et de soins et à en parler avec leurs proches et leur médecin.

L'objectif est également de sensibiliser les médecins généralistes à en parler avec leurs patients et d'inciter ces personnes face à leur santé et soins futurs à se poser les bonnes questions par rapport à ce qu'elles

souhaiteraient pour plus tard.

Le **président**: Monsieur le ministre, merci pour cette réponse détaillée. Madame Fonck, je vous permets de juger celle-ci et d'intervenir.

10.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, l'objectif n'est pas tellement de juger mais surtout de tenter de faire bouger les lignes.

Monsieur le ministre, j'entends votre réponse. Je regrette que vous n'abordiez pas le sujet central pour lequel je ne vois même pas s'ouvrir de perspectives. La réalité aujourd'hui, c'est que le nombre de lits agréés qui a été fixé et qui est limité depuis des années par le fédéral pose problème. On a une évolution sociétale, une évolution des soins de santé ainsi qu'au niveau des patients. Le nombre de lits est tout simplement insuffisant. Les listes d'attente sont importantes. Il y a un refus permanent d'un certain nombre de prises en charge de patients et ce le sera d'autant plus lorsqu'on va accentuer la vision d'un déploiement plus précoce des soins palliatifs, de l'*advance care planning* mais aussi du *middle care*, autant de points que je soutiens.

Chaque fois que je pose cette question, on me répond que des unités de soins palliatifs et des lits agréés en plus, cela coûte. Mais il faut considérer cela dans une vision de santé et tenir compte de tous les débats actuels.

Le coût est vraiment un mauvais calcul parce que le développement de davantage de lits de soins palliatifs permettrait aussi d'autres économies avec des patients qui sont en fin de vie, ou qui sont hospitalisés en services aigus avec des coûts parfois élevés, pour des examens complémentaires ou des traitements qui ne se justifient plus nécessairement. Il y a aussi des ré-hospitalisations de patients qui sont à la maison, dans des situations parfois dramatiques, qui sont vus la nuit ou le week-end par un médecin de garde qui ne les connaît pas et qui les renvoie à l'hôpital parce qu'il n'y a pas d'autre possibilité. Si ces patients étaient suivis en soins palliatifs, cela n'arriverait pas. Il y a des retours au domicile qui ne sont pas suffisamment préparés, entraînant, du coup, des retours à l'hôpital.

Tout cela coûte, mais reconnaissez, en outre, que sur le plan humain, ce sont des parcours de fin de vie qui n'en sont pas, avec une médicalisation trop importante. Tout cela arrive parce qu'on ne met pas en place les dispositifs suffisants, notamment en termes d'équipes. En unités de soins palliatifs, celles-ci sont multidisciplinaires et en capacité de prendre ces patients en charge, de les garder à domicile, d'éviter des surmédicalisations en fournissant un encadrement. Celui-ci se fait autour des besoins de vie, de la souffrance, de l'accompagnement des familles. C'est extrêmement porteur. Cela permet une prise en charge de fin de vie extrêmement humaine pour la personne concernée, et pour les familles. Cela permet aussi d'éviter des re-médicalisations ou des sur-médicalisations qui, en fait, ne se justifient pas.

Permettez-moi donc ce plaidoyer. Ce point doit réellement être à nouveau envisagé dans la vision de la santé publique. Aujourd'hui, ce n'est pas le cas, et c'est bien dommage. Tout le monde pourrait y gagner.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'unité de soins palliatifs de l'hôpital de Jolimont" (55017552C)

11 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De palliatievezorg eenheid van het ziekenhuis van Jolimont" (55017552C)

11.01 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, à La Louvière, l'Unité de Soins Palliatifs de l'entité Jolimontoise a été créée en 2008 et répond en tout point à la législation à laquelle elle est soumise. Pour une raison inconnue, elle n'a pas reçu l'agrément et fonctionne donc sur fonds propres depuis tout ce temps. Seule USP non reconnue par la Région, elle l'est pourtant par tous ses pairs. L'équipe mobile est appelée très en amont, afin d'assurer la prise en charge de la douleur, que ce soit en oncologie ou en hématologie mais aussi en cardiologie, en néphrologie, en neurologie, même en chirurgie vasculaire, abdominale voire orthopédique. Accréditée au niveau or de l'ACI, les incertitudes de fermeture freinent cette USP, pourtant cruciale et indispensable.

Monsieur le ministre, comment justifier que cette USP n'ait toujours pas d'agrément, quelles en sont les raisons, quand cette USP va-t-elle enfin recevoir son agrément et ainsi pouvoir être financée afin d'assurer

la continuité de la prise en charge des patients ? Je vous remercie pour votre réponse.

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, madame Fonck, je ne peux malheureusement pas répondre à la question car cette thématique relève de la compétence des Communautés.

Par ailleurs, je ne dispose pas d'informations spécifiques sur le cas que vous soulevez. Je suis donc obligé de vous renvoyer à ma collègue de la Région wallonne, Mme Christie Morreale.

11.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, c'est également la réponse de la ministre wallonne de la Santé. Jolimont étant en Région wallonne, en l'occurrence, c'est la ministre wallonne de la Santé qui est compétente.

C'est exactement l'exemple qui démontre ce que je viens de vous expliquer voici quelques instants sur le débat plus macro. Ce service fait un travail extraordinaire et les intervenants de première ligne (médecins généralistes) et les acteurs de la santé et médecins spécialistes à l'hôpital ne cessent de l'appeler pour demander des prises en charge de patients. Ce service parvient à travailler avec des bouts de chandelle en étant à peine financé et ce, dans un espace limité. Or, tout le monde a besoin de ce service.

Cela fait plus de dix ans que les équipes s'investissent mais les réponses que ce service reçoit, c'est soit la vôtre à l'instant, soit celle de la ministre wallonne de la Santé qui renvoie vers le fédéral, en disant que le nombre de lits agréés a été fixé au fédéral, qu'il est limité et qu'elle ne peut rien faire.

C'est le genre de dossier où tout le monde y perd, monsieur le ministre, tant les patients, les familles, les équipes de soins que la vision de santé publique et le budget de la santé. Si je prends cet exemple, c'est parce que j'ose espérer que cesse ce petit jeu de ping pong et qu'on puisse véritablement attaquer ce dossier. Faites-le en Conférence interministérielle et à chaque fois que vous voyez vos collègues! Je veux bien préparer un point et vous voyez ce que vous pouvez décider. On ne peut plus continuer de la sorte!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Questions jointes de

- **Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouvelles mesures pour la psychiatrie infanto-juvénile" (55017561C)**

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les listes d'attente en (pédo)psychiatrie et l'aide de première ligne" (55018654C)**

12 Samengevoegde vragen van

- **Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe maatregelen voor de kinder- en jeugdpsychiatrie" (55017561C)**

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wachtlijsten voor (kinder)psychiatrie en de eerstelijns hulpverlening" (55018654C)**

12.01 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, ma question porte sur les nouvelles mesures pour soutenir la psychiatrie infanto-juvénile. Nous l'avons évoqué en mars dernier, nous sommes face à une saturation de ce réseau alors qu'il y a des besoins urgents pour des enfants et des adolescents, et un appel à l'aide des parents. Aujourd'hui, nous avons une saturation du réseau d'autant plus forte que nous devons aussi faire face aux conséquences du covid et de cette dernière vague qui a été particulièrement traumatisante au niveau psychologique.

