

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTEGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE
KANSEN

Mardi

22-03-2022

Après-midi

Dinsdag

22-03-2022

Namiddag

<i>N-VA</i>	<i>Nieuw-Vlaamse Alliantie</i>
<i>Ecolo-Groen</i>	<i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen</i>
<i>PS</i>	<i>Parti Socialiste</i>
<i>VB</i>	<i>Vlaams Belang</i>
<i>MR</i>	<i>Mouvement Réformateur</i>
<i>cd&v</i>	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
<i>PVDA-PTB</i>	<i>Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique</i>
<i>Open Vld</i>	<i>Open Vlaamse Liberalen en Democraten</i>
<i>Vooruit</i>	<i>Vooruit</i>
<i>Les Engagés</i>	<i>Les Engagés</i>
<i>DéFI</i>	<i>Démocrate Fédéraliste Indépendant</i>
<i>INDEP-ONAFH</i>	<i>Indépendant - Onafhankelijk</i>

<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>		<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>	
<i>DOC 55 0000/000</i>	<i>Document parlementaire de la 55^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>	<i>DOC 55 0000/000</i>	<i>Parlementair stuk van de 55^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA</i>	<i>Questions et Réponses écrites</i>	<i>QRVA</i>	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV</i>	<i>Version provisoire du Compte Rendu Intégral</i>	<i>CRIV</i>	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag</i>
<i>CRABV</i>	<i>Compte Rendu Analytique</i>	<i>CRABV</i>	<i>Beknopt Verslag</i>
<i>CRIV</i>	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)</i>	<i>CRIV</i>	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)</i>
<i>PLEN</i>	<i>Séance plénière</i>	<i>PLEN</i>	<i>Plenum</i>
<i>COM</i>	<i>Réunion de commission</i>	<i>COM</i>	<i>Commissievergadering</i>
<i>MOT</i>	<i>Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>	<i>MOT</i>	<i>Moties tot besluit van interpellaties (op beigeleurig papier)</i>

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
e-mail : publications@lachambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

Questions jointes de	1
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin spécifique contre le variant omicron" (55024842C)	1
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouveaux vaccins adaptés aux variants" (55025516C)	1
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins adaptés au variant omicron" (55025789C)	1
- Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins adaptés au variant omicron" (55026362C)	1
- Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins adaptés au variant omicron" (55026366C)	1
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'administration de la quatrième dose de vaccin et son adaptation aux nouveaux variants" (55026381C)	1
Orateurs: Daniel Bacquelaine, Sophie Rohonyi, Thierry Warmoes, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cyberattaques dans le secteur des soins de santé" (55024508C)	6
Orateurs: Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Questions jointes de	7
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'encéphalomyélite myalgique ou le syndrome de fatigue chronique (EM/SFC)" (55024538C)	7
- Kattrin Jadin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le syndrome de fatigue chronique (SFC)" (55024720C)	7
Orateurs: Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	

INHOUD

Samengevoegde vragen van	1
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het specifieke vaccin tegen de omikronvariant" (55024842C)	1
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe vaccins die beschermen tegen virusvarianten" (55025516C)	1
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aan omikron aangepaste vaccins" (55025789C)	1
- Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccins die aan de omikronvariant zijn aangepast" (55026362C)	1
- Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccins die aan de omikronvariant zijn aangepast" (55026366C)	1
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanpassing van de vierde coronaprik aan de nieuwe varianten en de toediening ervan" (55026381C)	1
Spreekers: Daniel Bacquelaine, Sophie Rohonyi, Thierry Warmoes, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De cyberaanvallen in de gezondheidszorgsector" (55024508C)	6
Spreekers: Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Samengevoegde vragen van	7
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Myalgische encefalomyelitis of het chronisch vermoeidheidssyndroom (ME/CVS)" (55024538C)	7
- Kattrin Jadin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het chronische vermoeidheidssyndroom (CVS)" (55024720C)	7
Spreekers: Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	

Question de Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en imagerie médicale" (55024611C) <i>Orateurs:</i> Steven Creyelman, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	9	Vraag van Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bijzondere beroepstitel voor verpleegkundige gespecialiseerd in de medische beeldvorming" (55024611C) <i>Sprekers:</i> Steven Creyelman, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	9
Questions jointes de	10	Samengevoegde vragen van	10
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pratiques illégales de certains tatoueurs" (55024633C)	10	- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De illegale praktijken van sommige tatoeëerders" (55024633C)	10
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pratiques illégales de certains tatoueurs" (55024636C) <i>Orateurs:</i> Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	10	- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De illegale praktijken van bepaalde tatoeëerders" (55024636C) <i>Sprekers:</i> Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	10
Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cancer du poumon chez les femmes" (55024700C) <i>Orateurs:</i> Hervé Rigot, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	11	Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Longkanker bij vrouwen" (55024700C) <i>Sprekers:</i> Hervé Rigot, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	11
Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La myopie" (55024701C) <i>Orateurs:</i> Hervé Rigot, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	13	Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bijziendheid" (55024701C) <i>Sprekers:</i> Hervé Rigot, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	13
Questions jointes de	15	Samengevoegde vragen van	15
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription du zolpidem" (55024702C)	15	- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven van zolpidem" (55024702C)	15
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le zolpidem" (55024982C) <i>Orateurs:</i> Hervé Rigot, Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	15	- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Zolpidem" (55024982C) <i>Sprekers:</i> Hervé Rigot, Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	15
Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les besoins en matière de santé mentale chez les jeunes de 12-18 ans" (55024703C) <i>Orateurs:</i> Hervé Rigot, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	17	Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geestelijkegezondheidszorgnoden bij 12- tot 18-jarigen" (55024703C) <i>Sprekers:</i> Hervé Rigot, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	17
Questions jointes de	18	Samengevoegde vragen van	19

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid Safe Ticket et la stratégie générale de gestion de l'épidémie" (55024924C)	18	- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Covid Safe Ticket en het algemene epidemiebeleid" (55024924C)	19
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prolongation du Certificat numérique européen COVID" (55024939C)	18	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verlenging van het Europees Digitaal Coronacertificaat" (55024939C)	19
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La remise en question du Covid Safe Ticket" (55025012C)	19	- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het betwijfelen van het nut van het Covid Safe Ticket" (55025012C)	19
- Sophie Rohonyi à Annelies Verlinden (Intérieur et Réformes institutionnelles) sur "Le Covid Safe Ticket" (55025102C)	19	- Sophie Rohonyi aan Annelies Verlinden (Binnenlandse Zaken en Institutionele Hervormingen) over "Het Covid Safe Ticket" (55025102C)	19
- Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid Safe Ticket et la politique générale en matière d'épidémie" (55026373C) <i>Orateurs: Sophie Rohonyi, Thierry Warmoes, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	19	- Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Covid Safe Ticket en het algemene epidemiebeleid" (55026373C) <i>Sprekers: Sophie Rohonyi, Thierry Warmoes, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	19
Question de Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie" (55025146C) <i>Orateurs: Ellen Samyn, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	23	Vraag van Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedie" (55025146C) <i>Sprekers: Ellen Samyn, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	23
Question de Daniel Senesael à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'aide médicale d'urgence transfrontalière" (55025265C) <i>Orateurs: Daniel Senesael, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	24	Vraag van Daniel Senesael aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De grensoverschrijdende dringende medische hulp" (55025265C) <i>Sprekers: Daniel Senesael, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	24
Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La grippe saisonnière durant cet automne/hiver" (55025294C) <i>Orateurs: Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	25	Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De seizoensgriep tijdens deze herfst/winter" (55025294C) <i>Sprekers: Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	25
Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La sclérose en plaques et la facture énergétique" (55025297C) <i>Orateurs: Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	27	Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Multiple sclerose en de energiefactuur" (55025297C) <i>Sprekers: Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	27
Questions jointes de	28	Samengevoegde vragen van	28

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le communiqué de presse des organisations étudiantes relatif aux quotas INAMI" (55025300C)	28	- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het persbericht van de studentenorganisaties over de RIZIV-quota" (55025300C)	28
- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fixation de contingents de médecins" (55025429C)	28	- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsencontingentering" (55025429C)	29
- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas de médecins" (55025432C) <i>Orateurs:</i> Sophie Rohonyi, Valerie Van Peel, Barbara Pas , président du groupe VB, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	28	- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55025432C) <i>Sprekers:</i> Sophie Rohonyi, Valerie Van Peel, Barbara Pas , voorzitter van de VB-fractie, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	29
Question de Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un transfert de données entre niveaux fédéral et flamand en vue du contingentement des médecins" (55025349C) <i>Orateurs:</i> Valerie Van Peel, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	32	Vraag van Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een data-overdracht tussen het federale en Vlaamse niveau i.h.k.v. de artsencontingentering" (55025349C) <i>Sprekers:</i> Valerie Van Peel, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	32
Questions jointes de	32	Samengevoegde vragen van	32
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'exécution de l'accord de gouvernement: réforme de l'État et soins de santé" (55025336C)	32	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitvoering van het regeerakkoord: staatshervorming en gezondheidszorg" (55025336C)	32
- Sander Loones à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique asymétrique" (55025465C) <i>Orateurs:</i> Sander Loones, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	32	- Sander Loones aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een asymmetrisch beleid" (55025465C) <i>Sprekers:</i> Sander Loones, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	32
Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prime forfaitaire pour les infirmiers spécialisés en soins périopératoires" (55025405C) <i>Orateurs:</i> Caroline Taquin, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	34	Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De forfaitaire premie voor verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in perioperatieve zorg" (55025405C) <i>Sprekers:</i> Caroline Taquin, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	34
Question de Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH et la stratégie de testing du Royaume-Uni" (55025419C) <i>Orateurs:</i> Karin Jiroflée, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	35	Vraag van Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe hiv-diagnoses en de teststrategie van het VK" (55025419C) <i>Sprekers:</i> Karin Jiroflée, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	35
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé	37	Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en	37

publique) sur "Les objectifs de santé et le déploiement de la stratégie de "Population Management"" (55025251C)

Orateurs: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Volksgezondheid) over "De gezondheidsdoelstellingen en de uitrol van het beleid 'Population Management'" (55025251C)

Sprekers: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 22 MARS 2022

DINSDAG 22 MAART 2022

Après-midi

Namiddag

La séance est ouverte à 14 h 10 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De vergadering wordt geopend om 14.10 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

Le **président**: Chers collègues, Mme Fonck, Mme Merckx et Mme Zanchetta sont excusées. Leurs questions seront reportées.

01 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het specifieke vaccin tegen de omikronvariant" (55024842C)
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe vaccins die beschermen tegen virusvarianten" (55025516C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aan omikron aangepaste vaccins" (55025789C)
- Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccins die aan de omikronvariant zijn aangepast" (55026362C)
- Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccins die aan de omikronvariant zijn aangepast" (55026366C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanpassing van de vierde coronaprik aan de nieuwe varianten en de toediening ervan" (55026381C)

01 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin spécifique contre le variant omicron" (55024842C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouveaux vaccins adaptés aux variants" (55025516C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins adaptés au variant omicron" (55025789C)
- Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins adaptés au variant omicron" (55026362C)
- Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins adaptés au variant omicron" (55026366C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'administration de la quatrième dose de vaccin et son adaptation aux nouveaux variants" (55026381C)

Mevrouw Depoorter is tot 16.00 uur in een andere commissie. Waar mogelijk stelt ze haar vragen uit tot ze hier is. Haar huidige vraag is zonder voorwerp.

01.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, comme nous le savons, la vaccination reste un outil d'une très grande efficacité. Elle protège des formes graves et elle diminue malgré tout la transmission et la contamination. Suite à l'émergence des variants, des entreprises pharmaceutiques se sont lancées dans une course vers des vaccins plus spécifiques. Cependant, peu d'études sont actuellement disponibles sur une éventuelle meilleure efficacité d'autres vaccins. La recherche sur d'autres vaccins est bien sûr une arme efficace que nous devons soutenir.

Ma question a trait aux informations dont vous disposeriez concernant de nouveaux vaccins mieux adaptés aux variants que nous rencontrons aujourd'hui. Où en sont les livraisons du Novavax? Qu'en est-il des vaccins muconasaux? Nous en avons parlé lors des auditions sur la vaccination obligatoire. Je voulais savoir si vous aviez des informations à nous fournir par rapport à ces vaccins.

Lorsque l'on parle de "rappel" en matière de vaccination, on doit bien entendu le mettre en rapport avec la disponibilité de nouveaux vaccins qui seraient plus efficaces contre les variants ou plus spécifiques en termes de voies d'administration.

Le **président**: La question n° 55025789C de Mme Sofie Merckx est sans objet.

01.02 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, la situation épidémiologique récente a permis la levée des dernières mesures sanitaires. On en est tous satisfaits mais il faut rester prudent, en particulier au regard des derniers chiffres qui repartent à la hausse ainsi que de la saisonnalité du virus – qui nous expose à un nouveau rebond possible de l'épidémie à la rentrée de septembre. À ce sujet, tous les experts que nous avons eu l'occasion d'entendre dans le cadre des auditions relatives à la vaccination obligatoire nous l'ont dit: cette épidémie est extrêmement variable, notamment en fonction de l'apparition de nouveaux variants, d'où la nécessité d'avoir des vaccins qui soient constamment adaptés à ces mêmes variants.

À ce sujet, la quatrième dose du vaccin contre le covid-19 est ouverte aux personnes immunodéprimées depuis janvier. C'est évidemment une excellente chose, sauf que cette possibilité de quatrième dose n'a toujours pas été élargie à d'autres catégories de la population. Je pense en particulier aux personnes qui souffrent de comorbidités ou aux personnes âgées, qui ont pourtant toujours bénéficié d'une priorité lors des précédentes campagnes de vaccination.

Il était logique de voir ainsi la *task force* vaccination recommander aujourd'hui la deuxième dose de rappel pour septembre 2022 aux personnes vulnérables, dont les personnes âgées. Les professionnels de la santé et les adultes souffrant de comorbidités pourraient quant à eux recevoir ce rappel dès octobre de cette année. Et enfin, ceux qui le désirent pourraient également en bénéficier, en concertation avec leur médecin.

Une autre possibilité qui a été envisagée par cette *task force* serait de vacciner les plus vulnérables à partir de juillet de cette année. Ces personnes seraient ainsi vaccinées au début de l'été, et l'ensemble de la population adulte suivrait au second semestre.

Monsieur le ministre, quand disposerons-nous d'un calendrier plus précis relatif à l'administration de cette quatrième dose pour le reste de la population, en particulier les personnes âgées et celles qui présentent des comorbidités?

Quels éléments fondent l'éventualité d'une administration de ce vaccin en septembre 2022 ou en juillet 2022 pour les personnes les plus vulnérables? Pourquoi cette quatrième dose est-elle envisagée si tardivement au regard du caractère évolutif de cette épidémie? Est-ce lié au prix du vaccin Pfizer, adapté au variant omicron, qui est particulièrement élevé? La quatrième dose se fera-t-elle avec des vaccins qui seront adaptés au variant omicron ainsi qu'aux futurs variants?

Le gouvernement se positionne-t-il enfin dans le cadre d'une politique structurelle de protection contre le covid-19? Le cas échéant, quelle est la place de l'anticipation dans cette même politique?

01.03 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Sinds november heeft mevrouw Sofie Merckx reeds drie schriftelijke vragen ingediend om de prijs per dosis van de vaccins en de pillen tegen COVID-19 te achterhalen. Op al die vragen weigeren u en staatssecretaris De Bleeker te antwoorden. Door het complete gebrek aan transparantie is het zeer moeilijk om de prijzen te achterhalen. SudPresse deed daar onderzoek naar en beschreef dat – ik citeer: "C'est la croix et la bannière." Niettemin zouden we volgens hun onderzoek

gemiddeld 13 euro per dosis betalen.

Uit de tweet van staatssecretaris De Bleeker van december 2020, waarin ze per ongeluk de prijzen lekte, weten we dat in die periode 12 euro per vaccin van Pfizer/BioNTech werd betaald. Recent werden de federale budgetten bijgesteld en daarbij is er een extra budget vrijgemaakt voor vaccins die aangepast zijn aan de omikronvariant en die enkel door Pfizer/BioNTech worden geproduceerd. Daarbij werd vermeld hoeveel wordt betaald en hoeveel dosissen we daarvoor krijgen. Als we dat omrekenen, gaat het om 19,5 euro per dosis. Dat is 7,5 euro meer dan de prijs die in december 2020 werd betaald, een stijging van 62,5 %.

Die prijsstijging kan niet in een redelijke verhouding staan tot een stijging van de kosten die Pfizer en BioNTech hadden voor het onderzoek, de ontwikkeling en de productie van die specifieke vaccins. We moeten er ook aan herinneren dat het fundamenteel onderzoek naar de mRNA-technologie door publieke onderzoeksinstellingen is gedaan. Voor de ontwikkeling en de productie van het vaccin kregen Pfizer en BioNTech 725 miljoen euro publieke middelen van onder meer Duitsland en de Europese Unie. De belangrijkste investeringen in de ontwikkeling en productie van die vaccins zijn reeds lang gebeurd, want het mRNA-vaccin leent er zich makkelijker toe aangepast te worden dan de andere soorten vaccins. Een prijsstijging van 62,5 % lijkt ons ongeoorloofd.

Hoe kon u instemmen met een levering van de vaccins aan die prijs? Zult u uiteindelijk antwoord geven op de vragen van mevrouw Merckx en de prijs per dosis vrijgeven voor de verschillende vaccins die we in België besteld en toegediend hebben?

Ten slotte, de regering is tot op heden nog altijd niet transparant over de prijzen van die vaccins. Waarom maakt u die prijzen niet bekend, tenzij u dat vandaag wel doet? Zo kunnen landen zich immers sterker opstellen in onderhandelingen met producenten.

01.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Je répondrai tout d'abord aux questions pertinentes de Mme Rohonyi, mais auxquelles mes réponses sont, à ce stade, encore générales. Ensuite, j'en viendrai aux questions plus spécifiques de M. Bacquellaine. Pour terminer, je répondrai à vos questions, monsieur le président.

Madame Rohonyi, il est évident que nous suivons au quotidien l'évolution de la circulation du virus au sein de la population. Si l'actualité y accorde moins d'attention depuis l'allègement des mesures décidées par le Comité de concertation, notre vigilance reste, elle, intacte. Elle doit le rester, il me semble. Nous y reviendrons tout à l'heure dans l'après-midi.

L'augmentation du nombre tant des contaminations que des hospitalisations est un facteur qui doit tous nous préoccuper. La prudence reste de mise. Cela souligne aussi la nécessité d'une bonne préparation. C'est dans ce contexte que la *task force* vaccination a identifié cinq scénarios visant à anticiper toute évolution de l'épidémie en les faisant correspondre aux publics concernés par une nouvelle phase de vaccination, aux lieux d'administration des vaccins et aux types de vaccins utilisés en fonction de la sévérité d'une potentielle nouvelle vague. Je n'entrerai pas dans les détails étant donné que ces cinq scénarios sont à consulter sur le site infocoronavirus.be

Vous constaterez que leur portée va crescendo. La formule la plus optimiste prévoit une nouvelle vaccination des publics les plus fragiles, seulement à la rentrée prochaine. Sa version la plus pessimiste intègre la vaccination ouverte à l'ensemble de la population, dès le mois d'avril. Ce travail de scénarios se veut avant tout un cadre sur l'ampleur et la nature de l'action à entreprendre et n'empêche pas une légère adaptation des timings mentionnés.

Ainsi, dans la version la plus optimiste, il n'est pas à exclure que la vaccination des seniors et des personnes avec comorbidités puisse déjà débiter à la mi-août. Ce n'est pas la façon dont cela a été présenté mais c'est un degré de flexibilité que nous devons avoir en tête. Le seul paramètre qui définira le niveau de notre action est la force d'une éventuelle reprise de l'épidémie. Comme nous en avons fait la démonstration au cours de ces deux dernières années, la gestion de cette épidémie nécessite une importante capacité d'adaptation et ces scénarios ne dérogeront pas à cette règle.

La réflexion de la *task force* intègre bien entendu le recours à des vaccins adaptés à l'évolution du virus tout en faisant preuve de prudence. À ce stade, ils ne sont pas encore disponibles et ce faisant, il est impossible

de définir précisément le moment où nous en disposerons. En l'état actuel des choses, ces nouveaux vaccins ne sont pas attendus avant juillet, comme je vais l'expliquer en réponse aux questions de M. Bacquelaine. Celui-ci m'a demandé quelles étaient les informations dont je disposais en cette matière. Le 25 janvier, Pfizer BioNtech a entamé une étude visant à tester un vaccin spécifique contre le variant omicron auprès de 1 420 adultes de 18 à 55 ans. Cette étude comprend trois groupes dans lesquels seront comparés différents schémas du vaccin Pfizer actuel et du vaccin adapté pour omicron. En fonction des résultats, un vaccin Pfizer adapté pourrait être approuvé dans le courant de ce mois de mars. C'est toujours en suspens. Le 26 janvier, Moderna a également annoncé le début d'une étude de phase 2 avec un booster spécifique à omicron qui sera comparé à un schéma de deux doses initiales du vaccin Moderna chez environ 600 adultes de 18 ans et plus. Là, ce n'est pas encore définitivement clair.

