COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

van

du

DINSDAG 3 FEBRUARI 2015

MARDI 3 FÉVRIER 2015

Voormiddag

Matin

La séance est ouverte à 10.16 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 10.16 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Chers collègues, la réunion de commission doit se terminer à 12 h 30. Je vous suggère donc de commencer à l'heure et de respecter le temps de parole dévolu aux questions orales, aux réponses et aux répliques.

Cela vaut pour tout le monde et pour moi aussi, par conséquent!

01 **Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening" (nr. 881)**

01 **Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds d'Aide Médicale Urgente" (n° 881)**

01.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, mijn vraag over het Fonds voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening ligt in de lijn van een debat dat wij al een hele tijd aan het voeren zijn, ook met de ambulancediensten, zowel over dringend als niet-dringend medisch vervoer. Het fonds had, op basis van de wet van 1964, als doel niet-betaalde honoraria of facturen op te vangen. Een derde werd gefinancierd door de overheid en twee derden door de verzekeringsmaatschappijen. Het fonds zou een tekort hebben van 200 000 à 250 000 euro. Dat zou blijkbaar zowel voor 2015 als voor 2014 het geval zijn.

Mevrouw de minister, bent u daarvan op de hoogte? Zal er geprobeerd worden om dat tekort op te vangen via de begrotingscontrole? Wat is vandaag de stand van zaken?

01.02 **Minister Maggie De Block**: Inderdaad, mevrouw Muylle, het Fonds voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening treedt op wanneer de begunstigde van de hulpverlening nalaat zijn facturen te betalen. Het hoeft niet gezegd te worden dat het fonds steeds meer bevraagd wordt door de diensten binnen de dringende geneeskundige hulpverlening, aangezien die de laatste tijd ook meer geconfronteerd worden met wanbetalingen.

Voor het budgetjaar 2014 werd er binnen de algemene uitgavenbegroting voorzien in een budget van 479 000 euro voor het fonds en werd dat bedrag ook uitgekeerd. Voor het budgetjaar 2015 was er opnieuw een bedrag van 479 000 euro ingeschreven, maar u weet dat wij een besparingsronde van 20 % op de uitgaven doorvoeren. De besparingsronde heeft ook die budgetlijn getroffen.

Wij hebben, gezien het belang van dat fonds, de besparing maximaal weggewerkt, maar dat is ons niet helemaal gelukt. Momenteel is er in een bedrag van 459 000 euro voorzien voor het budgetjaar 2015. Dat is dus 20 000 euro minder dan oorspronkelijk. De boekhouding van het fonds voor het werkjaar 2014 en de extrapolatie naar het werkjaar 2015 geven aan dat het bedrag nog steeds te laag is.

Wij nemen het dan ook mee naar de algemene evaluatie van de organisatie en de financiering van de dringende geneeskundige hulpverlening in België, die, zoals u weet, moet herbekeken worden, maar dat kan

ik niet alleen doen, dat moet gebeuren in samenspraak met andere ministers, onder andere de minister van Binnenlandse Zaken. In elk geval zijn er reeds contacten tussen beide kabinetten, maar het is nog te vroeg, wij moeten een volledig dossier hebben vooraleer wij daarover verdere mededelingen kunnen doen.

01.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het is juist dat die problematiek in zijn geheel moet worden bekeken, want het is een zeer divers werkveld, van de private ambulancediensten tot de brandweerdiensten. Ik heb de laatste maanden wat contacten daarover gehad met de sector, er is daar echt nood aan transparantie, aan regelgeving en vooral ook aan kwaliteitscriteria voor de toekomst. Ik ben blij dat u het globale debat gaat voeren.

Ik heb nog één kort vraagje over het tekort. Wanneer het verlieslatend is in 2014 en in 2015, betekent dit dat de verzekeringsinstellingen dit tekort mee moeten financieren of blijft dit tekort openstaan en loopt dit cumulatief op?

01.04 Minister Maggie De Block: Daarom gaan wij voor dit jaar nog een oplossing proberen te vinden, maar alleszins hebben wij de vermindering van nog eens 20 % grotendeels kunnen compenseren, wat natuurlijk ook geen gemakkelijke oefening is.

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

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stageplaatsen voor artsen" (nr. 880)

- mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stages voor artsen" (nr. 1850)

02 Questions jointes de

- **Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les places de stage pour les médecins" (n° 880)**

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les stages des médecins" (n° 1850)**

02.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, de problematiek van de stageplaatsen is niet nieuw. In het regeerakkoord hebben we daar een heel uitgebreide passage aan gewijd. Ik ben mij er goed van bewust dat de hele organisatie, alsook de financiering niet los kunnen worden gezien van het hele debat over de herziening van de ziekenhuisfinanciering.

Uit contacten en het debat van de afgelopen maanden over de stageplaatsen, de RIZIV-nummers, de quota en de subquota heb ik geleerd dat er volgens de studenten te weinig stageplaatsen voor het aantal geïnteresseerden beschikbaar zijn, zeker voor kleinere specialismen zoals de psychiatrie. De financiering vormt hier een element van.