En mars dernier, vous évoquiez les 20 millions d'euros octroyés en supplément pour la psychiatrie infanto-juvénile afin d'engager du personnel supplémentaire et d'augmenter la capacité d'admission dans d'autres services hospitaliers.

La situation demeure néanmoins préoccupante.

Monsieur le ministre, de combien de places disposons-nous en psychiatrie pour enfants et adolescents? Combien de places sont-elles occupées aujourd'hui? Combien de places sont ou seront-elles créées grâce au budget prévu?

Quand vous indiquez que vous souhaitez augmenter le nombre de places en psychiatrie infanto-juvénile dans d'autres services de nos hôpitaux, de quels services parlez-vous? Dans quels hôpitaux ces nouvelles places seront-elles réparties et dans combien de temps ces places seront-elles opérationnelles?

L'offre de soins de santé mentale en psychiatrie infanto-juvénile sera-t-elle en adéquation avec les besoins actuels grâce cette augmentation budgétaire de 20 millions d'euros?

Vous évoquiez la création d'équipes spécialisées de liaison pour apporter l'aide nécessaire et urgente aux enfants et aux jeunes. Parlez-vous du personnel spécialisé déjà en place ou d'équipes de renfort?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Merckx had vragen over hetzelfde thema. Er werd hier verwezen naar het zeer trieste verhaal van dat meisje uit Gent dat uit het leven stapte na verkrachting. Daarbij is ook naar boven gekomen dat zij twee keer geweigerd werd voor opname in de jeugdpsychiatrie. Dat houdt natuurlijk verband met het probleem van de wachtlijsten.

Zelfmoord en zelfmoordpogingen zijn zeer ingrijpend voor iedereen die ermee te maken krijgt, en de voorkoming ervan is binnen de geestelijke gezondheidszorg natuurlijk een uiterst belangrijk onderwerp. De deelstaten hebben hierin centrale bevoegdheden en ze ontwikkelen daarrond actieplannen en richtlijnen. Geestelijke gezondheidszorg moet voorkomen dat mensen uiteindelijk tot zelfmoord overgaan.

Ik weet dat in dit zeer dramatische geval de betrokken actoren binnen het netwerk crisiszorg, waar het meisje werd aangemeld, ook een evaluatie hebben gemaakt, en dat er nog contact geweest is met de familie. De vraag is wat we kunnen doen op korte termijn om onze capaciteit te vergroten. Zoals u weet heb ik in februari een maatregel genomen om kinderen, jongeren en jongvolwassenen met acute psychische klachten en problemen, of jongeren in een crisissituatie, sneller op te vangen. Ik ben ook overgegaan tot het versterken van de zogenaamde mobiele crisisteams van de netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren. Het totale budget voor de mobiele teams is met 50 % verhoogd, de werkingsmiddelen van de netwerken met 75 % en de omkadering van de netwerkpsychiaters met 25 %.

Op die manier wordt op korte termijn de capaciteit voor mobiele crisisopvang aanzienlijk uitgebreid, met een bijkomend budget van 4,7 miljoen euro. De aanwervingen zijn ondertussen achter de rug. De crisisteams werden al met meer dan 90 voltijdse eenheden personeel versterkt.

Daarnaast heb ik in mei 2021 in overleg met de sector besloten om het residentieel zorgaanbod voor de opvang van kinderen en jongeren met ernstige en complexe psychische problemen te intensifiëren door de personeelsomkadering van de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten te verhogen. Een dergelijke intensifiëring maakt het mogelijk dat het personeel ook buiten het ziekenhuis kan instaan voor de zorgoverdracht van de residentiële setting naar het thuis- of thuisvervangend milieu. Het personeel wordt dan ingezet in een zogenaamde brugfunctie die zowel aan zorgtoeleiding als aan zorgtransmissie doet om de continuïteit van de zorg voor deze jongeren en hun gezinnen te verbeteren en de duur van de opname in de K-diensten te verkorten. Deze maatregel in verband met de brugfunctie betreft in totaal 212 voltijdse eenheden personeel.

Tegelijkertijd met de maatregelen om de kinderpsychiatrische diensten te versterken, heb ik ook besloten om tijdelijk 170 eenheden bedcapaciteit in de E-, de A-, de a- en k-diensten te versterken voor de opvang van kinderen en jongeren met psychische problemen in niet-psychiatrische ziekenhuisdiensten, door het inzetten van zogenaamde liaisonteams vanuit de kinder- en jeugdpsychiatriediensten binnen de ziekenhuizen naar de pediatrie bijvoorbeeld.

De huidige bedcapaciteit van K-diensten is in de programmatie overschreden. Ze bedraagt op 1 maart 2021 619 K-bedden voor het hele land. Ik voorzie met deze maatregel op korte termijn een de facto uitbreiding van meer dan een kwart.

Voor de maatregelen brugfunctie en bijkomende bedcapaciteit heb ik meer dan 21 miljoen euro aan bijkomend budget op jaarbasis vrijgemaakt.

Pour répondre à la question de M. Rigot sur les équipes spécialisées et les équipes de liaison, par réseau de santé mentale pour enfants et adolescents, je prévois environ 490 000 euros pour lesquels, théoriquement, deux équipes de 2,70 emplois temps plein chacune peuvent être créées pour huit lits ou places.

Les membres supplémentaires des équipes de liaison utiliseront leurs expertises 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 psychiatriques pour adultes pour la tranche d'âge 15 à 23 ans. Ceci dans le but de traiter les enfants, adolescents et jeunes adultes présentant des problèmes psychiques graves et complexes ou de les stabiliser temporairement en prévision d'un traitement mobile, ambulatoire ou semi-résidentiel, toujours sur base d'accords clairement établis entre les partenaires concernés du réseau SMEA.

En déployant ces équipes de liaison, nous visons à prévenir les admissions ou réadmissions dans les services K ou à raccourcir les séjours dans ces services. En outre, 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 de soins et de l'accompagnement des enfants, adolescents et jeunes adultes et peuvent donner une impulsion au développement de l'offre spécialisée pour ce groupe cible.

Je peux vous fournir un tableau qui reprend les différents hôpitaux et leurs services. Il est assez détaillé avec les dates, les engagements, etc. de chaque hôpital. Il s'agit d'informations assez délicates, mais qui sont très intéressantes pour savoir ce qui se passe sur le terrain.

En résumé, le processus est en marche. Il y a des hôpitaux où l'engagement de personnel supplémentaire a déjà été réalisé. D'autres procéderont à ces engagements mi-juin ou mi-juillet.

Quoi qu'il en soit, il s'agissait d'une mesure claire et absolument nécessaire. C'est en marche!

Naast deze maatregelen vertrekt mijn beleid inzake geestelijke gezondheidszorg vanuit de noden van de populatie. Dat impliceert onder andere dat de allocatie van nieuwe middelen best gebeurt in functie van de opbouw van de bevolking: het bevolkingsaantal, de leeftijdsverdeling, de proportie geschatte pathologie- en socio-economische kenmerken van de bevolking. De geschatte prevalentie van psychische stoornissen op jaarbasis is 19 % in de leeftijdsgroep beneden 18 jaar – dat is toch veel – en 15 % bij 18+, waar ik ook de 65-plussers bijreken.