Qu'en est-il des vaccins naso-mucosaux? Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), huit candidats vaccins nasaux sont actuellement à l'étude dans le cadre d'études cliniques dont un vaccin en phase 3 et sept vaccins en phase 1 ou 2.

Les études de phase 1 ou 2 testent d'abord et essentiellement la sûreté et la réponse immunitaire, tandis que l'efficacité pour prévenir une infection par le SARS-CoV-2 est testée au cours de la phase 3. Le vaccin en phase 3 est un vaccin en spray nasal. Il est basé sur un vecteur viral de la grippe. Il est développé par l'université de Hong Kong avec laquelle deux études de phase 3 ont été lancées récemment au Ghana et aux Philippines dont les résultats sont attendus à partir de septembre 2023. Actuellement, aucun vaccin intranasal n'a été soumis pour approbation à l'OMS ou à l'Agence européenne des médicaments (EMA).

M. Bacquelaine et Mme Rohonyi ont posé la question de savoir si les futurs rappels devraient être réalisés avec un vaccin spécifique. Il ressort des études cliniques et des données de terrain qu'un schéma de primo-vaccination et, dans une moindre mesure, une vaccination de rappel offrent une protection moindre contre les infections symptomatiques causées par le variant omicron comparativement au variant delta, et que la protection diminue plus rapidement avec le temps.

L'efficacité d'un vaccin de rappel contre l'hospitalisation ou le décès résultant d'une infection au variant omicron reste néanmoins élevée, même si elle diminue légèrement avec le temps pour ce qui concerne l'hospitalisation. Je ne donnerai pas ici tous les détails. Mais, comme vous le savez, Sciensano a publié des états des lieux et des études en la matière.

Enfin, la nécessité ou non de recourir à des boosters spécifiques par variant dépend de données supplémentaires sur l'efficacité à long terme des vaccins actuels contre le variant omicron et de l'apparition ou non de nouveaux variants à l'avenir. Il serait donc un peu prématuré de se prononcer définitivement. Si on considère les cinq scénarios qui ont été proposés par la *task force*, il est possible que l'on se serve des vaccins existants. Mais, pour l'instant, on n'est certain de rien. On est dans l'attente des autorisations pour les vaccins contre les variants et d'études cliniques plus étoffées. On suit évidemment aussi tout ce qui peut être observé sur l'impact et la durée de l'impact des vaccins existants sur le variant omicron.

Mijnheer Warmoes, u stelde een ander type vraag. Mevrouw Merckx heeft mij al enkele keren schriftelijk informatie gevraagd over de prijs per type vaccin. Sta mij toe eerst op te merken dat contracten voor de nieuwe vaccins Europees worden onderhandeld. De lidstaten worden geïnformeerd over het verloop van de onderhandelingen tijdens onze stuurgroep, de zogenaamde steering board, in het kader van de Europese vaccinatieaankopen. Met inachtneming van de contractuele voorwaarden en de wetenschappelijke gegevens over de vaccins en de epidemiologische situatie besluiten verschillende deskundigen en administraties of een aankoop al dan niet opportuun is. Een dergelijk voorstel of advies wordt daarna voorgelegd aan de interministeriële conferentie van de ministers van Volksgezondheid, die uiteindelijk de beslissing neemt. Wanneer wij dus beslissen, was dat altijd een gezamenlijke beslissing van alle ministers van Volksgezondheid in de interministeriële conferentie.

Ik hoef u er niet aan te herinneren dat wij voor de afname van de vaccins systematisch hebben deelgenomen aan de Europese contracten, dat er ter zake een geheimhoudingsplicht van toepassing is en dat ik dus niet kan communiceren over de prijszetting van de vaccins.

Alle lidstaten zijn confidentieel op de hoogte van de prijzen. Het is met andere woorden niet nodig die prijzen publiek te maken, opdat collega-ministers van Volksgezondheid in andere landen ze ook zouden weten. Iedereen heeft toegang tot dezelfde confidentiële informatie.

01.05 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Je tiens à faire une remarque complémentaire par rapport aux études en cours chez Pfizer ou Moderna sur le vaccin visant spécifiquement omicron. Si les conclusions nous parviennent en mars ou en avril, il faudra, en fonction des résultats, procéder aux commandes. Je suppose que cela se fera dans un marché européen. Il faudra faire en sorte que la Belgique puisse disposer des quantités suffisantes de vaccins, à partir du moment où ils auraient une réelle plus-value par rapport aux vaccins actuels.

01.06 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse ainsi que pour avoir rappelé l'importance de rester vigilants, et, par conséquent, d'être bien préparés. Cela implique d'avoir les différents scénarios possibles à notre disposition, en fonction de la sévérité d'une nouvelle potentielle vague. C'est en ce sens qu'a travaillé la *task force* vaccination.

C'est bien évidemment extrêmement positif, surtout au regard de l'inquiétude récente qui a été exprimée, tant par M. Facon que par Mme Vlieghe, qui appelaient à avoir un planning prospectif. Mais ce planning doit, par ailleurs, être lisible.

Or, je suis allée voir l'avis de la *task force* en question. Ces scénarios reprennent les publics cibles et les lieux de vaccination. Mais je me demande à quoi correspondent ces scénarios. Allons-nous nous baser sur votre baromètre? Considérez-vous que votre baromètre est suffisamment flexible – vous avez parlé de flexibilité – pour pouvoir tenir compte de nouveaux variants? Ceux-ci pourraient nous affecter de manière différente qu'omicron ou que les précédents variants, qui touchaient plus les personnes âgées et les personnes vulnérables. À l'avenir, les variants pourraient, par exemple, davantage cibler les publics plus jeunes.

Je pense qu'à côté de ces scénarios, il importe d'avoir une cohérence dans la suite de notre stratégie de vaccination, de dire clairement les choses aux gens, pourquoi il faut une dose de rappel précisément, en particulier avant l'automne, avant un pic de l'épidémie, un peu comme on le fait pour la grippe. Il est très important, pour la bonne compréhension et pour l'adhésion à la mesure de la vaccination, d'expliquer pourquoi cette dose de rappel est nécessaire. D'ailleurs, l'avis de la *task force* vaccination commence par dire qu'à ce jour, aucune donnée scientifique n'établit la nécessité d'administrer une deuxième dose de rappel à la population totale, ou aux groupes plus vulnérables. Si demain, cette dose de rappel venait à être élargie, nous devons expliquer pourquoi, avec des arguments scientifiquement fondés.

En outre, il convient d'avoir une stratégie de pré-commandes au niveau européen pour les nouveaux vaccins, dont nous ne disposons pas aujourd'hui. Ils pourraient être extrêmement précieux dans notre campagne de vaccination, précisément parce qu'ils se fondent sur une autre technologie que l'ARN messenger. Je pense en particulier au vaccin produit par le laboratoire franco-autrichien Valneva qui se fonde sur la technologie plus classique du virus inactivé pouvant susciter l'adhésion des personnes qui ne sont pas nécessairement antivax mais qui n'adhèrent pas à la technologie de l'ARN messenger. On doit pouvoir anticiper les choses et opérer des pré-commandes au niveau européen.

01.07 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik was een beetje verrast door de korthed van uw antwoord. Ik weet nu iets beter hoe de procedure in mekaar zit. Ook is duidelijk dat alle ministers van Volksgezondheid die dit land rijk is, deelnemen aan de beslissing.

Ik vind het wel jammer dat u de informatie over de prijs niet vrij wilt geven. Het is een kwestie van transparantie. De onredelijke prijzen zijn het gevolg van de monopoliepraktijken van Pfizer, BioNTech en Moderna. Ik wil er toch nog eens op wijzen dat de basis voor die mRNA-vaccins is gelegd door 725 miljoen euro aan publieke middelen.

Zuid-Afrika, dat de omikronvariant ontdekt heeft, terwijl die waarschijnlijk niet uit dat land afkomstig is, heeft onmiddellijk alle kennis over de variant ter beschikking gesteld. Daarvan werd ook gretig gebruikgemaakt door Pfizer om aan het vaccin te werken. Zuid-Afrika is daarvoor dan nog eens afgestraft ook door een blokkering van het luchtverkeer. Het is een beetje schrijnend dat wetenschappers uit een land als Zuid-Afrika wel hun kennis delen, zodat die gebruikt kon worden voor het vaccin, terwijl het land afgestraft wordt. Dat is een vrij perverse dynamiek.

Wij hebben hier een voorstel ingediend, dat weggestemd werd omdat de regering ook niet wil dat de patenten gedeeld worden.

U hebt zich niet uitgesproken over de prijzen die ik vermeld heb, noch over de prijs die Sudpresse gaf, noch over de prijs die wij berekend hebben, van 19,5 euro per dosis, wat een stijging van 62,5 % betekent. Ik ga er dan van uit dat die informatie juist is.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cyberattaques dans le secteur des soins de santé" (55024508C)

02 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De cyberaanvallen in de gezondheidszorgsector" (55024508C)

02.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, le nombre de cyberattaques contre des entreprises belges a augmenté de 81 % l'année dernière, selon les chiffres publiés par Check Point, une entreprise israélienne qui développe des logiciels de sécurité. Les organisations du secteur des soins de santé ont enregistré deux fois plus d'attaques informatiques.

Selon les chercheurs de Check Point, une entreprise ou une organisation en Belgique a subi une moyenne de 643 attaques par semaine en 2021. Les organisations du secteur des soins de santé ont été particulièrement ciblées avec, en moyenne, 1507 cyberattaques par semaine, en hausse de 124 % en comparaison avec 2020.

Monsieur le ministre, une analyse précise des cyberattaques dans le secteur des soins de santé en Belgique a-t-elle été réalisée? D'où proviennent ces cyberattaques et quelles en sont les conséquences, notamment concernant les données médicales des patients? Quels sont aujourd'hui les outils dont nous disposons pour lutter efficacement contre le risque de cyberattaques dans le secteur des soins de santé? Qu'en est-il au niveau des hôpitaux? Ces outils sont-ils suffisants? Sont-ils amenés à être renforcés au vu des chiffres impressionnants de 2021?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, il est vrai que nous sommes actuellement confrontés, dans le secteur des soins de santé, comme beaucoup d'autres secteurs, à des cyberattaques.

L'analyse de l'origine de ces attaques n'est pas du ressort de mon administration, mais davantage du Centre pour la cybersécurité en Belgique. Par ailleurs, certains dossiers peuvent encore faire l'objet d'une instruction judiciaire, et nous n'avons pas accès à ces dossiers. La digitalisation et les incidents de sécurité incitent, cependant, les institutions publiques à apporter leur soutien aux hôpitaux. Le domaine de la cybersécurité ne cesse d'évoluer. Aucune organisation ni individu n'est à l'abri. Il importe donc de sensibiliser et de conscientiser les différents acteurs que la menace est partout.

La plateforme eHealth offre une architecture de base. Des normes, spécifications et standards sont disponibles gratuitement et sont publiés. Ce sont des services que tous les acteurs des soins de santé et leurs prestataires de services ICT peuvent utiliser gratuitement pour développer des services en ligne ou pour ouvrir des sources authentiques validées.

La plateforme eHealth ne gère pas elle-même une infrastructure réseaux spécifique et le développement d'applications demeure sous la responsabilité des acteurs des soins de santé ou des prestataires de services ICT de leur choix. Des mesures préventives doivent être prises pour contrer les attaques et les outils doivent être mis en place par les hôpitaux pour détecter et réagir en cas d'incident.

Lors d'attaques, les institutions doivent être prêtes à réagir rapidement. Le *Incident Response Plan* pour les incidents de cybersécurité fait partie du plan d'urgence hospitalier. Des outils tels que des listes de contrôle sont disponibles sous forme de documents, de vidéos pour aider les organismes attaqués à faire face, sans oublier l'étape de reprise de l'activité.

Certains hôpitaux, malheureusement victimes de cyberattaques, ont accepté de partager leur expérience et les leçons apprises, les conséquences tant sur le plan humain que médical, financier et technique ainsi que la façon dont ils ont géré la crise lors de l'attaque. Les points d'attention ont été mis en avant allant de solutions techniques concernant les connexions des hôpitaux tant en interne que vers l'extérieur, à de

bonnes pratiques préventives, comme l'utilisation de logiciels pour permettre d'identifier l'exposition aux risques vis-à-vis de potentielles attaques, à la prise de connaissance et de conscience que la sécurité doit primer.

Une liste des normes minimales et des directives de mise en œuvre a été élaborée pour les institutions dans le secteur de la santé, inspirées de l'ISO 27 000. Ces normes ont pour objectif de renforcer les règles de sécurité et les moyens de les contrôler afin d'accroître le niveau de sécurité globale de toutes les institutions. Mais il s'agit d'un processus continu. Des efforts additionnels sont donc nécessaires. La sensibilisation et la prise de conscience, la gestion du changement de politique de sécurité, la formation du personnel, un réseau de partage de connaissances et d'expériences, des systèmes de collaboration entre hôpitaux, des investissements dans le matériel médical et informatique, tout cela constitue de nombreux défis.

Le domaine de la cybersécurité est en constante évolution et oblige les organisations à être vigilantes en permanence et à se préparer. Les mesures préventives, quand elles existent, ne sont parfois pas suffisantes. Des tests d'intrusion doivent être réalisés et un monitoring 7/7 jours et 24/24 heures permet d'anticiper les cyberattaques.

Des plans d'urgence doivent être déployés avec des équipes spécialisées. À ces difficultés s'ajoute également celle de l'embauche de personnel doté d'une expertise en cybersécurité. Un budget de 20 millions a été débloqué pour poursuivre les initiatives prises et en lancer de nouvelles afin de soutenir les institutions hospitalières. Il leur est actuellement demandé de participer à l'évaluation de leur niveau de maturité par rapport aux normes minimales définies.

Il s'agit donc d'un vaste chantier, monsieur Prévot, mais le soutien budgétaire est important à cette fin. De plus, le cadre de la politique à mener a été bien défini. Par ailleurs, le terrain fait preuve de beaucoup de bonne volonté. Évidemment, comme vous le dites, le risque est bien présent.

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

En effet, l'analyse précise et pointue ressortit au Centre de cybersécurité. Il reste, comme vous l'avez rappelé, que le secteur des soins de santé est quotidiennement confronté à des cyberattaques. La numérisation accrue invite évidemment à davantage de vigilance.

Je vous remercie de nous avoir communiqué un instantané de la situation. Nous observons que votre politique est volontariste en la matière, en vue d'éviter de telles cyberattaques qui, dans le secteur des soins de santé, peuvent entraîner des conséquences telles que la récupération ou la divulgation de données médicales des patients. En tout cas, j'entends que des budgets sont débloqués et que la vigilance est de mise. C'est, bien sûr, de nature à me rassurer.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Samengevoegde vragen van

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Myalgische encefalomyelitis of het chronisch vermoeidheidssyndroom (ME/CVS)" (55024538C)

- Katrin Jadin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)" (55024720C)

03 Questions jointes de

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'encéphalomyélite myalgique ou le syndrome de fatigue chronique (EM/SFC)" (55024538C)

- Katrin Jadin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le syndrome de fatigue chronique (SFC)" (55024720C)

De **voorzitter**: Mevrouw Jadin is niet aanwezig, haar vraag vervalt.

03.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, in 2015 keurde de Kamer unaniem een resolutie goed waarin werd gevraagd om verbetering van de diagnosestelling en van de opvang van mensen met het chronisch vermoeidheidssyndroom. Ik zou graag van u weten wat de stand van zaken is met betrekking tot de uitvoering van deze resolutie.

Welke zaken zijn al geïmplementeerd of zullen nog worden geïmplementeerd? Hebt u hierover ook een plan van aanpak? Wat is het tijdsverloop dat u daarop plakt?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer De Caluwé, u hebt gelijk. De resolutie die de Kamer heeft aangenomen in 2015 over de verbetering van de diagnose en de opvang van mensen met het chronisch vermoeidheidssyndroom, bevatte heel wat verschillende aanbevelingen. Veel van die aanbevelingen behoren tot de bevoegdheden van de deelstaten.

Van de reeks aanbevelingen behoren vooral de volgende tot mijn bevoegdheden. Ten eerste, aan het federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg de opdracht geven om alle bestaande studies te evalueren en wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen te formuleren over de aanpak van CVS. Ten tweede, werk maken van de registratie van allerlei gegevens door de bestaande diagnostische centra voor CVS en ook een evaluatie realiseren van deze diagnostische centra. Ten derde, erop toezien dat de diagnosestelling steeds gebeurt door een multidisciplinair team en dat er in de diagnose voldoende onderscheid wordt gemaakt met fibromyalgie. Ten vierde, richtlijnen formuleren voor de controlerende en adviserende artsen en in mogelijkheden voorzien voor een gedeeltelijke werkhervatting.

Wat de eerste aanbeveling betreft, de vraag dat het KCE een studie zou verrichten van CVS, zou ik er toch aan willen herinneren dat het KCE al in 2008 samen met de Hoge Gezondheidsraad aanbevelingen heeft opgesteld voor het ontwikkelen van een adequaat therapeutisch aanbod voor CVS. In 2020 heeft de Hoge Gezondheidsraad opnieuw een balans opgemaakt van de huidige kennis over deze ziekte, haar definitie, haar etiopathogenese, haar diagnostiek en aanbevolen interventie. De Hoge Gezondheidsraad heeft ook nagegaan hoe in België de zorgverlening aan deze patiënten kan worden verbeterd. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad kan worden geraadpleegd op de website van de FOD Volksgezondheid. Het belasten van het KCE met een nieuwe studie rond CVS lijkt op dit ogenblik dus niet zo zinvol, rekening houdend met de huidige prioriteitenlijst voor het KCE.

De tweede aanbeveling in de resolutie is de registratie van gegevens door de bestaande diagnostische centra voor CVS en het realiseren van een evaluatie van deze diagnostische centra. Deze registratie en evaluatie waren van meet af aan voorzien in de RIZIV-overeenkomst die sinds 2014 de werking en financiering regelt van de geconventioneerde, multidisciplinaire diagnostische centra voor CVS. Het evaluatierapport dat in 2018 is opgemaakt, kan geraadpleegd worden op de website van het RIZIV. Uit dat evaluatierapport zijn voorzichtig positieve resultaten naar voren gekomen. U kan het zelf lezen en er uw eigen conclusie uit trekken.

De derde aanbeveling is erop toezien dat de diagnostische stelling steeds gebeurt door een multidisciplinair team en dat er in de diagnose voldoende onderscheid wordt gemaakt met fibromyalgie. Door de RIZIV-overeenkomst die sinds 2014 de werking en financiering regelt van de geconventioneerde, multidisciplinaire diagnostische centra voor CVS is een diagnose door een gespecialiseerd multidisciplinair team in ieder geval mogelijk. Bij die diagnose wordt er rekening mee gehouden dat er voor de symptomen waarmee de patiënten kampen uiteenlopende oorzaken kunnen zijn en wordt er dus ook gezocht naar eventuele biomedische verklaringen waarvoor een gepaste behandeling kan worden ingesteld.

Een deel van de patiënten die lijden aan het chronisch vermoeidheidssyndroom kan door cognitieve gedragstherapie leren om beter met hun ziekte om te gaan. Als patiënten daarin slagen, kan dat ook een mildering van hun klachten en een betere professionele integratie of re-integratie met zich meebrengen, zonder dat er sprake is van een definitieve genezing.

Op dit moment heeft alleen het UZ Leuven de RIZIV-overeenkomst over de diagnose en behandeling van CVS afgesloten.

Dat is meteen ook de essentie op de vraag van mevrouw Jadin, met name hoe komt het dat er in Franstalig België geen centra zijn. Er zijn gewoon geen kandidaten geweest.

De heer De Caluwé had ook nog een vraag over de vierde aanbeveling van de resolutie, meer bepaald richtlijnen formuleren voor de controlerende en adviserende artsen en in mogelijkheden voorzien voor een gedeeltelijke werkhervatting. De voorbije jaren is al heel wat aandacht besteed aan de vraag hoe de adviserende artsen het best kunnen omgaan met patiënten die kampen met CVS of andere aandoeningen waarvoor er geen biomedische verklaring kan worden gevonden. De mogelijkheden die al heel wat jaren

bestaan voor zieken om het werk gedeeltelijk te hervatten kunnen zeker ook door CVS-patiënten worden gebruikt.

03.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord.

Patiënten met CVS hebben een reeks symptomen waarvoor een aantal behandelingen bestaan, maar door de complexiteit van de ziekte wordt echter nog vaak beweerd dat die patiënten niet echt ziek zijn, maar psychische problemen hebben. Dat leidt vaak tot een negatieve connotatie. Nochtans wordt CVS wereldwijd beschouwd als een serieuze aandoening die verregaande gevolgen voor de patiënt heeft.

Bij de bespreking van de resolutie in 2015 werd uitgegaan van 20.000 tot 25.000 patiënten. Dat kost de overheid veel geld, maar nog veel erger is dat het ook de patiënt veel geld kost en vooral veel leed. Het vergroten van de kennis over de problematiek is dan ook uitermate belangrijk.