Vandaag worden universitaire ziekenhuizen daarvoor gefinancierd via hun budget financiële middelen, algemene ziekenhuizen die hiervoor willen zorgen, moeten dait deels via de afdrachten van de artsen betalen. Er is dus nood aan een herziening. Het Kenniscentrum heeft zich trouwens niet zozeer uitgesproken over de financiering, wel veeleer over het feit dat de erkenningscriteria voor de stageplaatsen verouderd zijn. Het heeft daar ook aanbevelingen over gedaan.

Mevrouw de minister, met het regeerakkoord als kapstok wou ik graag weten of u hiermee bezig bent. Hoe ziet u de hervorming? Ik weet dat er een sterke link is met de Gemeenschappen. We zullen alsmaar vaker geconfronteerd worden met gedeelde bevoegdheden, zeker wanneer er raakpunten zijn met het beleidsdomein onderwijs. Ik had graag een stand van zaken gehad.

02.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, l'accord de gouvernement ainsi que votre note de politique générale contiennent différents éléments sur lesquels je me dois de revenir.

Premièrement, la réglementation sera revue. Deuxièmement, l'encadrement du stage et le soutien aux accompagnateurs de stage en formation pour les professions de santé seront améliorés. Troisièmement, des adaptations devront intervenir tant au niveau du financement que des statuts.

Or, dans le budget des soins de santé, tel que vous nous l'avez proposé, je constate une diminution de l'ordre de 22 millions d'euros sur l'ensemble de la législature.

Une complication supplémentaire intervient. Outre parfois le manque de places de stage que ma collègue Mme Muylle a évoqué, il y a aussi la double sortie, en 2018, conséquence de la réduction de la durée des études de médecine de sept années à six.

La cellule de planification de l'offre des professions des soins de santé a sorti un rapport en octobre 2014 sur la projection de l'effet de cette double cohorte en 2018. Je ne vais pas énoncer tous les chiffres ici. Je retiens qu'en 2018, il manquera 448 places de stage en Communauté flamande et 515 places en Communauté française. C'est relativement diffus sur l'ensemble des spécialités. Quelques points noirs sont catastrophiques, notamment dans les spécialités pourtant en pénurie.

À la suite de la réforme de l'État, le suivi des stages relève des Communautés. Le fédéral reste compétent pour les visas, les normes et l'agrément des lieux et des maîtres de stages (médecins, dentistes et pharmaciens hospitaliers).

Madame la ministre, je rejoins Mme Muylle sur les questions de financement, de révision des réglementations du financement et des statuts pour l'ensemble des maîtres de stage.

Comment comptez-vous assurer un nombre suffisant de maîtres de stage pour chaque année et, en particulier, pour la double cohorte de 2018? Quelles solutions peuvent-elles être apportées pour conserver une formation de qualité?

C'est un enjeu majeur, particulièrement pour les médecins de cette double cohorte de 2018 pour lesquels il manquera un nombre important de places de stage.

Selon quel agenda allez-vous avancer en ce qui concerne la révision de la réglementation des stages, le financement et cette carence de places pour la double cohorte de 2018?

Enfin, compte tenu de la répartition des compétences, une concertation a-t-elle déjà été entamée avec les Communautés? Si oui, dans quel sens et selon quel agenda?

02.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Muylle, mevrouw Fonck, het regeerakkoord heeft inderdaad speciale aandacht voor de professionele vorming van gezondheidsmedewerkers, onder meer artsen. De professionele vorming van jonge artsen bepaalt immers in belangrijke mate de kwaliteit, de veiligheid en de efficiëntie van de medische zorg.

Wat de financiering van de stageplaatsen betreft, voorziet de huidige wetgeving in een RIZIV-vergoeding voor de begeleiding van huisartsen in opleiding. Het gaat om een financieringsmechanisme waarbij de interuniversitaire coördinatiecentra aan de kandidaat-huisartsen een opleidingsvergoeding betalen en hiervoor gedeeltelijk door het RIZIV en gedeeltelijk door de stagemeeesters worden gefinancierd. De RIZIV-financiering voor de coördinatiecentra bestaat uit een vergoeding per huisarts in opleiding en per opleidingsjaar. Voor het academiejaar 2014-2015 bedraagt zij 29 870,43 euro per student.

Voor de opleiding van artsen Specialismen is in het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen in een financiering voorzien in het onderdeel B7. Die financiering staat ook ter discussie, omdat zij niet voldoende is. Het gaat om een jaarlijks nationaal budget van ongeveer 18 miljoen euro voor de universitaire ziekenhuizen via de B7A en een kleine 6 miljoen voor de niet-universitaire ziekenhuizen met zogezegde universitaire bedden via de B7B.

In het recente Medicomut-akkoord staat dat er ook een vergoeding zal zijn voor artsen in opleiding met een erkend stageplan, ook in de gewone niet-universitaire ziekenhuizen. Hierbij zal ook bijzondere aandacht worden besteed aan de kwaliteitsvereisten, de samenwerking met en tussen de universiteiten en de transparantie bij de toewijzing van de stageplaatsen. Het is alleszins weer een stap vooruit.

De herziening van het KB nummer 78, waarvan een herziening van de voorwaarden van de stagediensten een onderdeel vormt, is echter een ambitieus en groter project. De uitrol daarvan zal waarschijnlijk een groot deel van de legislatuur in beslag nemen. De tijd is nog niet rijp om concrete uitspraken te doen over de

specifieke invulling van de erkenningscriteria en de kwaliteitsvereisten.