De respectieve gemiddelde en mediane ontstaansleeftijd van psychische stoornissen in België ligt tussen 19 en 21 jaar. Dat betekent dus dat de helft van de stoornissen ontstaat voor 19 jaar en de helft over de hele rest van het leven. Externaliserende aandoeningen vangen gemiddeld aan op de leeftijd van 7 jaar, angstaandoeningen gemiddeld op de leeftijd van 14 jaar, alcoholaandoeningen gemiddeld op de leeftijd van 23 jaar, stemmingsaandoeningen gemiddeld op 38-jarige leeftijd.

Gelet op deze hoge prevalentiecijfers heb ik samen met mijn collega-ministers in de interministeriële conferentie Volksgezondheid afgesproken om de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn te versterken. Dit betekent dat voor preventie en promotie van geestelijke gezondheid, maar ook voor vroegdetectie en vroeginterventie, waarvoor de deelstaten bevoegd zijn, een bijkomend budget van 112 miljoen euro wordt geïnvesteerd, om zowel de laagintensieve zorg voor kortdurende interventies en groepsinterventies, maar ook de meer intensieve zorg te financieren. In de huidige eerstelijnspsychologische ondersteuning is dat niet het geval. Daarom is het van belang om de huidige RIZIV-conventie die de financiering en terugbetaling van de eerstelijns psychologische zorg (ELP) regelt, grondig aan te passen, zodat het globale ELP-aanbod zo goed mogelijk aan de bestaande noden zal kunnen beantwoorden.

Deze werkzaamheden worden ter harte genomen door de transversale overeenkomstencommissie.

Binnen het beschikbare budget van 112,5 miljoen euro werd specifiek rekening gehouden met de doelgroep kinderen, jongeren en jongvolwassenen tot de leeftijd van 23 jaar. De transitieleeftijd, de overgang van jongere naar volwassene, is een belangrijke leeftijd waarin psychische problemen zich kunnen ontwikkelen. Die wordt daarin expliciet meegenomen. Gelet op de cijfers die ik net heb aangehaald over de ontstaansleeftijd van psychische aandoeningen, werd beslist om in de verdeling van de budgetten tussen kinderen en volwassenen proportioneel meer budget te voorzien voor de doelgroep van kinderen - een derde -, dan wat men zou doen als men kijkt naar de bevolking, want dan weegt dat maar voor een vierde.

Als laatste belangrijk element heb ik aan de Federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen gevraagd om mij tegen half oktober 2021 zijn advies over te maken over de aspecten van de programmatie en dit zowel algemeen als specifiek met betrekking tot de Sp-, de K- en de A-diensten, met inbegrip van de regels voor

reconversie en de eerste mogelijke financieringspistes. Ik zal u die tabel bezorgen.

12.03 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie. Il n'y a effectivement rien de pire que de se sentir impuissant, isolé aussi, lorsqu'on a des besoins réels de soutien et d'accompagnement, que ce soit pour des enfants, des adolescents mais aussi pour des parents, témoins de ces drames et détresses qui peuvent aller jusqu'au suicide. Pour les parents, le drame est aussi de voir son enfant en difficulté sans pouvoir lui apporter une réponse, faute d'une infrastructure disponible ou d'un accompagnement nécessaire.

Je vous félicite des actions qui ont été entreprises. Vous avez pris un engagement de 20 millions d'euros avec cette bouée dont les soins de santé mentale avaient besoin. L'approche globale proposée porte sur le court terme, l'urgence, et différencie la première ligne de l'hospitalisation. Elle a l'objectif de réduire les temps d'admission et les temps de séjour. Il faut en effet limiter l'occupation de lits inutile ou trop longue, afin de les libérer pour celles et ceux qui en ont besoin. Je me réjouis de voir la réactivité politique, et aussi, au travers des structures et des engagements mis en place, la réactivité du terrain. C'est, comme vous l'avez évoqué, un bon démarrage. À suivre, en espérant que cela pourra rapidement se traduire sur le terrain par une amélioration au profit des bénéficiaires.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Questions jointes de

- Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de la spécialisation d'infectiologue-microbiologiste" (55017565C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pharmaciens biologistes" (55017705C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'agrément des microbiologistes médicaux" (55018576C)

13 Samengevoegde vragen van

- Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de specialisatie infectiologie-microbiologie" (55017565C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De apothekers-biologen" (55017705C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van medisch microbiologen" (55018576C)

13.01 Benoît Piedboeuf (MR): *Monsieur le ministre, courant de l'année dernière, un arrêté royal est apparu concernant une nouvelle spécialisation dans le monde médical: infectiologue-microbiologiste. Tous les médecins microbiologistes doivent remplir un dossier afin d'obtenir la reconnaissance. Toutefois, les pharmaciens biologistes spécialisés en microbiologie (plus de la ½ des microbiologistes en Belgique) ayant suivi toutes les formations requises, n'ont pour le moment pas de possibilité d'obtenir cette reconnaissance. Par leur fonction et le rôle qu'ils jouent dans les laboratoires, notamment dans le cadre de la lutte contre la pandémie, cette reconnaissance est urgente. Dès lors, monsieur le ministre, des dispositions sont-elles prévues à l'avenir afin de faire avancer et débloquer cette situation? Si oui, lesquels et à quelle échéance?*

13.02 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, j'avais déposé une question dont vous avez pu prendre connaissance et dans laquelle je rappelle le cadre, la législation.

Je voudrais ici vraiment attirer votre attention sur un point. En effet, Mme De Block a décidé de trancher en prenant un arrêté ministériel visant à fixer les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre "professionnel particulier en microbiologie médicale" et du titre "professionnel particulier en infectiologie clinique". Un autre arrêté royal visant l'infectiologie clinique et la microbiologie médicale a également été pris.

Il est très interpellant de constater que les dispositions prises légalement ne s'appliquent qu'aux médecins et pas aux pharmaciens biologistes spécialisés en microbiologie. Pourtant, il existe une longue argumentation portée à la fois par les médecins, mais aussi les pharmaciens pour permettre également aux pharmaciens spécialistes en biologie clinique, qui ont évidemment fait cette spécialisation supplémentaire, d'avoir la même reconnaissance et de bénéficier d'un titre de niveau 3. Il s'agit ici évidemment d'un élément important par rapport au travail qui peut être réalisé sur le terrain.

Je souhaiterais donc connaître votre position sur ce dossier relatif à la reconnaissance officielle des pharmaciens biologistes et des pharmaciens microbiologistes.

Avez-vous eu une concertation à ce sujet? Quelles sont vos intentions à propos de ce dossier? La ministre Maggie De Block avait mis en avant certains arguments, notamment une série d'éléments manquants qu'elle ne voulait pas soumettre aux pharmaciens. On pourrait cependant très bien imaginer que, dans l'attente de la mise en place de ces structures, les pharmaciens puissent être reconnus de la même manière que les médecins, une fois qu'ils auront réussi cette spécialisation supplémentaire.