U geeft terecht aan dat heel wat verantwoordelijkheid ook bij de regio's ligt. Wij zullen de regionale collega's daarover zeker bevragen. Ik ben wel blij met de blijvende aandacht die u aan deze problematiek besteedt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bijzondere beroepstitel voor verpleegkundige gespecialiseerd in de medische beeldvorming" (55024611C)

04 Question de Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en imagerie médicale" (55024611C)

04.01 Steven Creyelman (VB): *Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in het verpleegkundig beroep zijn er al enkele jaren erkende bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden. Recent werd eveneens de IFIC-loonschaal ingevoerd. In deze kwestie zijn er enkele 'bijzonderheden' te bespeuren.*

Op 27 september 2006 verscheen er een KB waarin elf verpleegkundige beroepstitels en zes beroepsbekwaamheden worden vernoemd. Gaandeweg kregen de desbetreffende verpleegkundigen via een MB een jaarlijkse geïndexeerde premie van om en bij de 3.600 euro. Elke behandelde specialiteit kreeg op deze manier zijn erkenning, behalve verpleegkundigen gespecialiseerd in de medische beeldvorming. Waarom is niet echt duidelijk, maar het gevolg is wel dat andere beroepstitels een hogere IFIC-score (15) hebben tegenover de verpleegkundigen gespecialiseerd in de medische beeldvorming (14).

Recent communiceerde de minister hieromtrent dat de beroepstitels in de nieuwe IFIC-loonschalen wat over het hoofd waren gezien en deze zodoende - met terugwerkende kracht tot 1 januari 2022 - een premie van 2.500 euro per jaar zouden ontvangen.

Tot op de dag van vandaag is er met de beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de medische beeldvorming echter weinig of niets gebeurd en heeft deze groep door een gebrek aan MB ter zake nog geen uitkering van voornoemde premie voor beroepstitels mogen genieten.

Begin 2021 werd echter bekend gemaakt dat de beroepsgroep in kwestie bij de zeven functies zat die prioritair zouden worden herwogen om in juni 2021 een hogere IFIC-score te bekomen. Vreemd genoeg werd op het moment van de waarheid voor deze groep een uitstel van de herweging naar 2025 doorgevoerd.

Van de minister vernam ik graag het volgende:

Blijft het tijdstip van de herweging (2025) gehandhaafd?

Zullen verpleegkundigen gespecialiseerd in de medische beeldvorming hun erkenning met de bijbehorende premie überhaupt krijgen?

Indien zo, zal dit met terugwerkende kracht gebeuren?

Zal de minister tegemoet komen aan de verzuchtingen van de groep in kwestie en wat is desgevallend de tijdlijn hiervoor?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, de vraag betreft dus de bijzondere beroepstitel verpleegkundige gespecialiseerd in de medische beeldvorming. Er bestaan twee soorten professionelen in medische beeldvorming: de verpleegkundigen medische beeldvorming en de technologen medische beeldvorming. Vanuit het perspectief van IFIC zijn dat functies die nogal gelijkaardig kunnen worden behandeld. Daarom zijn ze bij de opmaak van IFIC onder dezelfde functie ondergebracht, met een dubbele titel: 'verpleegkundige/technoloog medische beeldvorming'.

Bij een eerste onderhoudsprocedure van IFIC werd de functieomschrijving in 2018 herbekeken, na meerdere beroepen waarbij werd aangegeven dat de functieomschrijving niet voldeed. Daarop organiseerde IFIC hoorzittingen met de betrokkenen en de sector, en deed zij ook een juridisch nazicht op grond van de vigerende reglementering. Dat deed IFIC ook voor verschillende andere functies. Op basis van onderzoek werd in 2021 vastgesteld dat voor de functiebeschrijving van de verpleegkundige/technoloog medische beeldvorming weinig wijzigingen noodzakelijk bleken. Het onderzoek gaf ook niet aan dat het noodzakelijk bleek de functie te herwegen. De verpleegkundige/technoloog medische beeldvorming werd in dezelfde categorie behouden.

De beroepsvereniging van de verpleegkundigen medische beeldvorming heeft echter aangegeven dat zij een afgescheiden functie wenst voor de verpleegkundigen. Daarom voorziet IFIC in een nieuw onderhoud ten gronde in 2025.

Momenteel bestaan er elf bijzondere beroepstitels en zes bijzondere beroepsbekwaamheden, waarvan er tien erkenningscriteria zijn. De specialisatie medische beeldvorming is dus niet de enige specialisatie waarvoor geen erkenningscriteria gelden. Bovendien is de in 2010 ingevoerde premie voor de bijzondere beroepstitels en beroepsbekwaamheden, die ondertussen in IFIC is geïntegreerd, alleen maar toegekend aan de verpleegkundigen die erkend zijn voor een titel of bekwaamheid en daadwerkelijk meewerken in een erkende afdeling, functie of een erkend zorgprogramma dat ook in deze specialisatie voorziet.

De normen van de afdeling medische beeldvorming voorzien niet in de aanwezigheid van een verpleegkundige die gespecialiseerd is in medische beeldvorming.

De bevoegdheden inzake normen van ziekenhuisdiensten behoren tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen en Gewesten. Ik kan in die normeringkwestie dus ook geen verandering brengen. Dat is een belangrijke contrainte bij het beantwoorden van uw vraag.

04.03 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de minister, ik noteer dat de tijdlijn van 2025 voor de herweging gehanteerd blijft. Ik moet echter toch vaststellen dat de groep in kwestie altijd wat over het hoofd gezien wordt wanneer het gaat over de verloning. De IFIC-score, die nu potentieel wordt herwogen in 2025, houdt ook geen premie in wat hun titel betreft. Nochtans hebben zij ook in de frontlijn gestaan bij het bestrijden van de pandemie. Ik moet u er ongetwijfeld niet van overtuigen dat medische beeldvorming wel belangrijk is bij het stellen van een correcte diagnose.

Ik kan dus alleen maar hopen dat ze in 2025 eindelijk de erkenning zullen krijgen waarop ze reeds een tijdje wachten en waarop ze ook recht hebben.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Questions jointes de

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pratiques illégales de certains tatoueurs" (55024633C)

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pratiques illégales de certains tatoueurs" (55024636C)

05 Samengevoegde vragen van

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De illegale praktijken van sommige tatoeëerders" (55024633C)

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De illegale praktijken van bepaalde tatoeëerders" (55024636C)

05.01 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le président, je ne ferai qu'une seule intervention pour ces deux

questions déposées.

Monsieur le ministre, l'arrêté royal du 25 novembre 2005 contient un certain nombre de critères concernant la formation, l'hygiène et les infrastructures requises pour exercer la profession de tatoueur. Pourtant, il me revient aujourd'hui que des professionnels étrangers viennent exercer sur notre territoire, parfois sans formation, sans numéro de TVA et avec des encres douteuses. Certains quittent ensuite le territoire pour retourner dans leur pays d'origine en ayant nui fortement à la santé des consommateurs et à la profession dans son ensemble.

Comme nous en avons déjà discuté lors de votre note de politique générale, je sais que le sujet vous préoccupe. Lors d'une précédente question orale que je vous ai posée fin 2020, vous disiez d'ailleurs que l'arrêté royal datant de 2005 était probablement obsolète et méritait une actualisation. Vous proposiez ainsi que le Conseil Supérieur de la Santé rende un avis global actualisé sur cette thématique.

Monsieur le ministre, avez-vous reçu des plaintes de représentants de tatoueurs concernant les pratiques illégales exercées par certains praticiens, notamment étrangers? Un nouvel avis a-t-il été demandé au Conseil Supérieur de la Santé concernant la profession de tatoueurs et, si oui, pour quand est-il attendu?

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, comme vous l'indiquez, la profession de tatoueur est réglementée au niveau de la santé publique par l'arrêté royal du 25 novembre 2005, qui contient un certain nombre de critères concernant la formation, l'hygiène et les infrastructures requises pour exercer cette profession. La mise en œuvre de cet arrêté nécessite en effet de rendre ces obligations plus contraignantes et de prendre des mesures d'exécution.

Le contrôle des salons de tatouage nécessite également une coopération entre plusieurs administrations, car il s'agit de vérifier la qualité des produits utilisés, mais également, dans certains cas, le respect de la législation fiscale ou sociale. Par ailleurs, la formation des professionnels est effectuée par les entités fédérées et, les tatoueurs n'étant pas des professionnels de la santé, le régime qui leur est applicable relève de la compétence du ministre de l'Économie et de la secrétaire d'État à la Protection des consommateurs.

Avant de demander un avis au Conseil Supérieur de la Santé qui pourra certainement identifier les points d'attention et les priorités en termes de risques pour la population qui est de plus en plus nombreuse à faire appel à ce type de prestation, je souhaite mettre en place une procédure efficace d'agrément et de contrôle des professionnels. J'attends des propositions de mon administration à cet égard en concertation avec les différentes administrations et autres niveaux de pouvoir concernés.

Mon administration a reçu quelques plaintes ponctuelles qu'elle traite avec diligence et en collaboration avec l'administration en charge du contrôle des produits et, le cas échéant, le concours des services de police pour ce qui concerne les infractions fiscales et sociales.

J'ai été alerté par des représentants de tatoueurs au sujet de pratiques illégales exercées par certains praticiens, notamment étrangers. Mais il est très complexe de mener des politiques de contrôle de grande envergure, car, comme vous le soulignez, quand il s'agit de professionnels étrangers venant exercer sur notre territoire parfois sans numéro de TVA et pour un très court laps de temps, la détection est très difficile. C'est pourquoi il faut, à mon sens, renforcer les exigences existantes et mieux informer les clients qui font appel à ces professionnels.

Je ne manquerai pas de vous tenir au courant de l'évolution de ce dossier.

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

C'est effectivement une de mes marottes. J'entends que la mise en œuvre nécessite la prise de mesures d'exécution.

J'entends que vous êtes en contact avec le secteur, mais je peux vous dire que celles et ceux qui travaillent correctement en ont ras-le-bol qu'on jette l'opprobre sur l'ensemble de la profession à cause de quelques-uns qui font tout et surtout n'importe quoi, et réclament une actualisation de la législation pour éviter ces pratiques illégales. Effectivement, quand il s'agit de praticiens étrangers qui retournent dans leur pays, la difficulté est double. Mais il faut pouvoir les stopper.

Un autre problème qui est également régulièrement mis sur la table par ces praticiens est celui de la formation. En effet, aujourd'hui, si vous le souhaitez, vous pouvez devenir tatoueur, monsieur le ministre, moyennant une visite de l'AFSCA. Un réel souci se pose à ce niveau. Les praticiens souhaiteraient donc que l'on s'attaque aussi à ce volet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cancer du poumon chez les femmes" (55024700C)

06 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Longkanker bij vrouwen" (55024700C)

06.01 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, une étude inquiétante menée en France a mis en évidence que les nouveaux cas de cancer du poumon avaient frappé les femmes dans 34 % des cas en 2020, alors que le taux s'élevait à 18 % en 2018. On constate une augmentation fulgurante du nombre de dépistages du cancer du poumon chez les femmes. Alors que la proportion de cette maladie tend à diminuer chez les hommes, c'est le phénomène inverse qui apparaît chez les femmes.

De plus, le tabagisme masculin a fortement chuté. Or, selon l'étude de *Santé publique France*, parue en 2017, près de 24 % des femmes de 18 à 75 ans déclaraient fumer tous les jours, contre 30 % des hommes.

Monsieur le ministre, qu'en est-il des chiffres en Belgique concernant le cancer du poumon chez les femmes? Connaissions-nous également la même augmentation inquiétante qu'en France? Quelles en sont les raisons? Le tabac est-il également la première cause de cancer du poumon chez les femmes? Quelles stratégies peut-on déployer pour limiter le nombre de cancers du poumon et éviter que cela ne devienne, comme aux États-Unis, le cancer le plus mortel pour les femmes?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Rigot, les chiffres relatifs au cancer du poumon chez les femmes en Belgique sont disponibles dans les rapports de la Fondation Registre du Cancer. Il en ressort qu'en 2016, c'était le troisième cancer le plus commun chez les femmes. Il se manifeste plus fréquemment chez les personnes plus âgées. L'âge moyen du diagnostic chez la femme est de 67,7 ans. L'incidence du cancer du poumon chez les femmes dans notre pays varie fortement selon la Région examinée.

Selon cette même Fondation, ces dernières années, l'augmentation des chances de survie s'est accélérée chez les patients atteints d'un cancer. Cette tendance est particulièrement visible pour le cancer du poumon, pour le traitement duquel des progrès manifestes ont été enregistrés. La survie à trois ans d'un patient atteint d'un cancer du poumon est ainsi passée de 19 % en 2004 à 24 % en 2013 pour ensuite atteindre 29 % en 2016. Le gain est davantage notable pour les cancers du poumon à petites cellules, qui représentent 85 % des cancers du poumon.

Le risque de cancer du poumon chez les femmes a augmenté d'environ 7 % entre 2003 et 2016. Selon le rapport *Cancer incidence projections in Belgium 2015- 2025* de la Fondation registre du Cancer qui a pour objectif de présenter les prévisions relatives à l'incidence des cancers en Belgique pour cette période, les diagnostics de cancer du poumon, toutes morphologies confondues, devraient augmenter de 26 %. Chez les femmes en particulier, les projections prévoient une augmentation de presque 58 % contre 12 % chez les hommes. Cette augmentation devrait principalement toucher la population la plus âgée, dans les groupes d'âge entre 50 et 74 ans et les plus de 75 ans.

Ces augmentations peuvent être expliquées par le nombre de femmes qui fument, augmentation qui a commencé dans les années 1960. Le fait de fumer est reconnu comme étant un facteur de risque de cancer du poumon, de la vessie, de l'œsophage, du cou et de la tête. En plus du tabagisme, la pollution de l'air est également un facteur de risque reconnu. La littérature scientifique affirme que 85 à 90 % des cancers du poumon sont causés par le tabac. La durée totale du tabagisme semble un facteur de risque plus important que l'intensité du tabagisme. L'âge de début joue également un rôle et il est constaté qu'un ancien fumeur reste plus exposé qu'un non-fumeur n'ayant jamais fumé. Le tabagisme passif est également un facteur de risque dont l'impact est plus important si la personne exposée est jeune.

D'autres facteurs de risque sont une exposition intense et répétée à des substances comme l'arsenic,

l'amiante, le nickel, le chrome, le goudron, etc. La pollution atmosphérique - essentiellement les particules fines émises par les moteurs diesel - augmente légèrement le risque de cancer du poumon chez les personnes vivant à proximité immédiate des grands axes routiers. La lutte contre le tabagisme est donc une priorité dans le cadre de la prévention contre le cancer du poumon. Comme annoncé dans ma note de politique générale, une série d'actions sont prévues dans ce cadre.

En effet, la politique en matière de consommation de substances psychoactives dont le tabac fera l'objet d'une coordination interfédérale dans le cadre de la Cellule Générale Politique en matière de Drogues (CGPD) de la CIM Santé publique.

Une étude scientifique sera réalisée dans le but d'évaluer la réglementation actuelle, l'efficacité des mesures politiques, les interventions dans le domaine de la prévention, l'assistance, notamment de la prise en charge des assuétudes et les soins de suivi, y compris les mesures d'attention des risques. Des groupes de travail spécifiques se concentreront sur la concrétisation d'une stratégie nationale à long terme avec des objectifs clairs visant à réduire la prévalence tabagique chez les jeunes et au sein de la population générale. L'objectif visé est une génération sans tabac en continuant à réduire l'attractivité et l'accessibilité du tabac, cela en accord avec l'objectif de la Commission européenne d'avoir une génération sans tabac dans l'Union européenne pour 2040.

Parmi les mesures avancées, nous citons l'identification de l'augmentation des accises sur le tabac qui constitue une mesure importante dans ce contexte, l'adaptation de la législation existante, ainsi que des contrôles réalisés par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE). En effet, une adaptation de la législation relative aux cigarettes électroniques, l'arrêté royal de 2016, est attendue en 2022, ainsi qu'une adaptation de la législation relative aux produits à base de tabac. C'est un autre arrêté de 2016. Une législation sur les nouveaux produits proposés à la vente en tant que substituts aux produits à base de tabac est également prévue.

Dans le cadre de nos inspections, outre les contrôles réguliers, une attention particulière sera accordée aux nouveaux produits qui entrent sur le marché et au respect de l'obligation légale de notifier les produits du tabac et les cigarettes électroniques.

06.03 **Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie.

Vous confirmez par vos données et votre réponse particulièrement détaillée que les études menées en France se traduisent par les mêmes constats alarmants en Belgique. Vous l'avez évoqué, l'augmentation des nombres de cas de cancer du poumon chez les femmes est importante, la première cause étant le tabagisme. Je vous rejoins absolument et à 2000 % sur la nécessité de mettre toute notre énergie dans la lutte contre le tabac pour une génération future sans tabac. Cela passera certainement par des coopérations avec les entités fédérées, par une politique de prévention et aussi par une politique de durcissement des sanctions à l'égard des produits dérivés ou des produits du tabac.

Il faut vraiment accroître la lutte pour mettre un terme à ce fléau qu'on pourrait fortement diminuer si, simplement, les personnes arrêtaient de fumer.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 **Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La myopie" (55024701C)**

07 **Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bijziendheid" (55024701C)**

07.01 **Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, on constate une progression inquiétante des cas de myopie. Selon les dernières projections, la moitié de la population mondiale sera myope en 2050.

Des facteurs génétiques et héréditaires existent: la présence de la myopie chez l'un des parents multiplierait par deux le risque pour ses enfants. L'environnement semble aussi jouer un rôle crucial dans le développement et l'aggravation de la myopie. Les chercheurs s'accordent sur le fait que la myopie est favorisée par l'augmentation du temps passé en intérieur, le manque d'exposition à la lumière naturelle ou

encore une sollicitation excessive de la vision de près.

Nous sommes vraiment face à un enjeu de santé publique. Si la moitié de la population mondiale devient myope d'ici à 30 ans, cela ne sera pas sans conséquences sur les coûts de notre santé publique.

Existe-t-il une politique de santé publique sur cette question? En Belgique, quels sont les dépistages existants? Existe-t-il des traitements préventifs pour les enfants de parents myopes? Quelles sont les solutions pour éviter ou ralentir la progression de la myopie? Comment mieux sensibiliser les citoyens à cette problématique?

Plusieurs pays asiatiques ont ouvert la voie en se dotant de centres exclusivement dédiés à la prise en charge médicale et à la recherche sur la myopie pathologique. Qu'en est-il en Belgique?

Comment expliquer une telle progression dans les pays développés?

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Rigot, la myopie se développe principalement pendant les années scolaires et est donc plus fréquente chez les enfants plus âgés et les adultes que chez les plus jeunes.

La cause de la myopie est complexe. Outre des facteurs génétiques, des facteurs environnementaux jouent également un rôle, comme le fait de jouer peu à l'extérieur et de regarder de très près pendant la lecture ou l'utilisation d'écrans.

Des pathologies telles que la maculopathie myopique et la neuropathie optique dans les yeux fortement myopes peuvent entraîner une déficience visuelle irréversible importante et la cécité. En outre, la myopie augmente le risque d'autres changements oculaires pathologiques tels que la cataracte, le glaucome et le décollement de la rétine, qui peuvent tous entraîner une perte de vision irréversible.

Plusieurs publications scientifiques récentes signalent effectivement une augmentation de la myopie. Le nombre de personnes atteintes de myopie en 2020 est estimé à 2,6 milliards dans le monde et devrait atteindre 4,9 milliards en 2050. La prévalence prévue de la myopie d'ici à 2050 est de 65 % de la population en Asie, 56 % en Europe occidentale, 54 % en Europe centrale et 50 % en Europe orientale.

Des chiffres précis sur la prévalence de la myopie en Belgique ne sont pas disponibles, car elle n'est pas systématiquement enregistrée. Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé a mené une étude en 2013 sur les défauts de réfraction des yeux, où une enquête auprès d'un échantillon de la population a montré que sept répondants sur dix ont signalé un défaut oculaire, dont 38,4 % de myopie.

Une étude récente des mutualités libres sur des problèmes de vue chez les enfants montre que la myopie est l'erreur de réfraction la plus fréquente chez les adolescents. Sa prévalence augmente avec l'âge, comme je l'ai dit. De quasiment inexistante chez les jeunes enfants, elle est de 3 à 10 % chez les enfants de 10 ans, d'un sur cinq chez les jeunes de 18 ans, voire même de 40 à 50 % chez les adultes.

Les résultats de l'étude montrent que près d'un adolescent sur cinq porte des lunettes. Il s'agirait alors principalement d'une myopie. Les recherches scientifiques menées au cours des cinq à six dernières décennies suggèrent que des facteurs environnementaux sont à l'origine de l'augmentation observée de la prévalence de la myopie, avec notamment le temps passé à l'extérieur, le travail de proximité et l'utilisation d'ordinateurs et de smartphones. Les principales mesures qui peuvent être prises pour la prévention du développement de la myopie et pour la réduction de la progression de la myopie comprennent l'intervention des soins de santé publique, le mode de vie, l'optimisation des influences environnementales, l'approche pharmacologique avec l'application topique de gouttes ophtalmiques d'atropine, l'utilisation d'un dispositif optique comme les lunettes et les lentilles de contact multifocales.