Madame Fonck, pour ce qui concerne le problème spécifique de la double cohorte en 2018, il s'agit d'un événement unique, dont l'effet serait limité à quelques années suivant la durée de la formation. C'est valable tant du point de vue budgétaire, car les dépenses sont concentrées sur une certaine période, que du point de vue de la capacité d'offre de places de stage garantissant une formation qualitative.

Pour les maîtres de stage et les services de stage en Belgique, le défi sera de motiver les acteurs, mais le Conseil supérieur des médecins spécialisés et des médecins généralistes analyse les possibilités d'une augmentation temporaire de l'offre de stages à l'étranger, pour faire face à la double cohorte. J'ai récemment reçu un avis intermédiaire du Conseil supérieur à ce sujet. En outre, un groupe de travail poursuit ses travaux au sein de l'INAMI.

Je peux donc vous assurer que les problématiques de la double cohorte 2018, de la modification de la réglementation sur les lieux de stage et du financement de ces stages font encore l'objet d'investigations approfondies.

Vous comprendrez qu'à ce stade, avant de connaître les conclusions, je ne puis vous communiquer le calendrier précis des modifications réglementaires. Néanmoins, j'ai reçu l'assurance que les conclusions seront rapidement prêtes, ce qui nous permettra alors d'annoncer les mesures décidées.

02.04 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik meen dat dit een heel brede problematiek is. Collega Fonck heeft ook gewezen op de dubbele cohorten en het extra tekort dat in de toekomst dreigt.

Ik kan vandaag alleen maar vaststellen dat u de bereidheid heeft om hier snel werk van te maken. Steeds meer zie ik vooral in de niet-universitaire ziekenhuizen stageplaatsen wegvallen. Dit heeft vaak te maken met allerlei redenen, niet alleen financieel. Ik denk dan aan accreditering of kwaliteitseisen. Voor velen hoeft het door dit alles niet meer.

Ik meen dat zij veeleer een goede begeleiding en ondersteuning vragen. Ik meen dat er op dat vlak nog heel wat werk te verrichten is. Bovendien ben ik van mening dat wij ter zake echt stappen vooruit moeten zetten. Ook in het licht van de financiering moet worden gezocht naar een transparanter systeem. Ik heb begrepen dat u daarvan werk wilt maken en ik hoop dan ook dat wij op korte termijn – nadat de werkgroep duidelijkheid heeft gecreëerd op het vlak van de dubbele cohorte – een actieplan van u mogen verwachten.

02.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je voudrais néanmoins insister sur le fait que les stages sont fondamentaux pour les prestataires de soins et *in fine* pour la qualité des soins prodigués aux patients. C'est pour moi un élément crucial en matière de politique de santé dans une vision à long terme.

En ce qui concerne le financement, ce dossier n'est jamais qu'un dossier complémentaire par rapport à la réalité financière des hôpitaux, à leur sous-financement; un débat doit intervenir rapidement je l'espère, sur cette question. Rappelons que le grand nombre de médecins et de prestataires de soins en stage représente évidemment une charge et un investissement en temps important pour les spécialistes ou les médecins généralistes, temps qu'ils ne peuvent dès lors consacrer à leurs patients! C'est un enjeu particulier. L'accord de gouvernement prévoit d'avancer sur la question du financement.

En ce qui concerne la double cohorte, le Conseil supérieur y travaille. Tant mieux! J'ignorais en effet l'existence d'un groupe de travail au niveau de l'INAMI. Cependant, je me permets de tirer la sonnette d'alarme. Croire que les stages à l'étranger permettront de prendre la mesure des chiffres que j'évoquais, c'est-à-dire 448 places manquantes en Communauté flamande et 515 places manquantes en Communauté française, relève de l'impossible et j'espère que vous en tiendrez compte.

Il importe de réfléchir à d'autres alternatives. Je ne suis pas certaine non plus que nous aurons la possibilité d'engager autant de maîtres de stage complémentaires. Peut-être existe-t-il d'autres solutions? Faut-il répartir différemment cette double sortie dans le temps? Faut-il envisager d'autres pistes? Mais, madame la ministre, prenez connaissance, puisque nous n'avons pas parlé de ce rapport d'octobre 2014, des chiffres qui sont interpellants; nous ne pourrions nous contenter de petites mesures sous peine de nous retrouver en 2017 en difficulté majeure.

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

03 **Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ingetrokken erkenningen van huisartsen" (nr. 882)**

03 **Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le retrait des agréments des médecins" (n° 882)**

03.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, een discussie die wij hier in het verleden al vaak hebben gevoerd, is de discussie over de erkenningcriteria van huisartsen en het al dan niet voldoen aan die erkenningcriteria, die in het koninklijk besluit van maart 2012 werden vastgelegd.

In 2011 of begin 2012 is toen vastgelegd dat voor alle vóór 1 januari 2011 erkende huisartsen een controleperiode van start zou gaan.