13.03 Frieda Gijbels (N-VA): *Mijnheer de minister, er werd op 7 mei 2020 een MB uitgevaardigd omtrent de erkenning van medisch microbiologen. Er blijkt bij de erkenningscommissie onduidelijkheid te zijn met betrekking tot de interpretatie van het ministeriële besluit wat betreft de klinisch biologen die minder dan 5 jaar zijn afgestudeerd.*

Eén van de overgangscriteria om erkend te kunnen worden als medisch microbioloog, is dat men arts-specialist is zoals bedoeld in artikel 4, eerste lid, 1°, van het hoger vermelde besluit en een ervaring kan aantonen van 5 jaar als arts-specialist die algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam en medisch actief in de klinische microbiologie gedurende de laatste 5 jaren, voorafgaand aan de datum van inwerkingtreding van dit besluit.

Klopt de interpretatie van de erkenningscommissie, dat men 5 jaar klinisch bioloog moet zijn om aanspraak te kunnen maken op een erkenning als medisch microbioloog? Kunnen voorafgaande relevante stages ook in rekening worden gebracht? Of volstaat het om 5 jaar arts-specialist te zijn, zoals in het MB wordt vermeld? Hoe zit het met de klinisch biologen die minder dan 5 jaar zijn afgestudeerd versus het overgangscriterium dat er 5 jaar ervaring moet kunnen worden aangetoond voorafgaand aan de inwerkingtreding van het MB? Er stelt zich immers het probleem dat zij dan in de onmogelijkheid verkeren om hun erkenning aan te vragen. Kan u hierin duidelijkheid scheppen en zal u indien nodig het MB aanpassen?

13.04 Frank Vandenbroucke, ministre: L'agrément des pharmaciens autorisés à effectuer de prestations et des analyses de biologie clinique a comme base légale l'article 23, §2 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé (LEPS). S'agissant des analyses en question et des modalités d'exécution, une procédure consultative est prévue auprès des académies de médecine (article 140 de la LEPS). J'ai adressé le 25 janvier 2021 une demande d'avis à l'Académie royale de Médecine et au Koninklijke Academie voor Geneeskunde sur l'actualisation des critères et des procédures d'agrément. L'avis est attendu pour les semaines à venir. La réglementation existante en la matière est datée et une clarification est nécessaire.

Un titre professionnel spécifique aux pharmaciens agréés en biologie clinique suppose des critères d'agrément actualisés. La demande d'avis contient la question de savoir si une formation complémentaire et un titre spécifique devront être prévus pour la sous-spécialité de microbiologie, comme déjà prévu pour les médecins et spécialistes en biologie clinique. Le Conseil fédéral des pharmaciens sera constitué prochainement et pourra y contribuer. On y fait référence à l'article 7.1 de ladite LEPS.

En 2019, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des généralistes avait déjà inclus des dispositions pour les pharmaciens spécialisés en biologie clinique dans son avis concernant la microbiologie. Les entités fédérées devront ensuite prévoir une procédure pour l'agrément des candidats. Dès que nous recevrons l'avis des Académies royales, des initiatives concrètes seront prises afin d'actualiser la réglementation. La microbiologie fera partie de cette analyse. La problématique de la biologie clinique et de la microbiologie concerne les médecins et les pharmaciens. Par contre, le titre professionnel en infectiologie est une discipline avec un prérequis, un trajet de formation et des compétences finales à acquérir beaucoup plus cliniques.

13.05 Benoît Piedboeuf (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je constate que vous avez pris des dispositions pour remédier à la situation parce que pendant la période que nous connaissons et celle que nous avons connue, leur rôle aurait pu être réellement fondamental. Il est heureux que le dossier avance, néanmoins il est dommage qu'il n'ait pas avancé plus rapidement.

13.06 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, vous annoncez la demande de certains avis. Sauf erreur de ma part, je pense que certains d'entre eux avaient déjà été donnés antérieurement, comme celui de l'Académie. La réalité aujourd'hui, choix du gouvernement précédent et de la ministre De Block, c'est que le médecin biologiste en fin de spécialisation obtient immédiatement le titre professionnel particulier de

niveau 2 ce qui n'est pas le cas du pharmacien biologiste. Tout à l'heure je parlais de niveau 3 dans ma question, mais je visais évidemment l'obtention du niveau 2. Excusez-moi pour cela!

Or, aujourd'hui dans la routine quotidienne, les pharmaciens biologistes portent exactement les mêmes responsabilités que les médecins biologistes au sein du labo. Ils présentent pour la nomenclature complète de biologie clinique. Ils peuvent être chefs de service et diriger le comité d'hygiène hospitalière ou la banque du sang, etc.

Ne pensez-vous pas que, pendant ce parcours qui risque de durer encore un certain temps et vu la publication récente de ce fameux titre professionnel particulier en microbiologie médicale, uniquement pour les médecins biologistes, il serait important d'avoir une dérogation au moins transitoire afin que les pharmaciens biologistes pratiquant la microbiologie soient considérés comme les médecins biologistes porteurs d'un titre de niveau 3 notamment en microbiologie médicale?

Pendant ce temps, le parcours aura lieu, mais cela donne un avantage important: il y aurait plus d'unités à la profession et les mêmes droits et les mêmes obligations, ce qui me semble important vu l'enjeu de qualité. Il me semble aussi fondamental de vous pencher sur cette disposition transitoire le temps du parcours que vous avez évoqué qui, à mon avis, risque d'être long, et ce, à la fois dans l'intérêt des patients, des hôpitaux, de la qualité du schéma concernant la microbiologie y compris le volet des antibiothérapies.

J'ose espérer un changement de cap en la matière eu égard à celui emprunté par le gouvernement précédent.

13.07 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, hoewel mijn vraag is samengevoegd met die van de collega's had ze een iets andere strekking.

Ik weet niet of u mijn vraag hebt gezien want er is niet meteen een antwoord op gekomen. Het gaat om vraag nr. 55018576. Ze ging vooral over de onduidelijkheid voor de klinisch biologen die minder dan vijf jaar zijn afgestudeerd en die graag erkend willen worden als klinisch microbioloog. Er zou daar namelijk ruimte voor interpretatie zijn. Het is niet helemaal duidelijk op welke manier zij die erkenning kunnen aanvragen. Het is verder evenmin duidelijk of men vijf jaar ervaring als klinisch bioloog moet kunnen aantonen. Volstaat het als men vijf jaar arts-specialist is geweest?

13.08 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, ik geef mij er rekenschap van dat ik daar geen zeer precies antwoord op gegeven heb. Misschien moet u daarover een schriftelijke vraag indienen, dat zou beter zijn. Ik durf hier namelijk voor de vuist weg geen antwoord op te geven.

13.09 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik meen dat het gaat om een onduidelijkheid in het MB die gemakkelijk kan worden verholpen. Blijkbaar volgt de erkenningscommissie een bepaalde interpretatie die door de klinisch biologen in twijfel wordt getrokken.

Ik zal deze vraag opnieuw indienen.