Il est largement démontré que moins de travail de proximité et plus d'activité en plein air protègent contre le développement de la myopie. La règle du "20-20-2" est une bonne méthode pour contribuer à prévenir ou à réduire les risques de myopie: pour 20 minutes de vision rapprochée, regarder au loin pendant 20 secondes et jouer dehors pendant au moins deux heures par jour.

L'Organisation mondiale de la Santé recommande de n'accorder aucun temps d'écran aux enfants de moins de deux ans et, au maximum, d'une heure d'écran aux enfants âgés de deux à quatre ans. Comme vous le

savez, les entités fédérées sont compétentes pour l'organisation de campagnes de sensibilisation de la population ainsi que pour le dépistage. Les entités fédérées organisent le dépistage des problèmes de vue. Le dépistage chez les jeunes enfants est effectué par Kind en Gezin, l'ONE et Kaleido Ostbelgien. À partir de l'âge scolaire, les enfants sont suivis par les services médico-scolaires (le CLB, les PSE et Kaleido Ostbelgien). En cas de résultats anormaux, l'enfant est orienté vers l'ophtalmologue ou le médecin traitant de l'enfant. Les parents peuvent également adresser l'enfant à l'ophtalmologue en cas d'inquiétude.

Si l'enfant est adressé à l'ophtalmologue par l'une de ces institutions ou le médecin traitant, il est important d'en assurer le suivi. En intervenant à temps, on peut éviter des problèmes plus graves. Les parents jouent un rôle crucial à cet égard. La détection précoce des problèmes de vision croissants est nécessaire pour éviter une aggravation ou pour corriger les problèmes. Tous les enfants devraient subir un dépistage des facteurs de risque de l'amblyopie et d'autres problèmes de vision avant l'âge de trois ans. Outre les entités fédérées, les parents, les proches et le médecin généraliste ont un rôle important dans ce domaine.

En ce qui concerne les centres dédiés à la prise en charge et à la recherche sur la myopie pathologique, il convient de renvoyer aux études du Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur la réfraction oculaire. En effet, les adultes atteints d'une réfraction oculaire – myopie, hypermétropie et astigmatisme – peuvent être traités par la chirurgie. Environ 3 % des personnes myopes, hypermétropes et astigmatiques s'orienteraient aujourd'hui vers la chirurgie correctrice. La chirurgie réfractive n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, mais certains patients peuvent obtenir un remboursement partiel par le biais de leur assurance complémentaire.

Cette intervention peut avoir lieu en milieu hospitalier ou dans un centre de chirurgie oculaire extra-muros. La publication de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de 2019 qui entre en vigueur en 2022 permet d'assurer la qualité des soins dans ces centres extra-muros. Voilà, monsieur Rigot, les réponses à vos questions!

07.03 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je n'ai pas de commentaire à ajouter. Votre réponse est détaillée. Je vois qu'on en fait une priorité. Je me rends bien compte aussi, comme vous l'évoquez, qu'il s'agit d'une compétence fédérale mais surtout d'une compétence des entités fédérées, lorsqu'il s'agit de prévention, de sensibilisation mais aussi de dépistage.

J'espère que le message pourra passer auprès des parents, des médecins généralistes et des enseignants pour qu'on prenne les choses à bras-le-corps ou plutôt à bras-le-cœur pour éviter d'avoir, dans le futur, 50 % de notre population myope avec les conséquences dramatiques que cela peut avoir, allant même jusqu'à la cécité.

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

08 Questions jointes de

- **Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription du zolpidem" (55024702C)**
- **Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le zolpidem" (55024982C)**

08 Samengevoegde vragen van

- **Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven van zolpidem" (55024702C)**
- **Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Zolpidem" (55024982C)**

08.01 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, en décembre 2020, l'enquête de santé de Sciensano a fait état d'une forte augmentation de 21 % des personnes interrogées prenant des somnifères et des tranquillisants contre 13 % en 2018. Les tranquillisants ne sont ni anodins ni sans conséquence. En prendre est une chose, le faire sans respecter le délai et la durée possible est encore pire et peut occasionner des effets secondaires indésirables voire de l'accoutumance. C'est malheureusement souvent le cas avec un dépassement de délai de prescription.

"Ces médicaments Z, dont le zolpidem, jouissent parfois d'une réputation de sécurité, ce qui serait

totalement faux", selon professeur Petrovic. Au début des années 2000, un nombre croissant d'études a montré que le zolpidem provoque autant d'accoutumance que les benzodiazépines.

Monsieur le ministre, depuis 2018, l'AFMPS signale une augmentation des ventes de zolpidem. L'analyse des dossiers médicaux a montré que l'on vendait plus de zolpidem que les doses recommandées pour l'ensemble des patients à qui le médicament avait été prescrit. On peut donc dire qu'il y a une surconsommation de ce médicament.

Comment faire respecter les doses recommandées ainsi que les délais de consommation par le prescripteur? Des contrôles peuvent-ils être effectués? Une campagne de sensibilisation afin d'attirer l'attention des médecins et des consommateurs sur l'effet de dépendance et les effets secondaires des médicaments Z est-elle envisageable?

On sait que ces médicaments peuvent engendrer des comportements anormaux pendant le sommeil. Que pensez-vous de l'introduction d'un "avertissement boîte noire" pour de tels médicaments? La notice devrait contenir un avertissement très visible dans un cadre noir qui signale la possibilité d'un comportement anormal pendant le sommeil.

08.02 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, de coronapandemie deed meer mensen naar slaap- en kalmeermiddelen grijpen. De enquête van Sciensano meldde een opmerkelijke stijging, want 21 % van de bevroegden slikte slaap- en kalmeermiddelen, terwijl het in 2018 nog maar om 13 % ging. Uit een enquête van het FAGG blijkt eveneens dat slaap- en kalmeermiddelen vaak veel langer worden geslikt dan de hooguit twee weken die de medische richtlijnen voorschrijven.

Zolpidem en zopiclon werden in de jaren 80 geïntroduceerd als veiliger alternatief voor de verslavende benzo's. Volgens de eerste klinische studies zouden die Z-medicijnen minder snel tot gewenning leiden. Om die reden werd zolpidem een van de populairste slaapmiddelen ooit. Ondertussen zijn die bevindingen al lang achterhaald door de wetenschap. Ook de lijst van ongewenste effecten breidde almaar uit, zeker bij langdurig gebruik.

Uit de analyse van medische dossiers bleek dat er meer zolpidem verkocht werd dan de aanbevolen doses voor alle patiënten samen die het middel kregen voorgeschreven. In de Verenigde Staten leidde complex slaapgedrag na de inname van zolpidem al tot 20 overlijdens. Ook bij ons zijn enkele gevallen van abnormaal slaapgedrag gemeld bij zolpidemgebruikers.

Mede vanwege dat abnormale slaapgedrag heeft de FDA een *black box warning* ingevoerd voor de Z-medicijnen, wat betekent dat de bijsluiter in een zwart kader een zeer opvallende waarschuwing moet bevatten met een verwijzing naar de mogelijkheid van abnormaal slaapgedrag. Daarnaast stelt de FDA voor om de aanbevolen dosis te verminderen van 10 naar 5 milligram.

Mijnheer de minister, plant u acties om het bewustzijn rond het gebruik van het slaapmiddel bij dokters en patiënten te verhogen? Bekijkt u ook de best practices uit Amerika en eventueel uit andere landen?

08.03 Frank Vandenbroucke, ministre: L'enquête réalisée en 2020 par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) concernant l'usage des benzodiazépines et médicaments apparentés a effectivement mis en évidence que le zolpidem était le somnifère le plus utilisé parmi les répondants et qu'il est souvent utilisé pendant une période nettement supérieure à celle recommandée, augmentant le risque de dépendance.

Le résumé des caractéristiques des produits contenant du zolpidem reprend des informations destinées aux prescripteurs concernant la dose maximale et la durée maximale d'utilisation. Le prescripteur est responsable de son comportement de prescripteur, mais il peut toutefois considérer que dans certains cas, il est nécessaire de s'écarter des recommandations, ce qui est possible dans le cadre de la liberté de prescription. Aucun contrôle systématique n'est effectué si la dose maximale et la durée d'utilisation sont respectées.

En 2013, la plate-forme d'experts BelPEP a été créée. L'objectif est de parvenir à une utilisation plus appropriée des psychotropes, dont les benzodiazépines et Z-Drugs. Plusieurs campagnes ont été lancées afin de sensibiliser les professionnels de la santé à cette problématique. Des outils d'aide et des formations sont également proposés, notamment aux médecins généralistes afin de les soutenir dans leur pratique.

Vous trouverez toutes les informations sur www.somniferesetcalmants.be afin de sensibiliser les professionnels de la santé et le public à ces pratiques.

L'AFMPS a publié en septembre 2021 un communiqué relatif à l'usage rationnel des benzodiazépines et des Z-Drugs incluant des recommandations pratiques.

Mes équipes sont en train de préparer une nouvelle campagne de sensibilisation autour de l'usage rationnel des benzodiazépines et Z-Drugs mais aussi des antidépresseurs à l'attention des médecins généralistes, des pharmaciens, des psychologues et, indirectement, des patients via les salles d'attente. De nouveaux outils d'aide et formations ont été développés et seront diffusés dans la deuxième partie de l'année le plus largement possible.

Le pharmacien a également un rôle important à jouer pour sensibiliser les consommateurs aux éventuels effets secondaires indésirables et aux risques d'accoutumance.

Le risque de somnambulisme et de comportement de sommeil complexe est connu et décrit en détail dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) et la notice du Stilnoct, un médicament contenant du zolpidem.

Les professionnels de santé et les patients sont avertis que cela peut se produire après la première utilisation ou toute utilisation ultérieure de zolpidem et que le risque d'un tel comportement est accru en cas d'utilisation concomitante d'alcool ou d'autres déprimeurs du système nerveux central et lorsque le zolpidem est utilisé à des doses supérieures à la dose maximale recommandée. Il est également indiqué dans le RCP et la notice que si le patient présente un comportement de sommeil complexe, le traitement doit être arrêté immédiatement et sa réutilisation contre-indiquée.

Concernant les comportements anormaux pendant le sommeil, le Centre belge d'information pharmacothérapeutique, une ASBL financée par l'AFMPS et chargée de diffuser de l'information indépendante concernant les médicaments, a publié sur son site internet en 2019 un article relatif à ce risque. D'autres risques, tels que celui de dépendance, sont certainement aussi importants et plus fréquents encore que celui de comportements anormaux.

08.04 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, notre société a été terriblement secouée par la crise du covid-19. Nombreux sont celles et ceux pour qui le sommeil est difficile à trouver et pourtant nécessaire. Il faut à mon sens travailler sur la sensibilisation, la prévention, mais aussi, même si je respecte l'autonomie des médecins et leur droit de prescription, veiller à ce qu'ils n'aient pas la main trop lourde.

Les médecins doivent veiller à ne pas guider les patients vers le refuge du médicament, même si ceux-ci commencent généralement par demander de travailler sur les conséquences de leur mal-être avant de pouvoir travailler sur les causes. C'est avec cet état d'esprit qu'il faut avancer: réduire les médicaments qui peuvent limiter les conséquences d'un malaise et travailler, avec le temps, dans le cadre de la santé mentale, sur les causes pour éviter ce refuge dans les antidépresseurs, qui peut cacher de graves conséquences pour l'avenir.

08.05 Robby De Caluwé (Open Vld): Dank u, mijnheer de minister.

De cijfers over het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen spreken voor zich. Het is cruciaal dat er aan bewustwording wordt gedaan. Ik vond intussen ook het hulpmiddelenboek terug, waar u naar verwees. Dat lijkt mij heel interessant; ik zal het de komende dagen bekijken.

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

09 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les besoins en matière de santé mentale chez les jeunes de 12-18 ans" (55024703C)

09 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geestelijke gezondheidszorgnoden bij 12- tot 18-jarigen" (55024703C)

09.01 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, ma question offre une transition avec le problème dont nous venons de parler. Notre société souffre en effet, pour le moment, d'un mal-être important, qui touche aussi nos adolescents.

Une étude des Mutualités libres sur l'utilisation d'antidépresseurs et de prestations psychothérapeutiques chez les adolescents vient éclairer un problème qui reste sous-diagnostiqué.

Chez les 12-18 ans, la dépression majeure est considérée comme alarmante. Elle est bien présente.

En 2020, 6 ados sur 10 ont pris des antidépresseurs pendant moins de 6 mois. L'étude montre enfin qu'environ la moitié des adolescents qui prennent des antidépresseurs ont également recours à la psychothérapie.

Monsieur le ministre, confirmez-vous les chiffres de l'étude des Mutualités libres? Face à ce fléau et à ce cri d'alarme des adolescents, qu'il faut entendre, quelles solutions au sein des réformes menées, associant dans un même mouvement les compétences fédérales, régionales et communautaires, ciblent les jeunes entre 12 et 18 ans?

Une carte blanche signée par 83 pédopsychiatres et psychiatres belges francophones nous informe que le nombre de demandes de prises en charge de jeunes est tel, qu'aujourd'hui, le personnel soignant n'arrive plus à toutes les assumer dans les délais nécessaires. Manque de places, manque de professionnels de soins: bref, vous l'aurez compris, la situation et les conséquences pour les jeunes sont dramatiques! Quelles solutions et initiatives comptez-vous prendre à court et moyen terme pour tenter de résoudre au mieux ce problème?

Le **président**: Merci, monsieur Rigot.

Je signale au passage qu'il y a une caméra défectueuse dans cette salle, si bien qu'on ne voit pas les orateurs.

09.02 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le président, c'est très bien: je n'étais pas allé chez le coiffeur.

09.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Rigot, il va de soi que je prends bien note des études menées par les mutualités auprès de leurs membres. On sait évidemment que ce sont des études qui se concentrent sur les membres d'une mutualité spécifique. Il est donc peut-être problématique de généraliser les résultats de ces études et de les appliquer à la population belge dans son ensemble ou à une cohorte d'âge spécifique de cette population dans son ensemble sans réserve. Je crois qu'il s'agit quand même de signaux importants.

L'évolution des dépenses INAMI pour les antidépresseurs, la classe ATCN06A, délivrée aux enfants et jeunes de zéro à vingt ans pour la période de 2016 à 2020, démontre qu'il y a un accroissement du nombre d'enfants et de jeunes qui prennent des antidépresseurs. La croissance est plus importante en Région flamande que dans les autres Régions. La croissance est visible chez les enfants de onze ans et plus alors qu'il y a une réduction dans le groupe d'enfants plus jeunes, jusqu'à dix ans. Pour l'instant, on n'explique pas pourquoi la consommation d'antidépresseurs a augmenté mais la question est actuellement à l'étude au sein de la plateforme BelPEP, que j'ai mentionnée dans une réponse précédente: la Belgian Psychotropics Experts Platform.

Je suppose que les mesures que j'ai prises l'année dernière, visant spécifiquement à améliorer les soins de santé mentale pour nos jeunes, sont connues. Je ne les développerai donc pas ici. Vous savez qu'il s'agit d'un accord que l'INAMI a conclu avec le secteur pour étendre fortement l'aide psychologique dans la première ligne. Cet accord est maintenant progressivement déployé sur le terrain. Je crois d'ailleurs qu'il est important que l'on mette en œuvre très vite les possibilités de cette convention. J'ai donc demandé au coordinateur des réseaux soins de santé mentale d'accélérer un peu le rythme du développement sur le terrain et de ce qui est possible grâce à cette convention de juillet 2021. En outre, vous savez que j'ai renforcé les effectifs des services pédopsychiatriques et les unités médicolégales For-K. J'ai étendu les équipes de crise mobiles pour enfants et adolescents et j'ai créé des équipes de liaison qui peuvent être déployées, entre autres, les services pédiatriques.

Vous savez que j'ai également pris des mesures ponctuelles spécifiques pour aider les étudiants en difficulté

ou ayant besoin d'une certaine aide psychologique. Cette année-ci, je lancerai un investissement supplémentaire de 35 millions d'euros. Dans ce cadre, les réseaux pour enfants et adolescents en soins de santé mentale pourront choisir en fonction des besoins par zone d'activité de mettre davantage l'accent sur les soins à domicile en plus, par exemple, de la mise à disposition de lits de crise supplémentaires.

L'objectif est que chaque zone d'activité effectue, au plus tard en juin, une analyse détaillée de l'offre disponible et des besoins prioritaires dans le cadre du budget qui lui est attribué. J'ai pris connaissance de la carte blanche signée par 83 pédopsychiatres et psychologues francophones. Ce qui m'a le plus frappé, c'est que ces prestataires de soins étaient unanimes pour souligner la responsabilité sociale plus large dans l'apparition des problèmes de santé mentale chez les jeunes.

C'est pourquoi je ne saurais trop insister sur l'importance de *Health in all policies*, en l'occurrence *Mental health in all policies*. Dans tous les domaines politiques, les actions et les initiatives devraient toujours être testées au préalable quant à l'effet qu'elles pourraient avoir sur le bien-être mental de nos jeunes. Après tout, ce sont les prestataires de santé mentale qui sont confrontés quotidiennement à ces effets, notamment avec un nombre croissant d'admission signalant des problèmes de santé mentale de plus en plus complexes.

Conformément au raisonnement de la carte blanche, j'espère que vous avez aussi posé cette question à mes collègues responsables d'autres domaines politiques tant au sein du gouvernement fédéral que dans les gouvernements des entités fédérées. Il faut, je crois, une approche large en matière de santé mentale.

09.04 **Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Je vous rejoins effectivement sur votre analyse: D'abord les données (...) concernent, comme vous le dites, les affiliés de cette mutualité. Il est vrai qu'il faut relativiser, en partie, ces chiffres. Ils sont inquiétants et vous vous en inquiétez. Je salue le nombre d'actions que vous avez déjà mises en œuvre. C'est impressionnant en quelques mois. Vous avez fait de cette priorité une de vos chevaux de bataille.

Vous avez raison de dire que c'est une responsabilité sociale et transversale. Aussi, je ne manquerai pas d'interpeller vos homologues compétents au niveau fédéral et de solliciter mes collègues des entités fédérées pour en faire tout autant afin d'adopter une approche transversale et générale pour aller au plus vite et au mieux afin d'apporter une réponse à tous nos ados qui ont bien besoin de savoir que nous sommes à leur écoute et que nous ferons en sorte que, demain, ils prennent beaucoup moins de ces foutus antidépresseurs.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

10 Questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid Safe Ticket et la stratégie générale de gestion de l'épidémie" (55024924C)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prolongation du Certificat numérique européen COVID" (55024939C)**
- **Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La remise en question du Covid Safe Ticket" (55025012C)**
- **Sophie Rohonyi à Annelies Verlinden (Intérieur et Réformes institutionnelles) sur "Le Covid Safe Ticket" (55025102C)**
- **Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid Safe Ticket et la politique générale en matière d'épidémie" (55026373C)**

10 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Covid Safe Ticket en het algemene epidemiebeleid" (55024924C)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verlenging van het Europees Digitaal Coronacertificaat" (55024939C)**
- **Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het betwijfelen van het nut van het Covid Safe Ticket" (55025012C)**
- **Sophie Rohonyi aan Annelies Verlinden (Binnenlandse Zaken en Institutionele Hervormingen) over "Het Covid Safe Ticket" (55025102C)**
- **Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het**

Covid Safe Ticket en het algemene epidemiebeleid" (55026373C)

Le **président**: Vu leur absence, les questions de Mmes Sofie Merckx et Kathleen Depoorter deviennent sans objet.

10.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, j'avais introduit ma question en vue de vous interroger sur votre volonté, à l'époque, de transformer le Covid Safe Ticket (CST) en pass vaccinal, alors que douze des dix-huit experts scientifiques auditionnés dans le cadre de nos travaux sur la vaccination obligatoire et sur le pass vaccinal ont très clairement remis en question l'utilité de ce même CST.

Selon eux, si le CST a pu avoir un effet motivationnel en matière de vaccination, il n'aurait pas eu l'effet escompté sur le plan sanitaire: il conférerait un faux sentiment de sécurité, ne permettait pas d'écarter les personnes infectées et contagieuses et ne tenait pas compte de la dynamique de l'épidémie, sans compter qu'il était vicié par de nombreuses fraudes ou encore qu'il faisait totalement abstraction de toutes les possibilités de vie sociale, et donc d'infection, dans les secteurs qui n'étaient pas soumis à ce même CST.

Le pass vaccinal – qui devait être le prolongement de ce CST – a également été vivement critiqué lors de ces auditions, dès lors qu'il écarterait les personnes guéries du covid-19 et donc dotées d'une certaine immunité, et qu'il accroîtrait la polarisation au sein de notre société. Aujourd'hui, ce CST est désactivé, mais on sait tous pertinemment que ce n'est que temporaire puisqu'il suffirait de passer à nouveau en code orange pour voir le CST réactivé. Il s'agirait d'ailleurs d'une décision qui devrait être prise en ce sens par le Codeco, comme vous l'avez précisé dernièrement.