We kennen de problematiek van huisartsen die niet of onvoldoende aan de criteria voldoen. De criteria omvatten onder andere het bijhouden van medische dossiers en het hebben van een vijfhonderdtal patiëntencontacten op jaarbasis. De problematiek ligt vooral bij artsen die gedeeltelijk in rust- en verzorgingstehuizen werken en artsen die in CLB's werken.

Ik had graag van u het volgende vernomen.

Toenmalig minister Onkelinx heeft toen beloofd dat naar oplossingen zou worden gezocht. Wanneer een huisarts op een bepaalde leeftijd is, te weinig prestaties levert en niet meer voor een erkenning in aanmerking komt, moet worden opgetreden. Een heel groot deel van de huisartsen is echter wel actief op het terrein en heeft via CLB's en RVT's wel nog voldoende ervaring, maar voldoet niet aan de criteria.

Mevrouw Onkelinx schoof toen ook de piste naar voren om eventueel rond een instellingsarts te werken.

Ik wou dus van u het volgende weten.

Zijn effectief al dossiers ingetrokken?

Bent u met de problematiek bezig?

Hoe meent u ook op korte termijn een oplossing voor de kwestie te bieden?

03.02 **Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Muylle, hoofdstuk 2 van het ministerieel besluit van 1 maart 2012 tot vaststelling van de erkenningcriteria van huisartsen bevat inderdaad vereisten voor het behoud van de beroepstitel van erkende huisarts.

Een van de criteria is het bereiken van minstens één keer de activiteitsdrempel van minimaal 500 patiëntencontacten per jaar in de loop van vijf opeenvolgende jaren. Gezien die toch wel lange referteperiode, werd volgens de mij verstrekte informatie tot nu toe geen enkele erkenning ingetrokken.

Ik merk echter ook op dat de beslissing in kwestie sedert de zesde staatshervorming tot de bevoegdheid van de gedefedereerde entiteiten behoort.

De werkgroep Huisartsen van de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en Huisartsen maakte een inschatting van het aantal erkende huisartsen die problemen kunnen ondervinden, om aan het activiteitscriterium te voldoen.

Er is, enerzijds, een groep van een drieduizendtal huisartsen die het beroep niet echt meer uitoefenen. Ofwel zijn ze gepensioneerd, ofwel werken ze in andere sectoren, ik denk dat ik daartoe behoor.

Anderzijds zijn er 2 000 tot 3 000 huisartsen met minder klassieke, maar even waardevolle en belangrijke patiëntencontacten. U hebt ze genoemd: mensen die werken in medisch-pedagogische instituten, centra voor drugverslaving, gezinsplanning, schoolgeneeskunde, arbeidsgeneeskunde enzovoort.

De werkgroep Huisartsen stelde niet-limitatieve lijsten op, zowel van activiteiten die ook in aanmerking moeten komen als van activiteiten die niet in aanmerking komen. Ik merk op dat de rechtszekerheid moet gewaarborgd zijn, indien deze piste wordt bewandeld. Dat is echt een moeilijke oefening en dit zal zeer nauwkeurig moeten worden bekeken.

Tevens werd er een voorstel gelanceerd voor nieuwe beroepstitels, waarvan de wenselijkheid en de uitwerking nog moeten worden onderzocht. Bij de creatie van nieuwe beroepstitels alsook wat betreft de reglementering rond het behoud van de erkenning, wordt best ook rekeninggehouden met internationale tendensen en aanpak op het vlak van beroepstitels en uitoefening van de geneeskunde.

Dit is iets dat globaler moet worden bekeken, maar gezien het feit dat zij gedurende vijf jaar slechts eenmaal aan die voorwaarde moeten voldoen, wordt het moeilijk om heel snel op te treden.

03.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik begrijp dat. Mijn zorg in dit verhaal, en u hebt dat ook aangehaald, zijn de mensen die wel waardevolle contacten hebben, bij CLB, arbeidsgeneeskunde en elders, en die ongerust zijn omdat zij niet meer zouden voldoen aan de voorwaarden.

Ook al zijn de erkenning en het intrekken ervan een regionale materie geworden, de erkenningcriteria blijven wel federaal, ik heb begrepen dat u naar juridische zekerheid voor hen wilt zoeken. Wat de globale aanpak betreft, kan ik u alleen maar volgen dat u kijkt naar internationale tendensen.

Voor ons is het echt wel belangrijk dat die juridische zekerheid voor degenen die wel die waardevolle contacten hebben, zeker kan behouden blijven.

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

La **présidente**: La question n° 987 de M. Alain Mathot est transformée en question écrite.

04 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonds d'indemnisation des victimes de l'hépatite C" (n° 1015)

04 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het vergoedingsfonds voor hepatitis C-patiënten" (nr. 1015)

04.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, dans votre note de politique générale, vous indiquez que le gouvernement examine la création d'un fonds d'intervention en faveur des patients qui ont été contaminés avant 1986 par le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine.

Je me réjouis de la volonté du gouvernement d'avancer dans ce dossier. Depuis de nombreuses années, nous déposons des textes pour l'indemnisation des personnes atteintes par le virus de l'hépatite C qui ont été infectées et transfusées avant le 1^{er} juillet 1990. On peut en effet raisonnablement supposer que les personnes remplissant ces conditions n'ont pas été contaminées à la suite d'une négligence de leur part mais en raison de l'impossibilité de détecter le virus de l'hépatite C dans le sang contenu dans les poches à transfuser.