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

14 Questions jointes de

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)** sur "L'opportunité d'un plan national "Alcool" urgent" (55017587C)
- **Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)** sur "La surconsommation d'alcool liée au confinement" (55017922C)

14 Samengevoegde vragen van

- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid)** over "De dringende wenselijkheid van een nationaal alcoholplan" (55017587C)
- **Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid)** over "Het overmatige alcoholgebruik tijdens de lockdown" (55017922C)

14.01 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le ministre, DéFI a toujours déploré l'impossibilité d'établir un plan national "Alcool". Dans ce dossier comme dans tant d'autres, l'éclatement des compétences n'a pas permis de trouver les accords nécessaires. Nous en payons aujourd'hui les conséquences en pleine crise sanitaire.*

Débordés de consultations, les experts de l'addiction à la boisson constatent qu'une partie de la population a perdu le contrôle de sa consommation. Certes, ce problème ne concerne pas uniquement notre pays. Par exemple, en Angleterre et au Pays de Galles, le nombre de décès liés à l'alcool a bondi de 20% à partir de mars 2020, par rapport à l'année précédente.

Cependant, de nombreux Belges auraient forcé sur la boisson pendant la crise sanitaire, avec de multiples causes: angoisse, télétravail, solitude, ... Dès lors, monsieur le ministre, existe-t-il un suivi des cas de maladie et décès dus à l'alcool en Belgique, au regard de la crise sanitaire, du confinement et du télétravail ?

Ce sujet a-t-il déjà été traité lors de réunions CODECO ? N'est-il pas temps d'enfin initier un plan national ? Quoi qu'il en soit, envisagez-vous de prendre des mesures urgentes à ce sujet?

14.02 **Hervé Rigot (PS):** *Monsieur le ministre, selon Pierre Maurage, chercheur en neurosciences des addictions à l'UCLouvain, lors du premier confinement, la consommation d'alcool n'aurait globalement pas augmenté. Mais, selon l'étude menée, si 39% des gens interrogés ont consommé avec stabilité et 30% ont diminué la boisson, 31% ont quant à eux renforcé leur consommation. Selon l'étude, parmi les gros consommateurs, deux sous-groupes problématiques ont été identifiés : de gros buveurs avant la crise qui ont glissé vers une consommation excessive et addictive, ainsi que de petits buveurs qui ont pris, dans un contexte de stress lié à la crise, de nouvelles habitudes les exposant à un risque d'assuétude. Ces deux profils encombrant aujourd'hui les services d'alcoologie, sous pression. Les experts de l'addiction à la boisson tirent la sonnette d'alarme : les rendez-vous sont reportés à un mois et demi, à raison de 30 à 40 patients par semaine, au sein des hôpitaux spécialisés et le service d'aide en ligne « aide-alcool.be » ne connaît pas d'accalmie depuis 1 an. De tous les Belges, ce sont les moins de 30 ans qui ont le plus acheté de boissons alcoolisées chez les détaillants : +74%.*

Monsieur le ministre, avez-vous des chiffres actualisés sur cette surconsommation d'alcool dont parlent les experts? Le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 a été approuvé par l'ensemble des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS en septembre 2011. Il présente un ensemble d'options politiques fondées sur des bases factuelles en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool. Quels sont les domaines d'action visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en Belgique? Cette surconsommation d'alcool par une partie significative de la population risque de créer de gros dégâts de santé publique à long terme. En effet, en temps ordinaire, 10 % de la population entretient un rapport problématique avec l'alcool mais neuf personnes concernées sur dix ne se font pas soigner. Les experts en addiction proposent à nouveau un plan national d'action alcool. Quelle est votre position sur le sujet et quelles initiatives sont envisagées pour lutter contre cette surconsommation et améliorer les aides et prises en charge existantes? Des concertations avec les entités fédérées ont-elles déjà eu lieu dans ce cadre?

14.03 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Monsieur le président, donnez-moi un instant pour retrouver le texte de mes réponses.

Le **président:** Bien entendu, monsieur le ministre. Nous essayons de gagner du temps, mais nous avons conscience qu'il n'est pas évident pour vous de jongler aussi rapidement avec les questions.

Pour rappel, il s'agit ici des questions n° 55017587C et n° 55017922C qui figurent au point 14 de notre ordre du jour.

14.04 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Monsieur Rigot, vous vous référez - me semble-t-il - à l'étude de Pierre Maurage.

14.05 **Hervé Rigot (PS):** C'est exact.

14.06 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Les données de l'étude de M. Maurage liée à la consommation d'alcool au cours du premier confinement de 2020 sont connues de mes services. De son côté, Sciensano a également suivi ce paramètre dans ses enquêtes successives depuis le début de la pandémie. Les résultats de la cinquième enquête sur la santé sous covid-19 ont été publiés en avril.

On y apprend notamment que 73 % des personnes interrogées consomment des boissons alcoolisées et que, parmi elles, 29 % indiquent en consommer moins qu'avant la crise sanitaire, tandis que 19,6 % disent en consommer davantage. C'est dans le groupe d'âge des 35-44 ans que l'augmentation de la consommation d'alcool est la plus fréquente, avec une augmentation chez 29 % des consommateurs de ce groupe. Dans la tranche d'âge des 18-24 ans, par contre, la majorité des jeunes consommateurs (61 %) a

diminué sa consommation d'alcool tandis que peu disent l'avoir augmentée.

Ces données nous montrent donc des impacts très différents de la crise sanitaire en fonction des différents groupes, mais ces données permettent aussi d'identifier clairement qu'elle a généré une consommation problématique chez certaines personnes.

L'accord de gouvernement mentionne que le problème des dépendances (drogues, alcool, etc.) fait également l'objet d'une attention particulière dans le cadre des plans d'action interfédéraux. Ma note de politique générale fait état de ma volonté de préparer une stratégie interfédérale sur la base des travaux de l'OMS et des projets déjà élaborés sous les précédentes législatures.

Concrètement, ce plan devrait être préparé par la Cellule générale de Politique en matière de Drogues (CGPD) et la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique. La prochaine réunion de la Cellule générale aura lieu avant la fin mai - mais nous sommes déjà en juin. Cette réponse date de quelques semaines. Normalement, cette réunion aura eu lieu. Elle a pour objectif de définir les priorités communes du fédéral et des entités fédérées. Nous devrions y voir plus clair quant aux futurs travaux par la suite.

En plus du travail visant à préparer une stratégie globale sur l'alcool, qui ne pourra avoir des effets qu'à relativement long terme, je souhaite pouvoir agir plus rapidement. J'ai en effet bien conscience que la crise sanitaire et ses conséquences ont entraîné des répercussions sur la santé mentale des citoyens. La santé mentale fait partie de mes priorités et j'investis donc pour des soins de qualité les plus accessibles possibles, ambulatoires et de proximité, notamment via le remboursement des consultations chez les psychologues de première ligne.

Par ailleurs, je vais également sensibiliser davantage les médecins généralistes en leur proposant un arsenal de formations visant notamment une détection et une prise en charge plus précoce de la consommation problématique d'alcool.

Enfin, je souhaite également soutenir et sensibiliser davantage le personnel hospitalier à l'identification et au traitement des problèmes d'alcool chez les patients. Ce dispositif a déjà été testé dans huit hôpitaux et est désormais suffisamment stable pour être déployé dans d'autres hôpitaux; ce déploiement est en cours de préparation par les services et donnera lieu à un large appel dans les mois à venir.