Or, ce CST n'a – contrairement à ce que vous avez déjà affirmé – jamais été évalué! À l'instar du commissaire corona, vous vous basez à chaque fois uniquement sur des études portant sur le pass sanitaire en France, en Italie, en Allemagne, mais jamais sur le CST en Belgique.

Monsieur le ministre, allez-vous profiter de la suspension du Covid Safe Ticket pour enfin évaluer l'efficacité sanitaire du dispositif en Belgique et, le cas échéant, décider de sa suppression, même indépendamment des codes couleur du baromètre?

Le GEMS a-t-il été chargé de réaliser cette évaluation? Dans l'affirmative, sur la base de quelles données? Dans la négative, pourquoi?

10.02 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, de PVDA heeft zich altijd verzet tegen de coronapas. Wij vinden dat die inefficiënt is en daarenboven tot polarisatie leidt. Wat eerst een vorm van reispas moest zijn, is eigenlijk snel geworden tot een verdoken vaccinatieverplichting. Uit de data blijkt dat elke uitbreiding van het CST geen noemenswaardige stijging van het aantal toegediende eerste dosissen van het vaccin heeft meegebracht. De totale vaccinatiegraad is niet gestegen sinds de invoering van de coronapas.

Bovendien vindt de meerderheid van experts in de hoorzittingen in onze commissie dat het CST niet meer als sanitaire maatregel beschouwd kan worden. Voorts noemde rechtsspecialist Marc Verdussen het feit dat bij aankondiging van de reispas en het CST niet is gezegd dat het zou dienen om bepaalde plaatsen in de samenleving te beperken, een fout.

Toch bent u van plan het CST in leven te houden. Ook al is het vandaag niet van toepassing, het werd wel gebetonneerd in de barometer, de gereedschapskist, zoals u die soms noemt. Meer nog, ondanks de uitgesproken negatieve adviezen willen u en uw partij de coronapas blijkbaar vervangen door een vaccinatiepas.

Mijnheer de minister, op welke manier moet het CST nog als sanitaire maatregel gezien worden, daar de vaccins geen waarborg zijn dat het virus niet wordt overgedragen?

Wat zijn uw plannen inzake de termijn waarop de coronapas vervangen wordt door een vaccinatiepas? Zijn die trouwens nog actueel?

Hoe kunt u een vaccinatiepas verantwoorden, gelet op de vele negatieve adviezen tijdens de hoorzittingen over de verplichte vaccinatie?

10.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Warmoes, u hebt gezegd dat uw partij zich verzet heeft tegen het CST, maar het zou nauwkeuriger zijn te zeggen dat uw partij, de PVDA, zich werkelijk tegen elke maatregel verzet heeft die wij voorgesteld hebben in de strijd tegen het virus, of het nu ging om mondklappers voor kinderen, het sluitingsuur voor de cafés of het CST. U was er systematisch tegen. Ik ben dus ook niet verwonderd dat u tegen het CST bent. Maar ik sluit deze parenthesis.

Ik wil eigenlijk niet graag vooruitlopen op de discussie die wij moeten voeren in het Overlegcomité over het CST. Dat is ook zo afgesproken. Er is gezegd in het Overlegcomité dat wij zouden nadenken over de toekomst van dit instrument op basis van de beschikbare adviezen en op basis van de debatten die daarover gevoerd zijn in de verschillende Parlementen. Die debatten zijn belangrijk geweest.

Wat mij betreft, is de conclusie eerlijk gezegd niet dat een dergelijk instrument geen enkel nut heeft. Ik wil dat toch herhalen.

Wat doet zo'n instrument? Wel, het zorgt ervoor dat wanneer mensen samenkomen ze een testcertificaat moeten tonen, of een vaccinatiecertificaat, of een bewijs dat zij onlangs genezen zijn, waardoor die samenkomst minder riskant is dan een samenkomst waarbij men die documenten niet vraagt.

Een belangrijke voorwaarde is natuurlijk wel dat het gedrag van de mensen daardoor niet op een riskante manier wijzigt, want als mensen na het invoeren van een CST menen dat er geen enkel risico meer is, loopt het natuurlijk verkeerd. Ik heb de vergelijking al eens eerder gemaakt, maar ik wil ze nog eens maken. Als de dokter u statines voorschrijft omdat u een probleem hebt met cholesterol, en u neemt zorgvuldig die statines maar u eet elke dag frieten met mayonaise, u doet geen sport en komt nooit buiten, zal dat niet zo goed zijn voor uw gezondheid. Als u meent dat u dat mag omdat u die statines neemt, is het misschien helemaal niet goed.

Dat bewijst helemaal niet dat het op zichzelf geen effectief medicijn is. Dat zegt wel iets over het flankerende gedrag, dat nodig is, en over de context waarin men iets invoert. We moeten echt wel een onderscheid maken tussen het principe van een instrument, waarbij men vraagt dat mensen die samenkomen voor een activiteit waarbij er risico is op besmetting, ofwel gevaccineerd zijn ofwel negatief getest ofwel onlangs ziek geweest zijn enerzijds, en wat er gebeurt als dat instrument ten onrechte begrepen wordt als een vrijgeleide om elke voorzichtigheid te laten varen.

Dat bredere debat geldt eigenlijk ook voor vaccinatie. Er leefde een tijdlang bij veel mensen het idee dat als men gevaccineerd was, men geen enkel risico meer zou lopen. Dat is even gek als denken dat wie een autogordel draagt in de auto, geen enkel risico meer loopt om gewond te geraken, of dat wie scrupuleus de snelheidsbeperkingen respecteert, geen enkel risico loopt. Dat is natuurlijk niet zo. Wat we de voorbije periode hebben geleerd, is dat we een en-en-enbeleid moeten voeren. Het is vaccineren, wanneer er veel virus rondgaat mondklappers dragen, een testbeleid. Inderdaad, een coronapas kan behulpzaam zijn om activiteiten veiliger plaats te laten vinden, altijd op voorwaarde dat de mensen beseffen dat dergelijke beveiliging niet absoluut is.

Madame Rohonyi, je crois que la difficulté que nous rencontrons en Belgique concernant l'évaluation et la raison pour laquelle nous nous référons souvent à la France résultent du fait que nous avons introduit le CST de façon incrémentale, étape par étape, au goutte à goutte dans un certain sens. Il est donc très difficile de voir un impact décisif, étant donné le mode très incrémental d'introduction. Il est beaucoup plus facile de voir l'impact en France où, soudainement, il y a eu une rupture importante dans la politique avec une introduction assez large de cet instrument. À vrai dire, je regrette le fait qu'on n'ait pas suivi cet exemple. Je ne dis pas qu'on aurait dû suivre l'exemple français dans toutes ses dimensions mais le fait d'introduire un tel instrument de façon hésitante, étape par étape, comme on l'a connu chez nous plutôt que de façon décisive, bien coordonnée rend l'évaluation difficile. Vous savez peut-être que je suis un économiste et, en économétrie, on a besoin d'une certaine discontinuité claire dans les événements pour évaluer l'impact d'une intervention.

Il n'est donc pas surprenant que nous nous référons souvent à l'exemple français au lieu de l'exemple belge vu l'introduction graduelle, incrémentale, un peu hésitante de cet instrument en Belgique. Comment faut-il l'utiliser à l'avenir? Faut-il l'utiliser sur la base de ses trois dimensions (vaccination, test négatif, guérison)? Faudrait-il éventuellement passer un jour à un instrument du type "1G", un pass vaccinal? Je ne veux pas devancer les décisions mais ce qui est important pour moi, c'est d'être bien préparé et c'est là, en réalité, que je suis un peu inquiet. J'ai l'impression qu'avec le passage au code jaune de notre baromètre, qui

indique qu'il y a toujours une circulation du virus, qu'avec la levée de toute une série de mesures, les gens pensent que l'épidémie fait partie du passé et qu'il n'est plus nécessaire d'être préparé. Moi, je crois qu'il faut être bien préparé.

Être bien préparé, c'est avoir une évaluation claire d'un instrument tel que le CST. Et, si l'évaluation indique que cet instrument, sous une forme ou une autre, peut être utile à l'avenir, il faut préparer la base légale, le cadre légistique pour son activation.

C'est ma vision des choses. Comme dans le cadre du débat sur l'obligation vaccinale, il ne s'agit pas de le lancer immédiatement et de l'utiliser demain. Il faut utiliser cet instrument quand cela est nécessaire, mais il faut prévoir le cadre légistique pour éviter des mois de préparation de travaux légistiques pour pouvoir le lancer. C'est l'une des questions qui vont se poser au niveau du Comité de concertation. Est-on d'accord qu'il s'agit d'un instrument qui, dans l'une ou l'autre forme, peut être utile dans un contexte d'urgence épidémiologique? Si l'on est convaincu que l'instrument peut être utile, peut-on se doter d'un cadre légistique permanent qui permet de le lancer rapidement si on veut l'activer?

Ik wil hier nog een bedenking aan toevoegen.

De evolutie van de cijfers de voorbije dagen toont aan dat we echt niet mogen denken dat de epidemie voorbij is. Dat onderstreept de noodzaak om met een koel hoofd na te denken, niet alleen over instrumenten als CST en vaccinatiecampagnes maar ook over andere instrumenten in de toekomst. Er is vandaag geen reden om te panikeren over de stijgende besmettingen. Die waren voor een deel voorspeld. De stijgingen zijn niet explosief. Er is veel viruscirculatie en die neemt nog toe. Ook de ziekenhuisopnames nemen toe. De ziekenhuizen staan onder druk, omdat mensen misschien niet wegens covid, maar met covid worden opgenomen. Dat brengt extra zorgen mee onder andere met betrekking tot isolatie. Een tweede reden voor de druk op een aantal ziekenhuizen is de griepiepidemie, die naar een tweede piek van matige intensiteit evolueert. Die twee factoren, in combinatie met het feit dat de ziekenhuizen zorg inhalen, zet in een aantal ziekenhuizen zeer veel druk.

Om te beginnen wil ik de bevolking oproepen om daar oog voor te hebben en zoals in het verleden een zekere solidariteit te tonen met de ziekenhuizen, waar vandaag opnieuw heel wat druk ontstaat. Natuurlijk roep ik de bevolking ook op om voorzichtig te zijn voor zichzelf. Dat betekent dat we de genomen maatregelen, zoals de verplichting om een mondmasker te dragen op het openbaar vervoer en bij de apotheker en de huisarts, moeten volhouden. Ik denk dat we die nog een tijdje moeten volhouden, dat we met z'n allen voorzichtig moeten zijn en dat er een positieve cultuur nodig is met betrekking tot het mondmasker. We moeten het normaal vinden dat sommige mensen, ook al is het niet verplicht, met een mondmasker de winkel binnenstappen, omdat ze zich wat kwetsbaar voelen. Het is een goede zaak dat mensen daaraan denken. Zo zou ik ook willen dat we positief kijken naar instrumenten zoals een coronacertificaat, dat indien goed gebruikt, kan bijdragen aan het veiliger maken van ons leven.

Covid is niet echt de wereld uit. Dat is een zeer grote vergissing. Het feit dat de situatie gedurende enkele maanden misschien beheersbaar is, wil absoluut niet zeggen dat we na de zomer niet opnieuw in zwaar weer terecht kunnen komen. Dat is historisch ook gebeurd met de grote griepiepidemieën, die verschillende jaren hebben geduurd. We zijn toen jaren na de eerste golven in zwaar weer terechtgekomen met ernstige golven. Die historische les mag echt niet vergeten worden.

Ik kom terug op uw vraag.

Ik ben mijn antwoord wat polemisch begonnen, omdat we niet altijd zo negatief mogen kijken naar de genomen maatregelen. We moeten ze met een nuchter hoofd evalueren.

Als meerdere mensen denken dat ze nuttig zijn, wat het CST volgens mij ook is, moeten we de nodige stappen zetten om die instrumenten klaar te maken voor gebruik, zodat het niet eindeloos veel moeite kost om ze opnieuw te activeren.

Dat is het soort debat dat ik wil voeren in de federale regering en, in het Overlegcomité, terugkerend tot wat de mensen in de straat moet bezighouden. Vandaag mogen wij niet vergeten dat we, aangezien de epidemie niet weg is, gewoon bijzonder voorzichtig zijn en de goede gewoontes die we hebben aangeleerd, moeten aanhouden, en raad ik alle volgers van deze vergadering aan om hun boosterprik te halen.

10.04 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je tiens à clarifier les choses.

Contrairement au PTB, mon parti vous a soutenu dans l'élaboration de certaines mesures sanitaires. C'était notamment le cas du CST, en tout cas à l'origine puisqu'on plaçait nos espoirs dans cet instrument en combinaison avec d'autres instruments. Le problème, c'est qu'aujourd'hui, ce CST n'a jamais été évalué. Cette évaluation fait toujours défaut, de sorte que vous nous dites aujourd'hui qu'on va réfléchir à l'avenir de ce CST sur la base des avis qui sont disponibles. Quels sont ces avis?

Vous nous dites aussi que cette réflexion va se faire à l'aune des débats qui ont été menés au Parlement, alors que, comme je l'ai dit en introduction, une grande partie des experts que nous avons eu l'occasion d'entendre au Parlement ont remis en cause de manière assez claire et virulente l'utilité de ce CST. Ma question vise donc à savoir si vous êtes prêt à suivre ces avis en mettant fin à ce CST. Ou bien allez-vous mettre en place une évaluation objective de ce CST? Je pense en tout cas que la nécessité de cette évaluation garde toute sa pertinence, même si l'on venait à rester en code jaune.

Comme je l'ai dit, ce CST pourrait être réactivé. Cela pourrait se faire dans les prochaines semaines ou les prochains mois. On voit que les chiffres de Sciensano sont à la hausse. Vous avez également dit tout à l'heure qu'il fallait faire très attention avec ce calme relatif, qu'il fallait se préparer et qu'il fallait d'ailleurs se préparer avec une base légale pour l'activation de ce CST. Je suis tout à fait d'accord d'avoir un cadre légal, ce qui nous permettrait par ailleurs d'éviter une perte de temps inutile avec un nouvel accord de coopération. Je me demande toutefois pourquoi vous êtes favorable à l'élaboration d'un cadre légal pour activer le CST mais pas pour l'obligation vaccinale. Cela a effectivement été un véritable *niet* de la part de l'ensemble de la majorité Vivaldi ce matin concernant l'obligation vaccinale généralisée, alors qu'il s'agit de deux outils qui sont parfaitement complémentaires et qui doivent pouvoir être vus comme la même palette d'outils contre le virus.

Enfin, vous citez à chaque fois l'exemple de la France. Vous dites qu'il est facile d'évaluer l'efficacité du pass vaccinal. Mais l'objectif du pass vaccinal en France était finalement beaucoup plus honnête qu'en Belgique, puisqu'on a clairement dit que ce pass vaccinal avait pour objectif de pousser à la vaccination, là où, en Belgique, on nous a d'abord dit que c'était pour participer à des activités en toute sécurité, ce qui en fait était une fausse sécurité.

Je me permets d'insister auprès de vous, monsieur le ministre, pour évaluer ce CST de manière objective et, à côté de cela, mettre en place votre plan de ventilation. Nous attendons toujours votre projet de loi. Il faut aussi revaloriser le personnel soignant car c'est ce manque de personnel qui pose encore et toujours problème.

C'est cet ensemble de mesures qui doit nous permettre finalement peut-être d'éviter une mesure aussi inefficace que disproportionnée qu'est devenu aujourd'hui le CST.

10.05 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik moet natuurlijk antwoorden op uw poging om ons in het hoekje te drummen van degenen die tegen alles zijn, maar dat is natuurlijk niet waar. Blijkbaar is dat voor mevrouw Rohonyi ook nodig.

Om te beginnen, hebben wij onder uw voorgangster nog geschreeuwd om mondklappers voor volwassenen, toen er nog geen mondklappers waren. Wij hebben u ook gesteund in het uitrollen van de vaccinatiestrategie en het uitbouwen van alles wat testing- en tracingsystemen betreft alsook alle preventieve maatregelen, zoals ventilatie en CO₂-meters.

In ruimere zin hebben wij natuurlijk ook altijd gepleit voor investeringen in de zorg. Meer nog, wij hebben de daad bij het woord gevoegd met onze dokters van Geneeskunde voor het Volk, naast andere artsen van de eerste lijn. Wij hebben meegedaan aan het testen, aan brononderzoek en contactonderzoek en ook – heel belangrijk – over vaccinatie gediscussieerd met onze patiënten om ze te overtuigen, want wij geloven wel degelijk in de wetenschap. Zo konden wij hun vragen en twijfels over de vaccinatie wegnemen. Het klopt dus niet dat wij tegen alles zijn.

Wij zijn wel tegen de meer repressieve aanpak. U zegt dat men het hoofd nuchter moet houden, maar uit de hoorzittingen blijkt dat er nu alleszins geen nood is aan het CST. Het is nu wel niet meer van toepassing, maar u houdt het nog in beraad, terwijl er duidelijk ook is gezegd dat het het vertrouwen van de bevolking ondermijnt. Dat is het probleem met dat instrument.

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

11 Vraag van Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedie" (55025146C)

11 Question de Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie" (55025146C)

11.01 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, er zijn signalen dat heel wat schoolgaande kinderen door de pandemie een grote leerachterstand hebben opgelopen. Logopedie is vaak een zeer goed middel om kinderen met leermoeilijkheden te helpen. Evenwel blijkt nu dat het contingent van het maximaal aantal terugbetaalde uren in een aantal gevallen niet voldoende is. Een van de factoren is de problematiek van het onregelmatige didactische aanbod door de covidpandemie. Ik verwijs daarmee naar de onlinelessen, de tijdelijke sluiting van scholen en de quarantaine.

Het valt dus niet te ontkennen dat de uitzonderlijke coronaperiode heel wat schoolgaande kinderen heeft getroffen in hun ontwikkeling en net zij zouden extra ondersteuning kunnen gebruiken.

Mijnheer de minister, ik heb hierover een aantal vragen.

Hebt u weet van een stijging van de aanvragen voor logopedie via de ziekenfondsen? Zo ja, graag enkele kerncijfers.

Zult u gelet op de coronaproblematiek het maximale aantal terugbetaalde uren, al dan niet tijdelijk, verhogen? Zo neen, waarom niet?

11.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Samyn, wij beschikken eigenlijk niet over cijfers die erop wijzen dat de covidcrisis als zodanig de vraag naar logopedische behandeling heeft doen toenemen. Zoals ik al heb gezegd, hebben behandelingen die reeds aan de gang waren voor 1 maart 2020 – het begin van de uitzonderlijke maatregelen van de ziekteverzekering – of die na die datum zijn begonnen, een verlenging gekregen van de maximumperiode waarin het door de nomenclatuur toegestane quotum van zittingen wordt verstrekt. Die maximumperiode, die in normale omstandigheden twee jaar bedraagt, kan worden verlengd met verscheidene uitzonderlijke perioden van telkens zes maanden, waardoor de duur van de behandeling, naargelang van het geval, kan oplopen tot drie, drieënhalf of vier jaar, indien nodig.

Het was de bedoeling dat de toegestane zittingen over een langere periode gebruikt konden worden om perioden te compenseren waarin de behandeling bemoeilijkt werd door beperkingen, schoolsluitingen en quarantaines van patiënten of verstrekkers, of gewoon uit voorzorg. Het aantal zittingen van 30 minuten en dus het totale aantal uren concrete behandeling is niet verhoogd, omdat het niet duidelijk is dat de pandemie als zodanig en op zichzelf leidt tot de behoefte aan meer zittingen voor logopedische behandelingen. Dat geldt des te meer, omdat de hierboven vermelde praktische moeilijkheden ipso facto een hoger dan normaal ritme van zittingen precies verhinderden. In feite passen de verstrekkers in normale omstandigheden het ritme al aan de therapeutische behoeften aan en verdelen zij de sessies min of meer voor een betere efficiëntie in de loop van de behandeling.

Als zittingen worden uitgesteld vanwege de hierboven genoemde praktische moeilijkheden en tegelijkertijd het aantal toegestane zittingen wordt verhoogd, kan het sneeuwbal effect van het hoge tempo waarin ze moeten worden verstrekt om ze allemaal te kunnen benutten, wel eens onhoudbaar zijn, in de eerste plaats voor de patiënt, en zeker niet in het voordeel van de therapeutische doeltreffendheid. Het is dus niet de bedoeling om het aantal zittingen specifiek door de pandemie te verhogen. Meer in het algemeen, dus buiten de covidperiode, evalueert de Overeenkomstencommissie voortdurend het aantal zittingen per aandoening.

In 2017 is het aantal zittingen opnieuw grondig herzien, met verhogingen maar ook verlagingen van bepaalde quota's wanneer bleek dat de toename van de doeltreffendheid van de behandelingen het zelfs mogelijk maakte om het aantal zittingen dat nodig is om het gewenste doel te bereiken, te verminderen.