Je considère qu'il faut aligner les conditions d'indemnisation sur celles applicables aux personnes contaminées par le virus du sida et répondant aux mêmes conditions, ces dernières pouvant être indemnisées depuis des années. Il s'agit d'une réelle discrimination vis-à-vis des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C. Je le répète depuis des années et continuerai à le faire tant que l'on n'aura pas trouvé des solutions justes.

Madame la ministre, pourriez-vous nous informer de la façon dont vous allez traiter ce dossier? Un agenda est-il déjà prévu? Avez-vous une idée des conditions dans lesquelles le fonds interviendra?

04.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, comme vous le dites, cette problématique a été insérée dans la note de politique générale et nous en avons déjà parlé. La note de politique générale précise qu'en 2015, j'examinerai la création d'un fonds d'intervention en faveur des

patients qui ont été contaminés avant 1986 par le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine. Notre examen ira donc plus loin que la date du 1^{er} juillet 1990 que vous proposez.

J'ai demandé à mes administrations d'entamer les travaux préparatoires afin d'avoir une vision précise et chiffrée de la problématique.

La note méthodologique n'est pas encore finalisée mais il s'agira d'abord d'identifier les personnes touchées ainsi que leurs besoins. J'aurai davantage de détails à vous donner dans quelques semaines, quand nous aurons avancé dans l'approche méthodologique.

04.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Le fonds sera-t-il institué avant la fin 2015?

04.04 Maggie De Block, ministre: Je souhaite aller aussi vite que possible mais nous avons d'abord besoin d'une méthodologie et d'un inventaire de tous ceux qui se trouvent dans les conditions. Nous avons déjà entamé ce travail préparatoire.

04.05 Catherine Fonck (cdH): Il m'importe de pouvoir avancer concrètement. Il ne faut pas reporter cela à plus tard, et c'est manifestement le signal que vous faites passer. Je vous soutiendrai autant que possible dans cette démarche.

En ce qui concerne les travaux préparatoires, je pense qu'il ne faut pas tout recommencer car, de mémoire, le KCE avait déjà planché sur le sujet.

Par ailleurs, j'attire votre attention sur la date butoir sur laquelle il faut travailler. Plusieurs experts se sont déjà positionnés sur l'année 1990. Il est donc important que nous ayons une référence la plus objective possible sur l'année qu'il faudra prendre en considération en raison du fait qu'il n'y avait pas de détection suffisante du virus de l'hépatite C; il ne faudrait pas créer une nouvelle tranche de patients qui seraient discriminés puisqu'ils auraient été contaminés alors même que le virus n'était pas suffisamment détecté dans les produits transfusés.

La **présidente**: Madame la ministre, nous aurons l'occasion de suivre ce dossier puisqu'une proposition de loi a été déposée par M. Thiéry et consorts sur ce fonds d'indemnisation et l'élargissement aux patients contaminés avant 1986. Elle concerne l'hépatite C et VIH. Votre représentant avait donné quelques éléments sur les travaux en cours.

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

05 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'élaboration d'un plan autisme" (n° 1018)

- Mme Catherine Fonck à la secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, à l'Égalité des chances, aux Personnes handicapées, à la Lutte contre la fraude fiscale et à la Politique scientifique, adjointe au ministre des Finances, sur "l'élaboration d'un plan autisme" (n° 1023)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan autisme" (n° 1279)

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het opstellen van een autismeplan" (nr. 1018)

- mevrouw Catherine Fonck aan de staatssecretaris voor Armoedebestrijding, Gelijke Kansen, Personen met een beperking, Bestrijding van de fiscale fraude, en Wetenschapsbeleid, toegevoegd aan de minister van Financiën, over "het opstellen van een autismeplan" (nr. 1023)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het autismeplan" (nr. 1279)

05.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, en novembre 2013, le Conseil supérieur de la Santé a émis un avis intitulé *Qualité de vie des jeunes enfants autistes et de leur famille*. Ce rapport propose une série de recommandations à l'intention des différents partenaires concernés afin

d'améliorer la qualité de vie des jeunes enfants souffrant d'autisme et des familles qui sont – vous vous en doutez – très impliquées dans la prise en charge de ce trouble du développement.

Parmi ces recommandations, le Conseil prévoit notamment la nécessité de faciliter davantage l'implication des parents dans la prise en charge de leur enfant, l'élaboration et le suivi du programme d'intervention, d'améliorer l'organisation du système de services, de garantir la qualité des services ainsi que la formation des professionnels concernés. Il recommande, par ailleurs, de mieux connaître le paysage de la recherche et les liens entre équipes et de créer des "centres collaboratifs d'expertise" tout en proposant quelques thèmes de recherche prioritaires.