J'en viens aux questions de Mme Rohonyi concernant le suivi et aussi son traitement lors des réunions en Comité de concertation. J'ai donné les chiffres sur le suivi, et nous avons en effet abordé les groupes ayant des besoins spécifiques en matière de soins et d'aide en Codeco. Nous avons par exemple décidé que des activités nécessitant une présence physique, dans le cadre de groupes de dix personnes maximum, destinées à des personnes ayant des besoins spécifiques en matière de soins et d'aide, sont autorisées. Ces activités doivent être organisées par des organismes reconnus dans le domaine des soins de santé primaires, des soins de santé préventifs ou des soins de santé mentale, et sont autorisées à condition d'être organisées à l'extérieur dans la mesure du possible. Par exemple, des séances de thérapie familiale en présence de tous les membres d'un ménage, des séances de thérapie de groupe ou des activités supervisées de groupes d'entraide (les Alcooliques Anonymes...). Nous y avons donc réfléchi, nous avons prévu depuis plusieurs semaines, voire plus, des exceptions permettant à ces groupes de s'organiser et de se réunir.

En ce qui concerne l'initiation d'un plan national, comme l'évoque Mme Rohonyi, j'ai déjà mentionné l'accord de gouvernement. Ma note de politique générale indique par ailleurs qu'une stratégie interfédérale doit être préparée sur la base des travaux de l'OMS et des projets déjà élaborés lors des législatures précédentes.

Concrètement, cette préparation doit être faite par la Cellule générale de Politique en matière de Drogues (CGPD) et la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique. La prochaine réunion de la Cellule générale aura lieu dans le courant du mois de mai et a pour objectif de définir les priorités communes du fédéral et des entités fédérées. Nous devrions y voir plus clair quant aux futurs travaux par la suite.

Vous dites: "Quoi qu'il en soit, envisagez-vous de prendre des mesures urgentes à ce sujet?" J'ai bien conscience que la crise sanitaire et ses conséquences ont entraîné des répercussions sur la santé mentale des citoyens. La santé mentale fait partie de mes priorités. C'est pour cette raison que j'ai investi dans des soins de qualité les plus accessibles possibles, ambulatoires et de proximité, notamment via le remboursement des consultations chez les psychologues de première ligne.

Par ailleurs, je vais également sensibiliser davantage les médecins généralistes en leur proposant un arsenal de formations visant notamment une détection et une prise en charge plus précoce de la consommation problématique d'alcool.

Enfin, je souhaite également soutenir et sensibiliser davantage le personnel hospitalier à l'identification et au traitement des problèmes d'alcool chez les patients. Ce dispositif a déjà été testé dans huit hôpitaux, comme je viens de le dire. Le déploiement est prévu.

14.07 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. La problématique de la surconsommation d'alcool est terrible. Elle s'est amplifiée dans de nombreuses situations dans le cadre du stress engendré par le covid. On constate des phénomènes conjoncturels mais il y a aussi une réalité structurelle. Nous avons, en Belgique, une consommation problématique avec jusqu'à 12 litres d'alcool par habitant par an. Il s'agit d'une moyenne haute avec des conséquences sur la santé, des conséquences sociétales pour les surconsommateurs d'alcool. En effet, l'alcool peut engendrer de l'isolement, de la perte de repères, de contacts et des souffrances mentales, morales. Il y a aussi des conséquences économiques directement pour le consommateur qui pourrait être en décrochage en termes d'emploi mais également pour la société évidemment, à cause de ce même décrochage, mais aussi pour plein d'autres raisons, en tout cas avec des conséquences sur notre sécurité sociale.

Dès lors, j'entends avec bonheur qu'effectivement, une première réunion de concertation avec les entités fédérées a eu lieu. C'est important parce que c'est un problème qui doit être pris à bras-le-corps. Vous n'êtes pas le seul aux commandes. C'est un problème qui doit être prioritaire pour l'ensemble des entités concernées. J'ose dès lors espérer qu'un calendrier sera bien vite fixé et que vous pourrez nous indiquer, lors d'une prochaine séance, quel est ce calendrier et quelles sont les priorités fixées au terme de cette concertation.

Je ne manquerai pas de revenir vers vous pour avoir plus de détails maintenant que la réunion a eu lieu.

14.08 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Cette crise sanitaire a eu un effet loupe sur un vrai problème de santé publique: l'alcoolisme ou la consommation problématique d'alcool. Ils se sont accrus pendant le confinement mais risquent encore de s'accroître avec le déconfinement puisque, de manière légitime, nos concitoyens voudront profiter des terrasses, de l'horeca, des sorties entre amis.

Vous avez cité des chiffres qui sont assez éloquentes, même s'il y a des différences selon les tranches d'âge. Ces chiffres ont trait à la consommation problématique d'alcool mais ne disent rien sur les cas de maladies qui en découlent. J'aurais voulu vous entendre davantage sur ce point.

Je suis satisfaite d'entendre que le Codeco a tenu compte de cette problématique et je vous appelle à poursuivre votre attention à ce sujet parce que la fin du couvre-feu ou la levée de l'interdiction de la vente d'alcool dans les *night shops* risquent d'augmenter cette consommation d'alcool, particulièrement auprès des jeunes.

Je suis satisfaite d'entendre votre volonté de travailler rapidement à un plan interfédéral sur l'alcool, notamment au sein de la Conférence interministérielle Santé, même si nous restons sur notre faim en ce qui concerne le calendrier. C'est essentiel pour répondre à cette problématique mais aussi pour répondre à la demande insistante de l'OMS en la matière, à savoir développer des stratégies axées sur la réduction de l'offre et la réduction de la demande.

Je pense à la réglementation stricte de la publicité, du marketing et de l'accès au produit pour les mineurs. Ainsi, on pourrait, par exemple, évaluer la mesure temporaire prise pendant la crise sanitaire de suspendre la vente d'alcool dans les magasins et stations-service du réseau autoroutier, ou encore de baser la différenciation entre les jeunes âgés de moins de 16 ans et ceux âgés de 16 à 18 ans sur la teneur en alcool plutôt que sur le type de produit.

Voici, il me semble, des pistes qui pourraient être creusées par cette conférence interministérielle. Je vous remercie, du reste, pour votre engagement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Questions jointes de

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le risque accru de burn-out des infirmiers" (55017588C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surcharge administrative comme cause de burn-out chez le personnel soignant" (55017729C)
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La détresse émotionnelle du personnel infirmier aggravée par la crise du covid" (55017753C)

15 Samengevoegde vragen van

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het hogere risico op een burn-out bij verpleegkundigen" (55017588C)
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De administratieve overbelasting als oorzaak van een burn-out bij het zorgpersoneel" (55017729C)
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De door de covidpandemie nog verhoogde emotionele stress bij het verplegend personeel" (55017753C)

15.01 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le ministre, nous le savons, la crise sanitaire a exacerbé toutes les difficultés auxquelles se trouvaient déjà confrontés le corps médical de notre pays. Tous les soignants ont été soumis à un stress excessif durant de nombreux mois qui fut cumulé au manque de prise en considération des autorités, décrié quant à lui depuis de nombreuses années.*

S'il y a bien un secteur qui fut particulièrement touché par ce phénomène de stress et d'angoisse extrêmes, c'est celui des soins intensifs dans les hôpitaux.