De hypothese dat het huidige aantal zittingen tijdens de covidperiode of in het algemeen onvoldoende is en moet worden verhoogd, alle logopedische stoornissen tezamen genomen, moet dus zeker worden

genueanceerd. De Overeenkomstencommissie blijft erop letten het ideale aantal zittingen voor elke stoornis in een bepaalde periode goed te moduleren.

11.03 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, het is jammer dat u nog niet over concrete cijfers beschikt. Er kan immers niet worden ontkend dat heel wat schoolgaande kinderen getroffen zijn in hun ontwikkeling. Zoals ik in mijn vraag reeds stelde, is logopedie vaak een zeer goed middel om kinderen met leermoeilijkheden te helpen. Het is inderdaad mogelijk om die termijn wegens corona te verlengen. Dat is echter slechts geldig indien nog niet alle toegekende beurten werden opgenomen. Voor de kinderen die leerachterstand hebben opgelopen, zou zo'n extra ondersteuning welkom zijn. Een uitbreiding van het maximale aantal terugbetaalde uren had een extra ondersteuning kunnen zijn. U kent ongetwijfeld de kostprijs van logopedielessen. Veel gezinnen hebben het nu al moeilijk. Een uitbreiding van het aantal uren zou ook een welkome financiële impact hebben gehad.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55025157C van de heer Patrick Prévot wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

12 Question de Daniel Senesael à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'aide médicale d'urgence transfrontalière" (55025265C)

12 Vraag van Daniel Senesael aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De grensoverschrijdende dringende medische hulp" (55025265C)

12.01 Daniel Senesael (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, la politique transfrontalière de secours à la personne joue un rôle crucial au sein de ma région et de celles se situant en bordure de notre pays. Une coopération accrue de nos services de secours doit être mise en œuvre avec nos voisins directs afin de protéger et aider au mieux nos concitoyens. Néanmoins, des informations me sont parvenues relayant une incapacité pour des services français de venir en aide à des individus se trouvant sur le territoire belge, alors qu'ils étaient mieux à même de les secourir en termes de distance et de temps.

Une convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente, signée à Tournai le 20 mars 2007, convient que les SMUR belges et français peuvent intervenir sur l'autre territoire à la demande d'un centre d'un des deux pays au système d'appel unifié de l'autre. L'article 16 de cette même convention précise également "qu'une concertation annuelle aurait lieu entre les ministres fédéraux et régionaux belges compétents et le ministre français de la Santé publique ou leurs représentants concernant la poursuite de l'application des accords repris dans la présente convention, sur la base des rapports à préparer pour la Commission mixte de l'accord cadre de coopération sanitaire franco-belge".

Monsieur le ministre, quelles sont vos intentions en termes d'amélioration de la coopération transfrontalière en matière d'aide médicale urgente? Pourriez-vous me communiquer les détails des concertations annuelles ayant lieu entre la France et la Belgique concernant l'application des accords repris dans la convention que je viens de citer? Des problèmes structurels subsistent-ils dans le cadre de l'application de cette convention? Quelle procédure a-t-elle été ou pourra-t-elle être mise en œuvre afin d'y remédier, le cas échéant?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Senesael, la collaboration transfrontalière a été très rapidement mise en œuvre après la signature de la convention en mars 2007 pour les provinces de Flandre orientale, du Hainaut, de Namur et de Luxembourg. Les annexes opérationnelles prévoyaient des secteurs d'intervention de première intention pour les SMUR du pays voisin. Ainsi, des SMUR français interviennent en première intention en Belgique et inversement, cela pour autant que le SMUR soit disponible et non déjà retenu par une autre mission.

Je peux vous transmettre les tableaux montrant les interventions sur les deux versants de la frontière pour ce qui concerne la Flandre orientale et le Hainaut. L'analyse montre que cette coopération fonctionne très bien dans les deux sens. Des réunions bilatérales sont régulièrement organisées au minimum une fois par an, excepté en 2020 vu les conditions sanitaires et il y a cinq participants: le représentant de l'Agence régionale de santé (ARS) et du SPF Santé publique, le représentant des C15 SAMU et des centrales d'urgence 112, le représentant des Caisses primaires de l'assurance maladie et mutuelles, les représentants des différentes fonctions du SMUR de France et de Belgique et des experts invités en cas de thématique spécifique.

Les communications entre les C15 SAMU et les services d'urgence 112 se déroulent sans problèmes majeurs. Si les moyens de l'autre pays sont activés par la centrale territorialement compétente, il n'y a plus de régulation entre elles. Aussi, si un moyen français est demandé par une centrale belge, l'activation du moyen SMUR se fait directement sans passer par le régulateur, ce qui représente un gain de temps non négligeable.

Pour les effecteurs jouxtant la province de Flandre orientale et du Hainaut, les communications se font essentiellement par téléphone mobile entre effecteurs et C15, CU 112 ou si les numéros sont connus, entre effecteurs eux-mêmes.

Pour les provinces de Namur et de Luxembourg, des radios ASTRID ont été prêtées aux services mobiles d'urgence et de réanimation français. Nous pouvons donc affirmer que la collaboration entre la France et la Belgique pour ce qui concerne les SMUR est une réalité opérationnelle. Toutefois, nous devons mentionner la problématique du passage des ambulances belges agréées 112 en France. En effet, une ambulance 112 ne peut être requise que par une CU 112 – donc belge – et n'est pas autorisée à circuler en France avec les signaux prioritaires.

De plus, la réglementation française permet au patient de choisir son hôpital, ce qui n'est pas le cas en Belgique. En Belgique, nous appliquons la règle de l'hôpital le plus proche. Pour terminer, le transport de patients par une ambulance 112 belge donne lieu à une facturation (indexée) à charge du patient de 60 euros, alors que le transport est gratuit pour le patient en France.

Une autre problématique est le transfert des données entre les institutions. Ce transfert existe mais il pourrait être amélioré dans sa forme et sa rapidité. Concernant ces deux problématiques – transport et flux de données –, des groupes de travail bilatéraux ont été constitués à l'initiative de l'ARS Grand-Est et en collaboration avec l'ARS Hauts-de-France, et mes services y participent activement.

12.03 Daniel Senesael (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour les explications détaillées que vous venez de fournir. Comme vous le suggérez, je serais intéressé d'obtenir les tableaux que vous avez mentionnés.

D'abord, on peut se réjouir que ces réunions annuelles prévues dans la convention ont bien lieu avec les représentants que vous avez cités, et qu'elles se déroulent sans problèmes majeurs, comme vous l'avez d'ailleurs signalé. On peut également se réjouir d'apprendre que des améliorations ont été apportées dans les communications entre les pays, et notamment avec les radios ASTRID.

Je prends acte des problématiques qui subsistent quant au transfert des données et aux différences de réglementations en France et en Belgique. Je regarderai plus attentivement encore votre réponse pour voir comment nous pouvons agir et réagir afin d'améliorer l'efficacité de ces services de part et d'autre de nos pays respectifs.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La grippe saisonnière durant cet automne/hiver" (55025294C)

13 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De seizoensgriep tijdens deze herfst/winter" (55025294C)

13.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, la circulation des virus grippaux n'a pas disparu à l'arrivée du coronavirus. Chaque année la grippe saisonnière touche, en moyenne, 500 000 personnes en Belgique soit 2 à 8 % de la population. 10 % de la population souffre de symptômes intenses de cette grippe et certains peuvent succomber à celle-ci. Plus de 90 % des décès concernent les personnes de plus de 65 ans.

C'est pourquoi, les personnes à risque sont invitées à se faire vacciner contre la grippe saisonnière chaque année.

Vu le croisement de la grippe saisonnière et de la pandémie COVID, une commande importante de vaccins

anti-grippe a été faite. De plus, une autorisation a été donnée pour que les pharmaciens puissent vacciner les personnes désireuses afin de couvrir un plus grand nombre population.

Monsieur le ministre, ces éléments m'amènent à vous poser les questions suivantes. Entre-temps, j'ai trouvé le rapport Influenza sur le site de Sciensano. Vous pouvez donc peut-être concentrer vos réponses sur les vaccins.

Quel est le bilan de cet automne-hiver?

Combien de cas de grippe avons-nous pu répertorier? Ce nombre a-t-il été plus important que les années 2021 et 2020? Si oui, de combien estimez-vous cette différence?

Combien de vaccins contre la grippe saisonnière avons-nous administrés? Ce nombre a-t-il été plus important que les années précédentes? Si oui, de combien?

Combien de vaccins ont-ils été délivrés via les pharmaciens?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, madame Hennuy, c'est une question importante parce la grippe elle-même crée un problème de santé. C'est un risque de santé et la combinaison de la grippe et d'une circulation persistante du COVID pose un double problème. C'est ce que vivent actuellement une série d'hôpitaux. Il faut donc rester prudents vis-à-vis du COVID-19 mais aussi de la grippe.

Vous demandez quel est le bilan, combien de cas on a pu répertorier. D'abord, en premier lieu, la pandémie de COVID-19 de 2020 a eu un impact majeur sur la circulation de la grippe dans le monde. Au début de l'année 2020, il y avait encore une épidémie de grippe annuelle normale de la semaine du 20 janvier à la semaine du 9 mars 2020. Cette épidémie de grippe a été d'intensité modérée et a eu une durée moyenne de huit semaines, début 2020.

En revanche, l'hiver 2020-2021 s'est caractérisé par une absence quasi totale d'infections grippales, ce qui est exceptionnel par rapport à tous les hivers précédents, depuis le début de la surveillance par l'Organisation mondiale de la Santé en 1952.

Toujours pour ce qui concerne l'hiver 2021-2022, le nombre d'infections grippales était, au début, exceptionnellement bas. Mais on a observé, en Belgique et dans le reste de l'Europe, plus d'infections grippales que l'hiver dernier. Dans un certain nombre de pays européens principalement en Europe du Nord et de l'Est, mais aussi en France une épidémie de grippe a été observée durant cet hiver.

Il n'existe actuellement pas de chiffres nationaux complets sur le nombre d'infections grippales car la grippe n'est pas une maladie qui est obligatoirement enregistrée. Des estimations basées sur la surveillance par les réseaux de surveillance sont disponibles. Il s'agit, toutefois, d'estimations très approximatives pour ce qui concerne les deux dernières semaines car l'épidémie de COVID 19 a fortement entravé le fonctionnement de ces réseaux. Mais sur la base de cette surveillance, le nombre estimé de consultations de médecins généralistes pour des infections grippales confirmées en 2020, 2021 et jusqu'au 13 février 2022 était respectivement de 213 500, 7 220 et 15 150. Le bulletin hebdomadaire de Sciensano portant sur les infections respiratoires de la semaine du 7 au 13 mars nous apporte des données plus récentes. Les médecins généralistes observent un taux de consultations pour des symptômes grippaux correspondant à 520 consultations sur 100 000, ce qui est un niveau moyennement intense correspondant à ce qui a pu être observé durant les années précédentes. La tendance est croissante. On ne peut évidemment pas se prononcer par rapport au pic. Dans le même sens, on observe 4,6 hospitalisations sur 100 000 personnes par semaine en raison de la grippe. Cela pourrait être une sous-estimation si on compare avec les années sans COVID-19, puisque les patients qui sont admis pour cause de COVID-19 présentent souvent des symptômes similaires.

On voit aussi que le taux de positivité des tests augmente, tant pour la grippe que pour le COVID-19. Finalement, sur le plan de la médecine générale, le tableau affiche 1 295 consultations par tranche de 100 000 consultations pour d'autres infections des voies aériennes. Donc, globalement, nous nous situons depuis quelques semaines dans une tendance assez comparable à celles d'années antérieures sans COVID-19. On pourrait supposer que la levée des mesures sanitaires – notamment le port du masque et la distanciation sociale – s'est traduite également par une levée des barrières contre la transmission de la

grippe mais, à ce stade de l'évolution, il est quelque peu prématuré de déjà tirer des conclusions définitives.

Ceci étant, il s'agit d'un problème de santé publique qui, combiné au COVID-19, entraîne une réelle pression sur une série d'hôpitaux, et qui souligne l'importance du port du masque dans les transports publics, chez les pharmaciens, dans les cabinets des médecins généralistes, dans les hôpitaux ou encore dans les maisons de repos. De manière générale, je pense qu'il est vraiment recommandé aux personnes qui se sentent vulnérables et qui ont une santé plus fragile de porter le masque dans les magasins, par exemple. Je pense qu'il nous faut une culture selon laquelle le port du masque doit être quelque chose d'assez naturel, et non quelque chose de négatif.

Même chose pour la ventilation: la ventilation est aussi importante contre la circulation du virus grippal que contre la circulation du coronavirus. Dès lors, je pense qu'actuellement, ces jours-ci, une prudence accrue est de nouveau de mise, et les gestes barrières que nous avons eu l'habitude d'appliquer doivent être maintenus, en particulier par les personnes vulnérables. La grippe n'est pas une maladie innocente, et nous savons que même avec le variant omicron, la COVID-19 n'est pas du tout une maladie innocente! La combinaison de deux épidémies pourrait donc être extrêmement gênante.

Je pense donc que la situation mérite un suivi et que nous devons rester vigilants. Comme je l'ai dit lors d'échanges antérieurs, cela souligne l'importance d'une bonne préparation au cas où la situation se détériorerait. Merci pour votre attention.

13.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses bien complètes. Il est donc un peu prématuré d'avoir à ce stade une évaluation des résultats de la vaccination contre la grippe.

13.04 Frank Vandenbroucke, ministre: L'AFMPS ne dispose pas des chiffres relatifs à la vaccination, mais bien sur la disponibilité et la distribution des vaccins. Sur base de ces chiffres, l'AFMPS estime que 2 840 000 vaccins ont été vendus durant la saison grippale 2021- 2022. L'AFMPS ne dispose pas encore des chiffres concernant les vaccins retournés. Ce chiffre est donc une estimation. Ce sont en fait les mêmes chiffres que ceux de la saison 2020-2021.

À votre dernière question, je répondrai que l'Association pharmaceutique belge a informé l'AFMPS que jusqu'au 2 février inclus, 2 125 839 vaccins avaient été délivrés en officine au cours de la saison grippale 2021-2022.

13.05 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie.

Je n'ai pas de réplique particulière ma question étant purement informative.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La sclérose en plaques et la facture énergétique" (55025297C)

14 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Multiple sclerose en de energiefactuur" (55025297C)

14.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, à la suite de plusieurs témoignages de citoyens, j'ai appris que les personnes atteintes de sclérose en plaques ont besoin de températures relativement stables. En effet, un risque d'hyper- ou d'hypothermie existerait pour ces patients. Leur facture énergétique serait en conséquence très importante, en particulier suite à l'explosion des prix de l'énergie que nous connaissons.

Toujours selon ces témoignages, ces personnes ne bénéficient pas toujours d'une aide adaptée à leur situation.

Monsieur le ministre, avez-vous eu connaissance d'un problème lié à la nécessité d'assurer une température stable dans le foyer pour les personnes atteintes de sclérose en plaques? Dans la positive, comment les aspects médicaux et financiers liés à la facture énergétique sont-ils pris en charge pour ces patients? Dans la négative, comptez-vous vous pencher sur cette problématique?

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame, je suis conscient du lien entre les variations de températures et les symptômes de la sclérose en plaques. Les basses températures affectent les nerfs et les muscles. Cela peut entraîner une augmentation de la douleur, des crampes, des spasmes et la raideur de la sclérose en plaques, qui peuvent à leur tour entraîner des problèmes de marche ou d'utilisation des mains.

Ce n'est pas seulement le froid qui peut avoir un effet négatif sur les symptômes de la sclérose en plaques, mais aussi la chaleur

Pour prévenir les problèmes causés par le froid, MS Nurse Pro, *Online foundation education programme for nurses working in the field of multiple sclerosis*, recommande de porter plusieurs couches de vêtements et de boire des boissons chaudes, mais sans trop augmenter le chauffage, parce qu'une chaleur excessive peut provoquer des rechutes. En gros, rester au chaud, mais garder la tête froide, si je peux le dire ainsi.

Il est particulièrement important d'assurer une température stable, mais aussi de ne pas monter le chauffage trop haut.

La facture énergétique est bien sûr un problème qui touche actuellement tout le monde. Comme vous le savez, le gouvernement a déjà pris des mesures à cet égard. Les aspects financiers du traitement médical sont partiellement couverts par les différents types de MAF et l'intervention forfaitaire pour malade chronique.

De plus, le tarif social pour l'électricité et le gaz naturel est accordé pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, ainsi que pour les bénéficiaires de différentes allocations fédérales et/ou régionales (allocations d'intégration, remplacement de revenus, etc.).

En outre, l'Association des patients atteints de sclérose en plaques a donné quelques conseils sur la manière dont les patients peuvent passer les froides journées d'hiver. Je suppose que les médecins qui les traitent donneront également des conseils à ce sujet et adapteront leur traitement, si nécessaire.

En bref, s'il est important d'être conscient de cette problématique et des recommandations quant aux comportements à avoir, il est, comme vous le dites, également important que la protection sociale soit adéquate, sachant que celle-ci doit toujours être améliorée. Il était donc important de prolonger, au niveau fédéral, les mesures qui ont été prises en matière de tarif social qui a, d'ailleurs, été élargi à tous les bénéficiaires de l'intervention majorée. Comme vous le savez, ce dispositif sera évalué en septembre.

14.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse circonstanciée.

Je suis heureuse que vous soyez conscient du fait que les symptômes des patients qui souffrent de sclérose en plaques peuvent s'aggraver quand la température augmente ou diminue. Cela a, d'ailleurs, été objectivé par un certain nombre d'études. Ce sont des effets qui sont connus pour les 40 000 personnes qui souffrent de cette maladie en Belgique et qui nécessitent des mesures de soutien. Or, aujourd'hui, – c'est d'ailleurs la raison pour laquelle je tenais à vous interpeller à ce sujet – ces personnes ne bénéficient pas forcément d'une aide financière adaptée à leur situation.

Il est vrai que votre gouvernement a adopté certaines mesures en faveur des publics les plus précaires, les plus en difficulté comme, bien évidemment, l'extension du tarif social. Mais il faut aussi pouvoir prendre des mesures axées sur des publics qui ne sont pas nécessairement les plus précarisés, mais qui sont rendus vulnérables par la maladie dont ils souffrent. Pour eux, la seule issue possible est de faire appel aux CPAS, ce qui implique pour eux une procédure lourde et vexatoire. Je vous encourage donc à évaluer les mesures mises en place, à voir si elles sont suffisantes pour ces patients, en particulier, au regard de l'augmentation constante des prix, et de leur proposer, si cela s'avérerait nécessaire, d'autres mesures afin de les soutenir au mieux.

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 communiqué de presse des organisations étudiantes relatif aux quotas INAMI" (55025300C)
- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fixation de contingents de médecins" (55025429C)
- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas de médecins" (55025432C)

15 Samengevoegde vragen van

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het persbericht van de studentenorganisaties over de RIZIV-quota" (55025300C)
- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsencontingentering" (55025429C)
- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55025432C)

15.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, le 1^{er} février dernier, je vous interrogeais sur l'avenir de votre projet de loi qui contient ce fameux article 69 bloquant l'octroi de quotas INAMI.

Vous m'aviez répondu que la concertation relative à la manière dont l'offre médicale doit être alignée sur les besoins – et au sujet de laquelle vous n'avez pas souhaité nous communiquer davantage d'informations – était toujours en cours, ajoutant qu'un accord pouvait aboutir rapidement. Nous voici deux mois plus tard et force est de constater que le flou reste entier pour les étudiants en médecine, qui s'inquiètent légitimement pour leur avenir professionnel.

C'est pourquoi plusieurs organisations étudiantes, dont le CIUM et la FEF, vous ont remis une pétition signée par plus de 6 000 étudiants de toutes les universités francophones - avec le soutien de leurs homologues néerlandophones -, qui exige le retrait pur et simple de l'article 69. Ce n'est qu'après leur manifestation devant votre cabinet que vous avez accepté de les recevoir pour leur signifier principalement que vous étiez conscient de la pénurie de médecins, tout en continuant de considérer que cet article était nécessaire, au motif qu'il "constitue un outil de pression et de chantage - ce sont vos mots - sur la Communauté française pour renforcer les quotas INAMI", alors même qu'ils aggravent la pénurie de médecins, que vous avez vous-même reconnue.

Plus récemment, la Commission de planification a remis un avis vous demandant de relever le seuil de candidats qui recevraient leur numéro INAMI en Communauté française, à la triple condition d'instaurer une sélection dès la prochaine rentrée, mais aussi d'orienter les médecins vers les spécialités où la force de travail doit être renforcée et de supprimer la clef utilisée pour répartir les quotas entre le nord et le sud du pays. Vous avez alors réagi dans *Le Soir* en assurant que chaque étudiant en médecine serait "sécurisé, avec un nouveau filtre à l'entrée", en ce sens qu'il recevrait, dès l'obtention de son diplôme, un numéro INAMI.