En avril 2014, les associations de parents, de défense des droits des enfants et des personnes handicapées, alarmées par l'écart entre les besoins de la population et les services proposés, se sont exprimées pour attirer l'attention sur l'absolue nécessité de créer un plan autisme adressé à tous les niveaux de pouvoir. Elles considèrent que les principaux points de ce plan devraient être l'information, le cadre de référence des interventions, la formation des médecins, des pédiatres et des professionnels de l'enfance et de la santé, le dépistage et le diagnostic, la prise en compte de la personne souffrant d'autisme, l'accompagnement et la formation des familles, l'intervention précoce avant l'âge scolaire, l'accompagnement des enfants et des adolescents, la scolarisation des enfants et des adolescents, l'accompagnement et le suivi des adultes, les activités de jour, le travail et le logement des adultes dépendants, le répit et les loisirs, les situations de crise et d'urgence et, enfin, la vie affective et sexuelle.

Il s'agit ici de toute une série de thèmes qui ne relèvent pas uniquement de vos compétences, mais également d'autres ministres tant du fédéral que des entités fédérées. Il importe d'avancer concrètement dans ce dossier à l'occasion des conférences interministérielles des ministres de la Santé, en charge des Personnes handicapées, en collaboration avec, notamment, les ministres de l'Éducation, etc.

Madame la ministre, je me permets de revenir vers vous car la secrétaire d'État compétente pour les Personnes handicapées et les personnes en grande dépendance a quelque peu botté en touche sur le sujet.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de ce rapport du Conseil supérieur de la Santé et de cette communication des associations de patients?

Selon mes informations, elles ont récemment demandé à vous rencontrer, et je pense que ce serait important que vous puissiez les recevoir et les entendre.

Comment comptez-vous agir concrètement et adopter les mesures qui relèvent de vos compétences? Comptez-vous mettre en place un tel plan autisme avec vos collègues ministres compétents pour les différentes facettes de ce plan? Je pense qu'il faut qu'un ministre puisse être le pilote, le chef d'orchestre pour mobiliser tous les ministres concernés à tous les niveaux de pouvoir, afin que l'on puisse avancer de manière positive pour ces enfants et ces familles.

05.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, outre ce rapport du Conseil supérieur de la Santé, il y a également un rapport publié, il y a quelques mois, par le KCE, relatif à l'offre existante dans la prise en charge et l'accompagnement des enfants et adolescents avec autisme, ainsi que de leurs familles.

Les approches sont aujourd'hui diversifiées, dans leurs références théoriques ainsi que dans leurs méthodes. Cette diversité est particulièrement importante, de manière à permettre la complémentarité et à pouvoir s'adapter à l'évolution des enfants, des adolescents et de leurs familles, dans les différents moments de leur vie et en fonction de l'équilibre de leur maladie et des difficultés qu'ils rencontrent.

Le KCE a essayé d'identifier les interventions qui reposent sur une base scientifique et propose l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé à long terme pour chacun de ces enfants et adolescents. Il suggère également une approche psychosociale qui vise à améliorer la communication et l'autonomie et qui implique les membres de la famille dans le processus. Il recommande également un travail en équipe multidisciplinaire se retrouvant autour de critères de qualité partagés.

À partir de cette recommandation que je ne peux que partager, le KCE souligne qu'il manque de données scientifiques suffisantes, de suivi "recherche-action" sur le long terme pour évaluer correctement et organiser les pratiques les plus adéquates. Ils ont dès lors dû se baser essentiellement sur de la littérature.

Indépendamment ou dans le cadre d'un éventuel plan autisme, cette diversité et cette nécessité de recherche-action impliquant différentes références théoriques autour de critères partagés est particulièrement importante à défendre maintenant puisqu'on constate des rivalités entre écoles méthodologiques, entre types d'intervention.

Les familles paraissent parfois prises en otage entre ces différentes écoles qui, pour certaines, sont plus cognitives et comportementalistes et d'autres plus psychodynamiques. Les responsables politiques doivent être vigilants pour permettre cette multidisciplinarité.

Madame la ministre, comment comptez-vous donner suite à ce rapport du KCE et, plus particulièrement, à deux recommandations, l'une relative au travail en équipe multidisciplinaire se réunissant autour de critères de qualité partagés. Comment faire pour évoluer dans ce sens? L'autre est la recommandation de donner la possibilité aux équipes de participer à la recherche clinique visant à démontrer l'efficacité d'intervention prometteuse ou controversée. On constate ces conflits mais on manque de référence, de suivi à long terme. Il est dès lors important que les équipes puissent participer.

05.03 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, madame Gerkens, mon équipe et moi-même avons pris connaissance de l'avis du Conseil supérieur de la Santé sur la qualité de vie des jeunes enfants atteints d'autisme ainsi que de leur famille.

Le Conseil supérieur de la Santé plaide pour des actions dans trois domaines:

- premièrement, fournir l'information nécessaire aux parents;
- deuxièmement, une organisation efficace des services existants et des initiatives qui garantissent l'accompagnement, les soins, l'évaluation et l'optimalisation de la qualité de ces services et initiatives;
- troisièmement, l'optimalisation de la formation des professionnels des soins de santé et accompagnants.

Il y a également l'étude récente du KCE sur la prise en charge de l'autisme chez les enfants et les adolescents et des recommandations sur les pratiques cliniques à favoriser. Ces recommandations seront prises en compte par les centres de revalidation.