À ce propos, une récente étude britannique, à laquelle ont répondu 1 135 infirmiers belges aux soins intensifs, nous révèle un chiffre alarmant: la prévalence du burn-out de ces infirmiers était de 68 % durant la première vague! Plus encore, 38 % étaient sujets à un risque d'épuisement émotionnel. Par ailleurs, ce risque a été augmenté par le manque d'équipement de protection individuelle ou par l'impossibilité de se faire tester en début de pandémie, comme le démontre cette même étude mais comme nous l'ont surtout décrié les acteurs de terrain eux-mêmes durant les auditions de la Commission spéciale Covid.

Les conclusions de cette étude sont claires et limpides et s'accompagnent d'une recommandation: deux tiers des infirmiers aux soins intensifs s'étant retrouvés face à un risque de burn-out associé à leurs conditions de travail, il est primordial de surveiller le risque d'épuisement professionnel de façon continue, de prévenir et de gérer ce risque en tenant compte de tous les facteurs l'ayant engendré.

Il est urgent de mettre ce suivi et cette prévention en place, surtout quand l'on sait que seuls 70 % des infirmiers diplômés veulent effectivement exercer ce métier et qu'un infirmier aux soins ne travaille que 5 à 10 ans avant de se réorienter professionnellement.

En conséquence, monsieur le ministre:

- Y a-t-il déjà des mesures de suivi de burn-out en Belgique pour les infirmiers, notamment aux soins intensifs? Dans la négative, comptez-vous mettre en place des actions concrètes pour suivre efficacement les risques d'épuisement professionnels des infirmiers? Dans la positive, lesquelles?
- Des mesures de prévention et de gestion du risque de burn-out existent-elles déjà? Dans l'affirmative, vous semblent-elles suffisantes? Dans la négative, comptez-vous mettre en place de telles mesures et comment?

15.02 Daniel Bacquelaine (MR): *Monsieur le ministre, une enquête réalisée conjointement par Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) et Nuance Communications s'est intéressée aux causes du burn-out chez le personnel soignant en Europe et en Australie.*

Selon cette étude, 82 % des médecins et 72 % des infirmiers interrogés en Europe et en Australie affirment que les obligations administratives associées à la documentation clinique contribuent fortement à la surcharge de travail et au burn-out.

A en croire le rapport, ce problème constitue une expérience quasi universelle dans ce groupe de professionnels. Il est alimenté par différents facteurs, dont en particulier des horaires de travail souvent longs et imprévisibles, une charge administrative importante et un mauvais équilibre entre travail et vie privée.

Le problème ne viendrait pas uniquement d'un excès de travail au sens strict: 77 % des médecins belges et néerlandais interrogés affirment que la charge croissante des obligations paperassières contribue fortement

aux problèmes de burn-out. À l'échelon mondial, cette proportion atteint même 82 %. Des études scientifiques récentes avaient déjà démontré que le surcroît d'administration associé aux dossiers-patients électroniques est fréquemment invoqué pour expliquer les signes d'épuisement professionnel. Il apparaît de plus, que la pandémie du coronavirus a amplifié la surcharge administrative.

Monsieur le ministre, mes questions à ce sujet sont les suivantes:

Un soutien administratif au personnel soignant est-il envisageable? Sous quelles formes?

Des aides telles que des équipes de soutien et formations sont-elles mises en place pour l'utilisation correcte des dossiers médicaux électroniques? Si non, est-ce prévu?

15.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, avant la pandémie Covid-19, selon une étude du KCE (KCE Reports 325B de 2019):*

- un infirmier sur quatre n'était pas satisfait de son travail;*
- 36% étaient même menacés d'épuisement professionnel;*
- 10% envisageaient de quitter la profession*

Après plus d'un an de pandémie et une pression constante, la détresse émotionnelle et psychologique du personnel soignant a atteint son maximum.

- En 2020, l'ULB et l'UCL et la SIZ-Nursing ont publié une étude qui démontre que la charge d'un patient atteint du Covid-19 représente 20% de surcharge par rapport à un autre patient en soins intensifs;

- Cette même étude a montré que 68% du personnel infirmier aujourd'hui est à risque de burn-out et envisage de quitter la profession! Selon une étude du mois de mars 2021 de l'Organisation mondiale de la santé, il pourrait manquer 13 millions d'infirmières et d'infirmiers dans le monde dans les années à venir en raison de la pandémie, qui a encore accru une pénurie déjà existante. Les ressources humaines vont devenir insuffisantes si nous ne réagissons pas très vite. Monsieur le ministre, vous devez rencontrer les fédérations infirmières ce lundi, quel plan d'action allez-vous mettre en place pour soutenir ce personnel soignant?

15.04 Frank Vandenbroucke, ministre: *Monsieur le président, il s'agit de questions importantes. Ma réponse est en partie quelque peu technique mais je vais quand même donner tous les éléments.*

Je comprends que le personnel soignant est à bout. Cela fait seize mois qu'ils sont au front. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle je me bats au sein d'un Comité de concertation pour que des objectifs ambitieux soient fixés, aussi en ce qui concerne l'amélioration de la situation dans les hôpitaux, ce qui, heureusement, est en train de se réaliser.

Madame Rohonyi, je réponds à votre question concernant les services de soins intensifs. Des mesures de soutien spécifiques et supplémentaires ont été mises en place en plus du financement que reçoivent les hôpitaux disposant de lits de soins intensifs, afin de pouvoir financer le nombre de membres du personnel soignant requis par les normes d'agrément auxquelles les fonctions de soins intensifs doivent répondre pour être agréées.

Les hôpitaux ont été financés pour leurs coûts et surcoûts liés aux directives relatives au maintien des capacités supplémentaires dans les soins intensifs et non intensifs, tels que la réservation permanente des lits de soins intensifs agréés pour le traitement des patients covid-19 et la réservation permanente pour le traitement non intensifs des patients covid-19. Comment? Par deux avances d'un milliard d'euros octroyées en 2020.

Sur la base de l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie, ont été fixés par arrêté ministériel du 21 décembre 2020 des montants d'intervention forfaitaires pour financer les soins aux patients covid-19 hospitalisés en unités de soins intensifs, avec une distinction entre les lits de soins intensifs sans assistance respiratoire, avec assistance respiratoire, ou avec oxygénation extra-corporelle par membrane (ECMO).

Ces trois forfaits comprennent l'engagement de personnel d'appui supplémentaire, les coûts salariaux supplémentaires (les gardes, les heures supplémentaires), le coût des accessoires et de l'équipement médical, le matériel de protection individuelle (masques, gants, gel, etc.), les services d'appui (nettoyage, alimentation, stérilisation, etc.) ainsi que l'ajout de 5 % du montant relatif à la part des autres coûts généraux observés lors de la définition des montants des différents forfaits. Cette mesure représente un financement

supplémentaire de 13 427 000 euros.

En outre, dans le cadre des moyens octroyés par le Fonds blouses blanches pour l'année 2020, les hôpitaux ont également eu la possibilité de recruter du personnel supplémentaire (personnel soignant, fonctions de soutien intégrées aux équipes de soin), à savoir le personnel repris dans les normes de personnel de services, fonctions et programmes de soins hospitaliers, ainsi que du personnel de soutien qui aide le personnel soignant pour ces tâches administratives et logistiques, recruté pour faire face à l'épidémie de coronavirus. Les dépenses effectuées via le Fonds pouvaient aussi être destinées à des mesures d'amélioration des conditions de travail du personnel soignant.