En conséquence, monsieur le ministre, quel est l'état d'avancement des négociations interfédérales? Une nouvelle date butoir est-elle fixée? Ensuite, êtes-vous toujours aussi optimiste quant à la conclusion d'un accord? Si oui, pourquoi conserver votre article 69, puisqu'il n'a vocation à s'appliquer qu'en l'absence d'accord? Que répondez-vous aux revendications des étudiants?

Où en est-on dans la création de cet organe interfédéral de planification qui est prévu dans l'accord de gouvernement?

Êtes-vous prêt à augmenter les quotas d'étudiants en Communauté française, moyennant toutes les conditions posées par la Commission de planification, et non simplement certaines? Selon vous, l'augmentation préconisée de seulement 55 numéros INAMI par an est-elle suffisante? À défaut, pourrait-on relever ce nombre?

Enfin, êtes-vous disposé à supprimer - comme demandé par la Commission de planification - la clef de répartition de ces quotas INAMI entre la Flandre et la Wallonie?

15.02 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal hier niet te veel woorden aan vuil maken voor ik uw antwoord hoor, want ik vraag een stand van zaken in dit dossier.

Ik heb alleszins al één vaststelling. We zijn intussen twee maanden na uw grote ultimatum en daar blijft weinig van over. Dat kunnen we toch al concluderen. Dat waren grote woorden, maar er is daarvan weinig in huis gekomen. Het klopt dat u nog altijd een wet houdende diverse bepalingen hangende hebt waarin een artikel staat dat toch een zekere responsabiliseringsmaatregel in zich draagt, namelijk dat artikel 69. Alleen vraag ik mij af wat u tegenhoudt om dat artikel in de commissie te laten aannemen. Dat had immers al lang kunnen gebeuren.

U bent ondertussen nog gesprekken aan het voeren. In de wandelgangen hoort men dan wel eens iets, maar dat stelt mij niet echt gerust. Ik krijg dus graag een stand van zaken.

Wat mij ook niet geruststelt, is dat de Planningscommissie opnieuw met een zeer politiek advies is gekomen en zelfs parameters gebruikt waarmee eigenlijk geïnstitutionaliseerd wordt dat Franstalige artsen minder werken dan Vlaamse artsen. Dat is natuurlijk onder andere rechtstreeks een gevolg van het feit dat ze met te veel zijn.

Ik hoop dat u niet denkt dat wij in dat soort mist geloven, maar voor ik voor de rest een oordeel vel over waar u zult landen, want dat is natuurlijk het belangrijkste, hoor ik graag van u waar u vandaag staat.

15.03 Barbara Pas (VB): Mijnheer de minister, dat federaal responsabiliseringsmechanisme voor het naleven van dat vastgelegde aantal artsen werd conform het regeerakkoord aangekondigd. Dat hebt u al verscheidene keren aangekondigd. De deadline die u zichzelf daarvoor oplegde is ondertussen al bijna twee maanden verstreken. Toen die deadline net was verstreken, antwoordde u dat u bleef hopen op een akkoord. Het is tijd om eens te polsen hoe het met die hoop gesteld is.

Ondertussen beweegt er nog wel een en ander. De Waalse arts-specialisten hebben tegen uw plannen geprotesteerd en aan Vlaamse kant sluiten de Vlaamse vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding en de Vlaamse geneeskundestudenten zich volmondig aan bij de plannen voor dat responsabiliseringsmechanisme.

Ik had een aantal citaten in mijn vraag gezet en wil er nog eentje aan toevoegen. De voorzitter van het Vlaams Geneeskundig StudentenOverleg zegt terecht dat men lijkt te vergeten dat aan Waalse zijde al decennia meer studenten worden toegelaten dan vooraf vastgesteld is in dat contingent en dat ondanks dat overtal het nijpende tekort toch niet is opgelost.

Die instroombeperking is alleszins niet de oorzaak van het tekort in die knelpuntspecialismen. Laat nu net vandaag de Vlaamse regering communiceren dat zij opnieuw doet wat wordt gevraagd en opnieuw haar verantwoordelijkheid neemt. Deze keer zal ze voor het eerst subquota per specialisatie invoeren, om het zorgaanbod beter af te stemmen op de vraag. Dan kan het natuurlijk niet dat er intussen aan Franstalige zijde nog niet eens een effectieve filter bestaat.

Wat is de stand van zaken? Hoelang zal u nog hopen op een akkoord? Wanneer zullen er federale stappen worden ondernomen?

Betekent het ontbreken van dat beloofde responsabiliseringsmechanisme dat de ondergrens van het quotum niet wordt aangepast?

Kan u toch een timing geven voor de uitvoering van het regeerakkoord? Zal u, zoals ook de Vlaamse vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding terecht eist, ervoor zorgen dat die maatregelen ingaan voor het komende academiejaar?

15.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik zal in algemene termen antwoorden omdat er nog overleg loopt. Ik wil dat overleg ook niet bemoeilijken door nu mijn eigen mening te geven over alle mogelijke gedetailleerde aspecten daarvan. Ik herhaal wat voor mij de grote doelstellingen zijn. We moeten komen tot een globale, duurzame oplossing met drie uitgangspunten.

Ten eerste, moet het medische aanbod echt wel afgestemd worden op objectieve behoeften. Daarbij moet er aandacht zijn voor knelpunten in het medische aanbod. Bij de knelpunten moet er aandacht zijn voor de spreiding van het aanbod over elke regio en voor wat we kunnen doen voor een betere spreiding binnen de regio's. De werkzaamheden van de Planningscommissie betreffen geobjectiveerde cijfers. Daar kan over worden gediscussieerd. Er kan ook worden gediscussieerd over de uitgangspunten, maar de federale

Planningscommissie legt een ernstig en objectief raamwerk voor. Het is belangrijk dat we daarvan kunnen vertrekken.

Ten tweede, als de federale Planningscommissie quota voorstelt met betrekking tot het aantal jonge mensen dat wordt toegelaten tot de specialismen in de geneeskunde na het volgen van een basisopleiding, dan is het essentieel dat die quota gerespecteerd worden langs beide kanten van de taalgrens. We moeten ook kunnen zien dat ze gerespecteerd worden en dat ze gerespecteerd zullen blijven worden. We moeten een reële beheersing krijgen van het aanbod in functie van deze objectieve quota.

Ten derde, kan hiermee rechtszekerheid worden gecreëerd voor alle studenten, als dat op een correcte manier wordt gedaan. We zijn zo ver nog niet. Het overleg over deze verschillende doelstellingen loopt. We zijn wat over onze tijd gegaan en ik zal er ook geen deadline op plakken. Ik ben echter hoopvol gestemd dat we, mits goede wil en mits de ogen gericht zijn op resultaat, tot een duurzame oplossing kunnen komen voor een probleem dat al zowat 25 jaar aansleept en eigenlijk eerder verrot is dan opgelost geraakt. Het is onze opdracht om het op te lossen, vanuit het oogpunt van een correct medisch aanbod, hoge kwaliteit van de beroepen, hoge kwaliteit van de opleidingen en hoge kwaliteit van de zorg.

15.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie.

J'entends qu'une concertation est encore en cours et que c'est la raison pour laquelle vous ne pouvez répondre à l'ensemble de nos questions. Je peux l'entendre si c'est pour donner toutes ses chances à ces négociations d'aboutir.

Néanmoins, je me pose la question de savoir si le contexte aujourd'hui est encore assez serein pour aboutir à un accord constructif lorsque l'on voit que les conditions posées par l'avis de la Commission de planification, tel qu'il a été rendu, sont à ce point strictes et même pénalisantes pour les étudiants.

Ces trois conditions sont cumulatives; or, vous ne vous focalisez, en tout cas au regard des informations que vous avez pu nous donner, que sur l'instauration d'un concours de sélection qui ne pourra être instauré qu'en concertation avec les entités fédérées et les organisations étudiantes. C'est fondamental.

Or, il y a aussi deux autres conditions qui, au contraire du concours, ont le mérite de ne pas pénaliser les étudiants qui sortiraient du secondaire en venant des "mauvaises" écoles, à savoir des écoles qui n'auraient pas un haut niveau en mathématiques, physique ou encore biologie. Première condition: orienter les médecins vers la médecine générale, la gériatrie ou la psychiatrie. Deuxième condition: supprimer la clé utilisée pour répartir les quotas entre le nord et le sud du pays, surtout vu sa petite taille, la libre circulation des soignants et la pénurie de médecins qui touche l'entièreté du territoire.

Je suis consternée de voir qu'il y a encore des partis qui nient que ce problème touche l'ensemble de notre petit pays.

15.06 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, het verbaast me dat er nog altijd collega's zijn die denken dat het tekort in bepaalde deelspecialiteiten te maken heeft met de instroom, terwijl er nog nooit quota zijn geweest in hun deel van dit kleine landje.

U zegt dat u over tijd bent gegaan. Dat is een understatement want we zijn al 25 jaar over tijd. Ik heb u wel al beter weten antwoorden, op momenten waarop u dacht dat u nog straf uit de hoek kon komen met uw responsabiliseringsmechanisme. Eigenlijk is de oplossing redelijk simpel en die was er ook onder de Zweedse regering. Er is een akkoord bedacht waarmee het overtal uit het verleden zou worden afbetaald, waarmee een responsabiliseringsmechanisme zou worden ingevoerd en waarmee er een duidelijke afspraak voor de toekomst was. Mevrouw De Block heeft dat akkoord echter nooit uitgevoerd en u doet het ook niet. U doet hetzelfde als mevrouw De Block. U uit wat stoere woorden, maar als puntje bij paaltje komt, gaat u nog eens praten.

Ik hoor nu bovendien dat u uw responsabiliseringsmechanisme, dat u ten minste al in een wettekst had gegoten, ook al aan het schrappen bent. Als u uw drie principes voor het respecteren van de quota zo serieus zou nemen, dan kon u dat volgende week perfect al laten goedkeuren. Het komt echter niet naar de commissie. Ik voel al in mijn botten aan wat u gaat doen: u gaat uw akkoord weer op een nieuwsvolle dag presenteren. Het zal op kosten zijn van de Vlaamse studenten en op kosten van de Vlaamse belastingbetaler. U zal dit dossier niet oplossen, u zal een generaal pardon uitspreken. Dat bent u van plan.

15.07 Barbara Pas (VB): Mijnheer de minister, eigenlijk geeft u hetzelfde antwoord als twee maanden geleden. U geeft de doelstellingen, waarover ik toen al gezegd heb dat ik het daarmee eens ben. Het aanbod moet worden afgestemd op de behoeften, de quota moeten worden gerespecteerd en er moet rechtszekerheid komen voor de studenten. We zijn het er allemaal over eens dat de kwaliteit van de opleiding en de kwaliteit van de zorg de prioriteiten moeten zijn.

Het feit dat u zich nog niet eens vastprijkt op een deadline, maakt de kans dat het volgend academiejaar al wordt toegepast met de dag wel kleiner. U spreekt verder alleen over het oplossen hiervan, maar ik had een engagement willen horen voor het responsabiliseringsmechanisme dat in uw eigen regeerakkoord staat. U zou het op zijn minst vandaag al hard kunnen maken dat wij bijvoorbeeld geen volledige tabula rasa zullen maken van de Franstalige overtuigen uit het verleden en dat de verdeelsleutel niet losgelaten wordt. Dat zijn zaken die ik vandaag had willen horen. Aan Vlaamse kant wordt immers al 25 jaar wel gedaan wat wordt gevraagd. Voor het eerst subquota vastleggen voor het aantal kandidaten voor de opleidingen tot arts-specialist en tandarts-specialist gebeurt vandaag immers, volgens het advies van de Vlaamse Planningscommissie. Het is bijzonder betreurenswaardig dat u blijft hopen op een akkoord want ondertussen gaat er kostbare tijd voorbij.

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

Le **président**: La question n° 55025310C de Mme Zanchetta est reportée.

16 Vraag van Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een data-overdracht tussen het federale en Vlaamse niveau i.h.k.v. de artsencontingentering" (55025349C)

16 Question de Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un transfert de données entre niveaux fédéral et flamand en vue du contingentement des médecins" (55025349C)

16.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, in het advies van de Vlaamse Planningscommissie lees ik dat zij niet beschikt over de nodige data over de vijf elementen aangaande artikel 3, 4de lid, van het besluit van de Vlaamse regering voor de planning van het medisch aanbod. Dat maakt het moeilijk om evidencebased uitspraken te doen over de behoefte aan actieve artsen en tandartsen in de komende vijftien jaar. U begrijpt dat Vlaanderen dat liever zelf bekijkt. Naast de door de FOD gepubliceerde adviezen, jaarverslagen en excelbestanden heeft de Vlaamse Planningscommissie de onderliggende data nodig. Een overdracht van data tussen het federale en Vlaamse niveau is noodzakelijk, onder andere over de assumpties onderliggend aan het basisscenario en, vooral, over de alternatieve scenario's, zodat die transparant zijn en berekend kunnen worden met het oog op de situatie daar. Wat is de stand van zaken?

Mijnheer de minister, de Vlaamse Planningscommissie adviseert om een samenwerkingsakkoord daarvoor te sluiten, met het oog op maximale dataoverdracht tussen de twee niveaus en opbouw van voldoende analysecapaciteit op het Vlaamse niveau. Hoe staat u tegenover dat advies van de Vlaamse Planningscommissie? Bestaat op het federale niveau de wil om de data te delen? Hoe gaat u met dat advies en die vraag verder aan de slag en wanneer?

U begrijpt dat ik daarin iets meer geloof dan in het voorgaande verhaal.

16.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Peel, de federale Planningscommissie besteedt al bijzondere aandacht aan de beschrijving van de statistische analyses die zij uitvoert, en houdt rekening met de mate van uitsplitsing die nuttig is voor de Gemeenschappen, toegestaan in het kader van de wetgeving op de bescherming van de privégegevens. De beschrijving van de activiteiten vindt plaats op niveau van het land, de Gemeenschappen, de regio's, de provincies en indien mogelijk de gemeenten, zoals voor de huisartsgeneeskunde. Vervolgens worden de scenario's voor de ontwikkeling van de beroepsbevolking per gemeenschap vastgesteld voor zowel de basisscenario's als de alternatieve scenario's.

De federale overheid staat steeds ter beschikking om binnen de grenzen van haar middelen en met inachtnaam van de wetgeving op de bescherming van de privégegevens ondersteuning te bieden aan de commissies van de gemeenschappen.

Ik deel uw bekommernis dat een goede synergie en data- en informatie-uitwisseling tussen de bevoegdheidsniveaus cruciaal is. Dat lijkt mij een van de hoofdpodochten van het toekomstige interfederale orgaan. De federale regering heeft mijn conceptnota ter zake goedgekeurd. Vervolgens wordt met de deelstaten over die conceptnota overlegd. De totstandbrenging van een samenwerkingsovereenkomst inzake gegevensoverdracht zal zeker een van de eerste taken zijn van dat nieuwe overlegorgaan.

16.03 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mijnheer de minister, dat zou een goede zaak zijn.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

17 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitvoering van het regeerakkoord: staatshervorming en gezondheidszorg" (55025336C)
- **Sander Loones** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een asymmetrisch beleid" (55025465C)

17 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'exécution de l'accord de gouvernement: réforme de l'État et soins de santé" (55025336C)
- **Sander Loones** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique asymétrique" (55025465C)

17.01 **Sander Loones** (N-VA): Mijnheer de minister, er zijn er die slaan en er zijn er die zalven. Ik kom u vandaag niet zalven, maar complimenten geven.

Het regeerakkoord schrijft voor dat er zal worden bekeken hoe bepaalde bevoegdheden op maat van de deelstaten kunnen worden uitgevoerd. Daarover is al heel wat discussie geweest in de commissie met ministers Verlinden en Clarinval. Het gevolg daarvan is dat zij aan alle ministers een brief hebben gericht met de vraag wat zij op dat vlak zullen doen. Slechts vier ministers hebben geantwoord, onder wie u, mijnheer de minister. Ik ben intussen mijn rondje aan het doen. Een aantal van uw collega's is ondertussen ook in hun pen aan het kruipen om toch beleefd te antwoorden. Dat doet men wanneer men een brief krijgt.

Mijn vraag is zeer simpel, mijnheer de minister. Kunnen wij die brief ook krijgen?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Loones, ik kan u zeggen wat ik heb geschreven over asymmetrisch beleid, want dat is eigenlijk uw aandachtspunt, terecht.

In mijn antwoord aan minister Verlinden maak ik een onderscheid tussen Volksgezondheid en Sociale Zaken. Wat Volksgezondheid betreft, kan ik vier facetten van het beleid aanstippen waarin asymmetrisch beleid absoluut relevant is.

Ten eerste, mits samenwerkingsakkoorden kunnen wij de deelstaten financieel ondersteunen bij vaccinatiecampagnes of screeningsprogramma's. Wij kunnen dat asymmetrisch doen. Dat is bijvoorbeeld in het verleden al gebeurd voor baarmoederhalskankervaccinatie aan Vlaamse zijde en darmkankerscreening aan Waalse zijde. Er is geen enkele reden waarom men dat, als het globaal politiek evenwichtig en verantwoord is, niet meer zou doen.

Ik geef een heel kleine anekdote mee, die wel ontbreekt in mijn brief aan minister Verlinden. Twintig jaar geleden zorgde ik al voor innovatie door in de protocolakkoorden over het uitrollen van de ouderenzorg, toen dat nog een federale bevoegdheid was, ook te diversifiëren naargelang van de Gemeenschappen, omdat de behoeften en de beleidsintenties niet helemaal dezelfde waren. Toen was dat nog een grote innovatie, maar wij kunnen dat vrij systematisch doen. In afwachting van verdere staatshervormingen kunnen wij al proberen toch meer op maat te werken van de behoeften en preferenties van de Gemeenschappen. De screeningsprogramma's en vaccinatiecampagnes vormen een eerste facet daarvan.

Ten tweede, zowel in het kader van onze pilootprojecten *chronic care* – dat gaat over het terdege in rekening nemen van de chroniciteit van aandoeningen en het feit dat men goede, vaak multidisciplinaire zorgtrajecten moet organiseren – als in het kader van de overeenkomst psychologische zorg in de eerste lijn hebben we

veel overleg gepleegd met de deelstaten.

Er is overigens een protocol, oftewel een symmetrisch kader, gemaakt rond de psychologische hulp in de eerste lijn. Het is perfect mogelijk, zelfs aan te bevelen, dat de deelstaten verschillende eigen specifieke initiatieven koppelen aan die projecten in *chronic care* vanuit de eigen bevoegdheden en vanuit de eigen preferenties.

Ook in een ander domein, dat u wel kent uit de onderhandelingen over de staatshervorming, kan asymmetrie blijvend aan bod komen, met name in de samenwerkingsakkoorden met betrekking tot de opname van remgelden in het kader van bevoegdheden die overgeheveld zijn naar de deelstaten, in het federale systeem maximumfactuur en de financiering daarvan. Het is perfect denkbaar dat in de mate dat de deelstaten eigen bevoegdheden hebben op deeldomeinen van gezondheidszorg, ze verschillende benaderingen zullen ontwikkelen van wat persoonlijke aandelen zijn die mensen moeten betalen en dat ze dus op een verschillende manier zullen inbrengen wat ervan moet worden ingebracht in het systeem van de maximumfactuur, dat de optelsom van de persoonlijke aandelen wil beperken. De samenwerking die nu zeer operationeel uitgewerkt is rond de maximumfactuur, die een federaal systeem is, maar met een stuk input van aandelen die betaald zijn in het kader van gezondheidszorg in domeinen die deelstaatbevoegdheid zijn, kan perfect asymmetrisch worden ingevuld.

In de coronapandemie hebben we geprobeerd om veel te coördineren, uitdrukkelijk in het kader van de federale fase, maar zelfs los van de federale fase moet er worden gecoördineerd en dus gestroomlijnd en hetzelfde gedaan. Dat laat wel perfect toe dat er verschillende accenten worden gelegd. Dat is ook gebeurd en daar is niks verkeerd aan. In het beheer van zo'n epidemie moet men coördineren, maar dat komt niet per definitie overeen met eenheidsworst.

Wat Sociale Zaken betreft, stip ik een recent voorbeeld aan. Onlangs hebben wij – daar is niets geheims aan, dat werd hier in de commissie besproken en goedgekeurd – het onderscheid in de federale wetgeving tussen beschutte en sociale werkplaatsen op het vlak van RSZ-bijdragen en bijdragevermindering weggewerkt, zodat de beschutte werkplaatsen en maatwerkbedrijven bedoeld in het Vlaamse decreet van 12 juli 2013 allemaal onder dezelfde regels vallen.

We hebben daarbij ook een specifieke afspraak gemaakt over wat er in Vlaanderen gebeurt om ervoor te zorgen dat onze beslissing inderdaad grotere inspanningen in die sectoren mogelijk maakt. Ik vind dat mooie afspraken en nuttig wetgevend werk. Niemand heeft daar hard om geroepen, maar dat is een vorm van asymmetrie.