En Belgique, l'autisme est considéré par les Communautés comme un handicap spécifique. Cela signifie qu'elles sont compétentes pour cela. Cependant, l'INAMI a mis en place des centres de référence pour les troubles du spectre autistique avec l'intention de faire un diagnostic correct aussitôt que possible et d'orienter les enfants concernés vers un accueil et un accompagnement appropriés. Les centres de revalidation ont été transmis aux Communautés dans le cadre de la sixième réforme de l'État.

S'il y a un double diagnostic, c'est-à-dire trouble mental ou psychiatrique en combinaison avec l'autisme, une hospitalisation est indiquée uniquement en phase aiguë.

Des actions peuvent être convenues avec les Communautés et les Régions dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé publique et conformément à une approche globale des personnes souffrant de ce type de handicap.

Aucune conférence interministérielle ne s'est plus tenue depuis un an. Il y en a une qui se prépare. Nous allons essayer d'en organiser trois ou quatre au cours de cette année en vue de rattraper le retard dû à la longue période de négociations post-électorales.

05.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, si vous me le permettez, j'émettrai trois réflexions.

Premièrement, je compte sur vous pour inscrire à l'agenda d'une toute prochaine conférence interministérielle le dossier des enfants autistes et de leur famille.

Deuxièmement, plusieurs dossiers traités par les Communautés et les Régions concernent de plein fouet le fédéral. C'est notamment le cas de la formation des professionnels de la santé, qui est cruciale en termes de dépistage et de diagnostic. Nous savons combien les formes symptomatologiques de l'autisme sont variables. Le diagnostic portant sur les plus rares d'entre elles reste parfois beaucoup trop tardif. Or plus l'intervention est précoce, plus on peut s'assurer de l'insertion et d'une prise en charge adéquate.

Je pense aussi au volet extrêmement important des aidants proches, qui dépend également du fédéral. Il est clair, madame la ministre, que le problème de l'allocation de garantie de revenu et des crédits-temps sans

motif a un impact très négatif sur les aidants proches. Je ne puis qu'insister à nouveau sur ce dossier qui touche directement les familles des enfants souffrant d'autisme.

Enfin, ma troisième réflexion portera sur un point dont vous n'avez pas parlé. Je me permets donc d'insister sur la nécessité de recevoir les associations soutenant les autistes. Je sais que des demandes ont été adressées au gouvernement fédéral, en particulier à la secrétaire d'État aux Personnes handicapées et à vous. Or aucune ouverture n'a été constatée pour l'instant. Il me semble dès lors essentiel qu'au moins l'une d'entre vous deux reçoive et écoute ces personnes.

05.05 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chers collègues, comme vous le savez, je suis consultée plus fréquemment que le pape. Il est vrai que je reçois tout le monde.

Ik ontvang iedereen, maar ik wil wel een ernstige discussie hebben over de inhoud van het dossier. Ik ontvang de mensen niet enkel om ze een hand te geven. Ik wil een discussie hebben over de inhoud van het dossier. Daarvoor moet ik eerst wat kunnen werken.

Ik ontvang heel veel mensen, maar ik wil concreet al een visie hebben en een plan van aanpak op tafel kunnen leggen. Ik wil de mensen niet naar huis sturen met enkel de boodschap dat ze bij mij zijn geweest. Dat is voor mij niet voldoende.

Ik moet eerst aan al die dossiers kunnen verderwerken. U zult op het terrein wel horen dat mensen die bij mij zijn geweest een concreet plan van aanpak op tafel hebben zien liggen. Dat moet er eerst zijn voor ik hen ontvang.

05.06 Catherine Fonck (cdH): Non, madame la ministre, ce n'est pas de la folie! J'ai bien entendu ce que vous venez de dire hors micro!

05.07 Maggie De Block, ministre: Il nous faut d'abord une vision de la manière dont nous allons agir. Ces concertations, qui concernent beaucoup de ministres, sont très difficiles. Avant d'annoncer quoi que ce soit, il faut me laisser le temps de me concerter avec mes collègues.

05.08 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je sais comment cela fonctionne.

05.09 Maggie De Block, ministre: Je m'étonne dès lors que vous posiez chaque fois la question!

05.10 Catherine Fonck (cdH): Je m'étonne encore plus de ce petit jeu!

Je pense que vous n'avez pas des milliers de demandes. Il peut y avoir, à tout le moins, une réponse qui enverrait un signal d'ouverture en disant que ces demandes seront entendues au moment opportun. De plus, je plaide pour qu'on ne les écoute pas quand tout sera fini et qu'il y ait alors des choses pour lesquelles on aura décidé de ne pas agir.

Madame la ministre, je ne sais pourquoi vous vous énervez sur ce point. Vous êtes concernée, mais la secrétaire d'État en charge des Personnes handicapées l'est aussi; pourtant, elle a déclaré à RTL que les personnes porteuses de handicap ne relevaient pas de sa compétence. Pourquoi porte-t-elle alors ce titre?

Dès lors, quand de tels messages émanent du gouvernement fédéral, je peux comprendre que les associations se demandent s'il existe une véritable volonté d'écoute et de progression. Même si vous ne pouvez les recevoir dans les huit jours, ce que je peux comprendre, engagez-vous auprès d'elles à les recevoir avant le bouclage des décisions. Dès que vous pourrez, présentez-leur un agenda concret sur l'avancée des travaux et quant à votre volonté d'avancer: voilà qui constituera un signal important et positif!