De plus, un budget spécifique pour du soutien psychosocial aux travailleurs de l'hôpital a été octroyé aux hôpitaux qui souhaitaient bénéficier de ce budget au moyen d'un contrat qui prévoyait l'engagement ou l'extension du temps de travail de psychologues, psychologues cliniciens ou orthopédagogues cliniciens.

Il était également possible de faire appel à un prestataire de service externe, spécialisé dans le soutien psychosocial, la prévention et la protection au travail. La période couverte par le contrat pouvait débuter entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 2020, pour une durée de douze mois au maximum.

Plus généralement, la Commission de planification de l'offre médicale et, plus particulièrement, le groupe de travail "Infirmiers", travaille en ce moment au développement de scénarios liés à l'évolution de la force de travail. Un premier scénario de base est en cours d'élaboration, laissant la force de travail évoluer sans qu'aucun changement soit apporté à la politique actuelle. Ensuite, le groupe de travail va identifier différents scénarios d'évolution de la profession infirmière pour l'avenir. Au demeurant, une étude est en cours de réalisation, en vue de les déterminer et de les quantifier. À partir d'une connaissance précise du secteur et de son évolution, il sera possible d'envisager des pistes supplémentaires pour valoriser la profession.

Les travaux se poursuivent, et j'attends l'avis de la Commission afin d'organiser une revalorisation concertée de la profession. Les scénarios de base sont attendus pour la fin de l'année, alors que les scénarios alternatifs seront conçus ensuite.

Par ailleurs, monsieur Bacquelaine, l'INAMI cofinance depuis 2015, en partenariat avec les entités fédérées, l'organisation de formations annuelles au recours à des outils e-santé pour la première ligne de soins. Leur but est de faire connaître ces outils disponibles et d'en encourager l'emploi. Dès la première édition, l'accent a été mis sur des formations à la gestion des dossiers électroniques et au partage numérique de données pour les schémas de médication, dans un contexte multidisciplinaire.

Des formations de groupes ont été et sont toujours organisées de même que du *coaching* et des aides techniques individuelles. Celles-ci visent les prestataires extra-hospitaliers, les médecins généralistes, les dentistes, les kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmiers mais aussi, plus récemment, le milieu hospitalier.

Mon cabinet a rencontré les représentants de l'Union Générale des Infirmiers de Belgique le 17 mai 2021. Une discussion constructive a eu lieu. Nous avons rappelé les actions en cours et nous les avons débattues.

En ce qui concerne la problématique générale de l'attractivité de la profession infirmière, un groupe de travail "Attractivité" a été créé avec les partenaires sociaux dans le cadre de la concertation tripartite qui assure la mise en œuvre de l'accord social 2021-2022.

De nombreuses autres questions sont soulevées par les organisations professionnelles et nous y travaillons. Voici mes éléments de réponse aux trois questions.

15.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse circonstanciée. Par contre, je ne sais toujours pas ce qui est prévu quant à la surveillance et au suivi des cas de burn-out. Pour le reste, vous avez annoncé toute une série de mesures, mais je pense que, pour éviter le burn-out des infirmiers en amont, il faut avant tout améliorer leurs conditions de travail et se concerter avec eux. J'entends que c'est ce qui a été fait le 17 mai dernier et je vous en remercie.

Selon moi, il faut également entamer un travail sur la reconnaissance du burn-out en tant que maladie professionnelle ou, à tout le moins, en tant que maladie liée au travail, de même que sur la reconnaissance de la pénibilité du métier. Force est de constater que nous n'y sommes toujours pas. Vous avez cité des

mesures et des groupes de travail pour améliorer l'attractivité du métier, même si je pense que les revendications du secteur sont connues depuis longtemps et sont même constantes.

Dès lors, je m'interroge sur la plus-value de ce groupe de travail. Cela étant une réflexion est toujours la bienvenue, tant qu'elle se fait avec le secteur et au moyen de budgets supplémentaires. Je pense que tout ceci, finalement, ne répondra jamais aux préoccupations des infirmiers si, dans le même temps, vous prenez des mesures qui nient leur travail ou leurs spécificités et ont pour conséquence de dégoûter les infirmiers.

Je pense en particulier à la loi portant délégation d'actes infirmiers à du personnel non qualifié. Ils n'en démordent en effet toujours pas. Je pense aussi au changement de classification de leur profession, qui tend à ne plus reconnaître le métier d'infirmier spécialisé. Je me dois de le dire, monsieur le ministre, car malgré le travail qui est réalisé aujourd'hui, les infirmiers continuent à ressentir un manque de respect et de reconnaissance à leur égard et craignent ainsi pour la sécurité de leurs patients. À force d'être épuisés, ils obligent leurs patients à se faire soigner dans de mauvaises conditions. Je vous invite à poursuivre la concertation avec le secteur. Ce n'est que comme cela qu'on parviendra à rendre leurs conditions de travail plus dignes.

15.06 Daniel Bacquelaine (MR): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse. Je connais évidemment les aides et les soutiens administratifs qui sont apportés, notamment aux médecins généralistes et à certaines professions de santé sur le dossier médical électronique etc. Ce qui m'inquiète est la chose suivante. Quand on interroge les médecins sur les causes du burn-out, 80 % de ceux qui sont en burn-out disent que ce n'est pas du tout le travail consacré aux patients qui les a mis dans cette situation, mais plutôt les obligations paperassières et administratives. C'est un réel problème. Dans le temps global que l'on consacre à un patient, qu'il s'agisse d'un médecin, d'une infirmière ou d'un kiné, peu importe, au fil des années, la proportion entre le temps consacré aux soins proprement dit et le temps consacré aux obligations administratives a complètement changé. Le temps consacré au patient en matière de soins a diminué, tandis que le temps consacré aux obligations administratives a augmenté. Or, j'estime que la qualité des soins devrait aboutir au constat inverse.

Monsieur le ministre, il faut se pencher sur une étude précise du temps consacré aux démarches administratives par les médecins, les infirmiers et les kinésithérapeutes et faire en sorte qu'on ait un plan de réduction de la charge administrative pour que le temps consacré aux soins puisse être augmenté. C'est une des clés d'une attention plus soutenue aux problèmes que rencontre le personnel soignant aujourd'hui.

15.07 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je voulais revenir sur la détresse émotionnelle que le personnel soignant a vécue pendant la période covid, qui a exacerbé leur demande de reconnaissance, même si la partie administrative joue un rôle.

Ils ont été en première ligne et ils ont dû faire face à des cas graves. Ils étaient parfois la dernière personne que le patient voyait car les visites étaient interdites. Tout cela a contribué à les plonger dans une détresse émotionnelle, qui ne s'est pas arrêtée à la première vague. Il y avait un programme de soutien psychosocial mais il s'est arrêté en décembre 2020. Ma question était de savoir s'il pouvait être réactivé car ma grande crainte est qu'après cette période de vaccination, il y ait une sorte de décompression, lors de laquelle le personnel soignant et le management risquent de tomber en burn-out. Il y a un vrai risque en termes de ressources dans les hôpitaux qui ne doit pas être perdu de vue.

Je voulais revenir sur un programme de soutien psychosocial qui pourrait être réactivé de manière assez urgente dans les hôpitaux.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 11.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.11 uur.