Een ander voorbeeld dat ik aanstip in mijn overleg met mevrouw Verlinden en dat ook een voorbeeld is zoals dat in verband met de aanpak van de epidemie, waarbij men enerzijds uniformiteit en convergentie wenst, maar anderzijds zo weinig verschil toelaat, is het terug-naar-werkbeleid van langdurig zieken. Enerzijds vind ik dat we daar convergentie nodig hebben. Ik verwacht natuurlijk van de verschillende gewesten meer ambitie en ook een convergerende ambitie naar boven. Vlaanderen heeft in het verleden meer gedaan dan Brussel en Wallonië met betrekking tot re-integratie van langdurig zieken, maar dat heeft ook te maken met het feit dat er in de Vlaamse arbeidsmarkt meer zuigkracht zit. Enerzijds is er het verhaal van convergentie en op die manier uniformiteit in de benadering. Dat is ook logisch aangezien we in een federaal sociaal systeem zitten.

Anderzijds maak ik aparte protocollen met Vlaanderen – ik heb er vorige week een ondertekend met mevrouw Crevits –, Brussel en Wallonië. Dat zijn aparte protocollen, omdat de realiteit niet overal dezelfde is. Dat is een aanpak op maat. Ik vind dat ook een interessant voorbeeld van hoe men in het geheel van de bevoegdheden, zijnde wat ze zijn en niet altijd perfect georganiseerd, toch kan zorgen voor een afstemming op preferenties en noden in elke regio. Dat is wat ik aan mevrouw Verlinden heb gezegd wanneer het gaat over asymmetrie in mijn beleid. Er zijn voor de rest geen geheimen.

17.03 Sander Loones (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor dat heel correcte antwoord.

Eerst en vooral heb ik appreciatie voor het feit dat u de term asymmetrie correct invult. Als ik andere ministers bevraag, antwoorden zij vaak dat, als er een vraag is van een deelstaatminister en zij die inwilligen, zij dan asymmetrisch bezig zijn. Dat is natuurlijk niet het geval. Trouwens, wanneer men een maatregel neemt die dezelfde is voor het hele grondgebied, kan men deelstaten met iets opzadelen waar ze niet om hebben gevraagd, maar waar de andere wel om had gevraagd. Er is bij u een andere dynamiek, die

de correctheid van het debat enkel maar ten goede kan komen.

Ten tweede, ik doe een oproep om er heel actief mee aan de slag te gaan. Ik heb gezien dat het protocol betreffende de langdurig zieken inderdaad ondertekend is. U hebt een aantal heel concrete voorbeelden gegeven die in deze legislatuur en hopelijk nog voor 2024 kunnen worden geoperationaliseerd, zodat we na 2024 de echte asymmetrie zouden kunnen zien.

We hebben in het regeerakkoord de passage gelezen dat er wetsvoorstellen rond de defederalisering van de gezondheidszorg zullen worden geïntegreerd. Ook over die formulering kan nog wel een debatje worden opgezet, maar dat zal ongetwijfeld voor een volgende keer zijn.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prime forfaitaire pour les infirmiers spécialisés en soins périopératoires" (55025405C)

18 Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De forfaitaire premie voor verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in perioperatieve zorg" (55025405C)

18.01 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, l'enveloppe de 43 millions d'euros visant à octroyer une indemnité forfaitaire de 2 500 euros aux infirmiers spécialisés ne concernerait pas les infirmiers spécialisés en soins péri-opératoires.

La raison évoquée est l'absence de normes dans les blocs opératoires malgré l'octroi du titre professionnel en 2014.

Par ailleurs, les infirmiers en soins post-opératoires ont particulièrement été sollicités lors des différentes phases de l'épidémie de la covid-19. La plupart des infirmiers spécialisés en soins péri-opératoires ont aidé leurs collègues en se rendant dans les unités de soins intensifs, dans les services d'urgence ou dans les services d'hospitalisation pour prendre en charge les patients.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous indiquer si une solution est en passe d'être trouvée afin d'accorder également la prime forfaitaire aux infirmiers spécialisés en soins péri-opératoires?

Envisagez-vous de prendre les dispositions nécessaires afin de fixer les normes d'encadrement dans les blocs opératoires? Un contact en ce sens est-il pris avec les ministres des entités fédérées en charge de la santé afin d'envisager la question des normes d'agrément?

18.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Taquin, je suis parfaitement conscient de la problématique que vous esquissez. Je suis actuellement occupé à mettre en œuvre la décision d'octroyer un complément de spécialisation à certains infirmiers par la rédaction d'un projet d'arrêté royal qui déterminera les ayants droit de ce complément, après concertation avec le secteur.

La possibilité d'octroyer un complément de spécialisation aux infirmiers agréés pour un titre professionnel particulier ou pour une qualification professionnelle particulière et qui travaillent à l'hôpital dans un service agréé, une fonction agréée ou un programme de soins agréé est étudiée.

18.03 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour la réponse apportée et je suis soulagée que vous mainteniez le cap. Vous nous aviez confirmé qu'il ne faudrait pas qu'il y ait des perdants à cette réforme, qui avait pour but de valoriser l'ensemble du personnel soignant, qui en a bien besoin. Nous attendons cela avec impatience, mais je comprends que le travail prenne du temps s'il doit être bien fait.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président:** La question n° 55025408C de M. Patrick Prévot est reportée.

19 Vraag van Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over

"De nieuwe hiv-diagnoses en de teststrategie van het VK" (55025419C)

19 Question de Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH et la stratégie de testing du Royaume-Uni" (55025419C)

19.01 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer de minister, in het VK werd 49 % van de nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld bij heteropersonen en ongeveer evenveel bij mannen als bij vrouwen. Als men dit vergelijkt met 45 % bij de mannen die seks hebben met mannen en bij biseksuele personen, dan is dit toch wel een opvallend percentage.

De cijfers betekenen niet dat er een stijging is in het aantal hiv-besmettingen bij heteropersonen, maar ze zijn opvallend omdat er sinds 2014 een gigantische daling was van het aantal besmettingen – 71 % sinds 2014 – bij mannen die seks hebben met mannen.

Dit is de eerste keer in tien jaar dat diagnoses bij de heterogemeenschap hoger zijn dan bij de holibigemeenschap. Een verklaring hiervoor kan zijn dat mannen die seks hebben met mannen nog altijd tot de sleutelgroepen behoren voor de overdracht van hiv in Europa en dat sensibilisering veel beter is ingeburgerd bij deze groep en er ook minder wordt ingezet op de sensibilisering van andere bevolkingsgroepen.

Volgens professor Vandekerckhove van het UZ Gent zouden ook in ons land de nieuwe diagnoses gelijkliggen tussen mannen die seks hebben met mannen enerzijds en heteroseksuele mannen en vrouwen.

Het is dus zeer belangrijk om te blijven inzetten op sensibilisering bij de volledige bevolking. In Sub-Sahara-Afrika. vindt zes op de zeven nieuwe hiv-infecties bij adolescenten tussen 15 en 19 jaar bij meisjes plaats. Transgendervrouwen en sekswerkers lopen respectievelijk 34 en 26 keer zoveel risico op een hiv-infectie.

In het VK is men nu bezig met een aantal proefprojecten. Men heeft bijvoorbeeld een nieuw systeem, waarbij mensen die op de spoedafdeling werden aangemeld op hiv werden getest. Daardoor is men in dat ziekenhuis meer besmette mensen op het spoor gekomen, op de dienst specifiek bevoegd voor besmettingen met seksueel overdraagbare aandoeningen.

Mijnheer de minister, hebt u weet van deze cijfers in het VK? Hoe interpreteert u deze cijfers? Wat zijn de laatste cijfers in ons land? Zien we hier ook een verschuiving van het aantal besmettingen? Wat was de impact van de coronacrisis op het aantal mensen met een hiv-besmetting? Denkt u dat we ook in ons land actie op dat vlak moeten ondernemen?

19.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, het is de laatste vraag, maar het is een absoluut relevante vraag.

Ten eerste, over de cijfers van andere landen kan ik meegeven dat het Verenigd Koninkrijk, waarnaar u hebt verwezen, net als andere landen een jaarlijks epidemiologisch hiv-rapport publiceert. Elk land is wel verantwoordelijk voor de interpretatie van de eigen trends, maar niettemin worden voornamelijk via ECDC regelmatig contacten georganiseerd tussen de verantwoordelijken voor de hiv-surveillance in de Europese landen en het Verenigd Koninkrijk, waarbij nationale waarnemingen onder deskundigen kunnen worden besproken.

Op uw eerste vraag zou ik dus ja antwoorden. Wij hebben gelukkig een soort netwerking die ons toelaat dat met elkaar te bespreken. Wij nemen de interpretatie echter van hen over of wij luisteren naar hun interpretatie.

Wat zijn de cijfers in ons land? Zien wij ook dergelijke verschuivingen?

In 2020 werden in België 727 nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld. Dat komt overeen met twee nieuwe diagnoses per dag. Dat is dus een blijvend issue. Bij de diagnoses waarvoor de vermoedelijke overdrachtswijze van de hiv-infectie gekend was, bedroeg het aantal homoseksuele overdrachten 47 %, zijnde 244 gevallen. Het aantal heteroseksuele overdrachten bedroeg 49 %, of 252 gevallen. Dat is dus een fifty-fiftyverhouding bij de personen waarvan wij het weten.

Na de dalende trend van het aantal hiv-diagnoses tussen 2012 en 2018, werd in 2019 een epidemiologisch

plateau bereikt. Tussen 2019 en 2020 daalde het aantal nieuwe hiv-diagnoses met 21 %. Die sterke daling was echter duidelijk gerelateerd aan de covidpandemie en de maatregelen om de circulatie van het covidvirus in te perken. Beide hadden een invloed op de hiv-testactiviteiten, op het seksuele gedrag en op migratiedynamieken. Wij moeten dus enigszins opletten met de interpretatie daarvan voor extrapolaties op lange termijn.

Sinds het begin van de hiv-epidemie in België worden twee sleutelpopulaties bijzonder getroffen, met name mannen die seks hebben met mannen met Belgische nationaliteit en heteroseksuele mannen en vrouwen afkomstig uit Sub-Saharaans Afrika.

Net als in het Verenigd Koninkrijk zien wij sinds 2013 een gestage daling van het aantal diagnoses bij mannen die seks hebben met mannen, alsook een daling van het aantal diagnoses bij personen afkomstig uit Sub-Saharaans Afrika.

Gezien de dalende trend van de diagnoses in die twee sleutelpopulaties werd het aandeel van andere populaties of populaties met andere profielen de voorbije jaren relatief groter en is de epidemie in België nu ook meer gediversifieerd. In 2020 werd bijvoorbeeld 40 % van de nieuwe hiv-diagnoses vastgesteld bij Belgische mannen die seks hebben met mannen en heteroseksuelen afkomstig van Sub-Saharaans Afrika.

In vergelijking met andere Europese landen hebben wij een relatief hoog en constant hiv-testcijfer. In 2020 werden in totaal 629.063 hiv-tests uitgevoerd. Dat is 56 tests per 1.000 inwoners. Tussen 2019 en 2020 is het aantal uitgevoerde tests met 18 % gedaald. Dat is natuurlijk opnieuw het gevolg van covid. Dat is met name heel duidelijk van maart tot mei en van oktober tot december 2020: 58 % minder in april en 25 % minder in november in vergelijking met dezelfde periode in de voorgaande jaren. U vindt details over de hiv-epidemie in ons land in het jaarlijks epidemiologisch hiv-rapport van Sciensano, dat gepubliceerd is in november 2021.

Moeten wij actie ondernemen op dit punt? Wij beschikken over een gecombineerd preventieaanbod. De toolbox voor hiv-preventie is uitgebreid met biomedische instrumenten, zoals de post-expositie profylaxe voor mensen die mogelijk zijn blootgesteld aan hiv, de onmiddellijke behandeling van mensen die met hiv leven na diagnose om seksuele overdracht te vermijden en sinds kort ook het aanbod van pre-expositie profylaxe voor mensen met een verhoogd risico op een hiv-infectie.

België heeft eveneens een divers en uitgebreid testaanbod. Men kan worden getest op hiv in de eerstelijnszorg, in de tweedelijnszorg – in gespecialiseerde poliklinieken – en in ziekenhuizen. Daarnaast financiert het RIZIV drie hiv-referentiecentra om laagdrempelige tests uit te voeren: in Antwerpen het Helpcenter van het ITG, in Brussel het ELISA centrum in het UMC Sint-Pieter en in Luik het Centre de Référence Sida in het CHU Liège en Sida Sol asbl. Mensen uit specifieke groepen kunnen zich in die centra gratis en ook anoniem laten testen. Om doelgroepen die een hoger risico op hiv lopen, te bereiken, worden ook testprogramma's buiten bestaande gezondheidscentra op touw gezet. Ik verwijs naar wat wij doen met betrekking tot sekswerkers.

Na de diagnose moet een patiënt zo snel mogelijk worden behandeld voor hiv. Dat stelt de patiënt in staat een eerste medische begeleiding te krijgen en antiretrovirale therapie op te starten. Antiretrovirale therapie dient eveneens als preventie van verdere overdracht. Efficiënte behandeling leidt ertoe dat het virus ondetecteerbaar wordt en bijgevolg kan het virus niet verder worden overgedragen langs seksuele weg.

In België wordt meer dan 80 % van de patiënten die voor hiv in behandeling zijn, opgevolgd in een hiv-referentiecentrum. In 2020 kreeg 98 % van de hiv-patiënten in medische follow-up in een hiv-referentiecentrum antiretrovirale behandeling.

Het is nodig dat de preventie en teststrategie alsook de zorg inclusief en toegankelijk zijn voor alle getroffen populaties, vooral in tijden van pandemie, gezien de precaire situatie waarin een deel van de mensen zich bevindt.

In de context van optimalisatie van het gecombineerde preventieaanbod vormt het voorstel voor een voortgezet nationaal hiv-plan 2020-2026 een zeer opportuun beleidskader voor samenwerking en communicatie tussen de gezondheidsautoriteiten en de actoren van het hiv-werkveld.

Er wordt de laatste hand gelegd aan dit plan. De gegevens waarnaar u verwees en waarop ik verder

ingespeeld heb, spelen daar natuurlijk in mee. Ik verwacht dit voor de zomer te kunnen voorstellen.

19.03 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, er moet in België een constant en hoog aantal tests zijn, evenals veel preventie en een zeer goede opvolging. Wij zijn daarmee in België heel goed bezig. Echter, ik zie dat de cijfers ongeveer dezelfde verhouding hebben als deze in het Verenigd Koninkrijk. U hebt het terecht een blijvend issue genoemd.

In Target 3.3 van de SDG's wordt gesteld: *"includes the promise made by member states to achieve the end of aids by 2030."* Dan maak ik mij wel grote zorgen. Wij zijn in 2022 en hoewel wij goed bezig zijn, ondanks de goede preventie, ondanks de goede behandelingen geraken wij niet verder. Wij moeten hiervoor blijvend aandacht hebben.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gezondheidsdoelstellingen en de uitrol van het beleid 'Population Management'" (55025251C)

20 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les objectifs de santé et le déploiement de la stratégie de "Population Management" (55025251C)

20.01 Kathleen Depoorter (N-VA): *In het Verenigd Koninkrijk heeft de National Health Service (NHS) sinds 3 jaar een Health Management Development Project lopen. Hiermee wil men de gezondheidsdoelstellingen en "population management" op een meer efficiënte en data-gestuurde manier stoelen. Centraal hierbij staat het correct identificeren van hulpbehoevenden en de behandeling, medicijnen en nazorg opvolgen. Deze aanpak op maat vereist het verzamelen, analyseren en in werkprocessen omzetten van gegevens. Een meer efficiënte en doelgerichte gezondheidszorg gestoeld op actuele data zal het zorgsysteem en de financiële voorzieningen minder belasten; de patiënt wordt ook duidelijker opgevolgd. De gezondheidsdoelstellingen voor België werden in het regeerakkoord verankerd. Op dit moment wordt "Cardiovascular Management" als één van de speerpunten gezien.*

Mijn vragen voor de minister:

In hoeverre voorziet de minister stappen om een Population Management systeem – vergelijkbaar met het kader van het VK - op te zetten binnen de federale regering?

Werd er reeds een goedkeuring gegeven door de Hoge Gezondheidsraad of het CTG?

Zijn er concrete stappen?

Wat betreft Cardiovascular Management – kan de minister een stand van zaken geven betreffende de terugbetaling en de zorgpakketten rond ldl-verlagende middelen in tweede lijn?

Werd er werk gemaakt van de bepaling de doelgroep(en) en serologie?

idem voor het protocol lipiden en het daarmee verbonden zorgpad?

Idem voor de terugbetaling van

Inclusiran?

Evolocumab?

Alitocumab?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: *Mevrouw Depoorter, er zitten nogal veel diverse dingen in de vraag over gezondheidsdoelstellingen en het population management. Ik zal mijn antwoorden bundelen.*

In het regeerakkoord staat dat we beogen tegen 2030 de gezondheidsskloof tussen mensen met een hoogste en mensen met een laagste aantal te verwachten gezonde levensjaren met minstens 25 % te verkleinen, het aantal vermijdbare sterfgevallen met 15 % terug te dringen en opnieuw een plaats te veroveren in de groep van 10 Europese landen waar het aantal te verwachten gezonde levensjaren het hoogst is. Dat is ambitieus, maar we zullen daartoe ook in samenspraak met de deelstaten en zorgactoren gezondheidsdoelstellingen en een monitoringssysteem met mogelijke bijsturing opstellen. Mijn administratie, de FOD Volksgezondheid, werkt op dit moment de methodologie en de governance uit op basis van de analyse van het RIZIV in het kader van de gezondheidszorgdoelstellingen en het eindrapport van de Wereldgezondheidsorganisatie Public Review dat we een dezer dagen verwachten.

De principes van *population management* zijn al langer bekend en worden in ons land ook in toenemende mate toegepast, met wat andere bewoordingen. Ik verwijs bijvoorbeeld naar registers en gezondheidszorg-

gegevensmanagement, waar nog veel werk aan is. Het komt erop aan mooie principes in de praktijk te brengen en in instrumenten te voorzien, waarin data cruciaal zijn, om dit soort beleid te kunnen voeren.

U had vervolgens aandacht voor het cardiovasculaire aspect in het bijzonder en het medicamenteuze aspect van cardiovasculair management. Ik heb de voorbije weken op advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen en de werkgroep contracten een aantal positieve beslissingen genomen voor het opnemen van innovatieve tweedelijs-LDL-verlagende geneesmiddelen in het pakket van de verplichte ziekteverzekering. Ik ben tevreden dat die beslissingen konden worden genomen. Zo werden zowel bempedoïnezuur, dus Nilemdo en Nustendi, Inclisiran, dus Leqvio, als Alirocumab, met Praluent, recent positief genotificeerd voor primaire of secundaire preventie van arterosclerotische cardiovasculaire aandoeningen. Ook Evalocumab, Repatha, is momenteel in CTG-procedure voor deze indicatie. Vanwege het vertrouwelijke karakter kan ik u geen verdere informatie geven.

Uiteraard werd en wordt er door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen via de vergoedingsvoorwaarden van deze geneesmiddelen werk gemaakt van een correcte bepaling van de doelgroepen, onder andere op basis van de serologie, opdat aan de juiste patiënten, dus degene met het hoogste cardiovasculaire risico, bij wie de medicatie ook echt kosteneffectief is, toegang zou verleend worden tot deze vaak dure geneesmiddelen.

Wat het farmaceutische beleid betreft hebben wij recent, door concrete beslissingen, stappen vooruit gezet. De manier waarop dat gebeurt, beantwoordt aan de zorgen die uit uw vraag blijken, aan de filosofie die onderliggend is aan uw vraag.

20.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is een goede zaak dat in tweede lijn de innovatieve geneesmiddelen terugbetaald zullen worden. Het nog lopende onderzoek naar Repatha zal dan ook wel zijn uitkomst hebben.

Het gaat echter niet alleen over de terugbetaling of medicamenteuze benadering van het probleem, ook het populatiemanagement is van belang. Daarover heb ik u niet gehoord. Waar willen wij heen? Hoeveel patiënten willen wij uit die scope patiënten halen die in aanmerking zouden komen om die innovatieve geneesmiddelen te gebruiken? Welke ziektes zullen wij dan voorkomen?

Ik verwees in mijn vraag naar een grootschalige actie in het Verenigd Koninkrijk om die cardiovasculaire accidenten te downsize. Wij moeten daarop absoluut inzetten. Desnoods kan er gewerkt worden met pilootprojecten. U sprak over *health data*. Als wij die doelgericht willen gebruiken, moeten wij de scope vinden van risicopatiënten die echt vooruitgeholpen kunnen worden met die innovatieve middelen, die kunnen leiden tot een langer en gezonder leven en tot minder andere ingrepen.

Er is dus meer nodig dan alleen een terugbetalingsplan. Er moet echt een brede visie zijn rond de aanpak van cardiovasculaire accidenten.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.25 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 25.*