05.11 Minister Maggie De Block: Ik zou alleen willen zeggen dat ik bijna 53 jaar ben en nog altijd in staat ben om zelf mijn agenda te maken. Ik zal de mensen ontvangen op het moment dat ik iets zinnig te zeggen heb. Ik aanvaard alle hulp bij het maken van mijn moeilijke agenda, ook die van mevrouw Fonck. Ik zal er rekening mee houden.

05.12 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je voudrais simplement ajouter une chose: autant il est important de dire à ces familles que vous pourrez les rencontrer et que vous travaillez sur le

sujet, autant il est important de veiller à cette approche globale et à la présence d'une série d'acteurs autour de la table.

Il n'y a rien de plus insupportable que de prendre les familles, en quelque sorte, en otage, si on se positionne mal par rapport à leur demande et à leurs interlocuteurs. Elles vivent des situations difficiles et il importe qu'elles sachent que l'on travaille sur le sujet et que cela se fera avec leur collaboration.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies dans le secteur de la dialyse" (n° 1020)

06 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparing in de dialysesector" (nr. 1020)

06.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, dans votre note de politique générale, vous indiquez que, comparativement à l'étranger, la dialyse de patients *low care* en Belgique est relativement peu effectuée au domicile ou dans un centre de dialyse. Le mécanisme de financement des diverses formes de dialyse n'est pas neutre au niveau des profits. Vous rappelez que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a fait le même constat dans son rapport de 2010. Vous annoncez une obligation d'orientation de 10 % des patients dialysés chroniques à l'hôpital vers une dialyse à domicile ou dans un centre de dialyse, réforme qui devrait engendrer une économie de 23 millions.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de la réponse argumentée au rapport du KCE des différents groupements de néphrologues belges?

En son temps, le KCE relevait des problèmes de financement que vous évoquez personnellement. Permettez-moi de m'étonner que l'on pointe du doigt, aujourd'hui, la responsabilité des néphrologues alors qu'en 2001, ces derniers ont proposé de créer un honoraire hebdomadaire par patient, indépendant de la nature du traitement de substitution rénale, proposition que j'estime intéressante dans la mesure où elle permettrait d'éviter des accusations consistant à suspecter les néphrologues de vouloir garder leurs patients en milieu hospitalier. Je ne sais pas pour quelle raison cette proposition pourtant intéressante n'a jamais été l'objet suivie.

Cette précision étant faite, et partant du principe que vous attirez l'attention sur le problème que je viens d'évoquer, ne serait-il pas opportun que vous repreniez cette proposition? Sinon pourquoi ne pas réunir autour de la table les groupements de néphrologues (le Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique et la Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie) pour élaborer des propositions alternatives?

Par ailleurs, dans son rapport, le KCE faisait référence au fameux conseiller neutre qui pourrait s'avérer nécessaire pour orienter le choix du patient en ce qui concerne le type de dialyse.

Comptez-vous revenir avec la proposition contenue dans le rapport du KCE? Dans l'affirmative, qu'appelle-t-on un conseiller neutre? Neutre signifie-t-il une limitation pure des types et du coût des traitements? Neutre signifie-t-il indépendant de l'équipe médicale et paramédicale? Si tel est le cas, des points relatifs à la déontologie et au contenu précis du dossier du malade doivent-ils être examinés?

Envisagez-vous d'appliquer cette mesure à d'autres pathologies, par exemple cardiaques? Faudra-t-il un conseiller neutre pour opter pour une dilatation coronaire ou une chirurgie cardiaque?

Enfin, dernière question importante, je voudrais revenir à l'annonce que vous avez faite concernant une économie de 23 millions d'euros. Nous sommes déjà en février. Comment allez-vous, sauf à dire que cela rejoint la position du KCE de 2010, travailler avec le secteur des néphrologues et selon quel cap indicatif en termes d'économie annoncée?

06.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, je vous remercie pour vos questions.

En réponse à votre question concernant les initiatives à prendre dans le cadre des économies dans le secteur de la dialyse, une économie linéaire de 8,5 % sur les honoraires a été prise à titre conservatoire dans l'accord médecins-mutualités.

En ce qui concerne les forfaits que peuvent facturer les hôpitaux pour l'hémodialyse chronique à l'hôpital, dans un centre et dans le cadre de la dialyse péritonéale, cette mesure d'économie n'a pas encore été mise en œuvre.

L'administration de l'INAMI vient de me faire parvenir une proposition dans laquelle, selon une approche purement financière, l'économie de 23 millions d'euros est entièrement réalisée d'une part, et dans laquelle, d'autre part, on tient déjà compte à plusieurs égards des propositions formulées par les associations de néphrologues et par les organisations hospitalières, les mutualités et le KCE.

Nous essayerons de parvenir à un consensus à court terme sur la base de cette proposition. Parallèlement, je demanderai aux différents groupes de travail de poursuivre leurs travaux.

J'attends qu'ils poursuivent la réflexion de fond sur une approche intégrale des personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique dans un large contexte tenant compte des trajectoires de soins, de la prévention, des programmes de soins, des critères de qualité, des nouvelles normes de reconnaissance et de programmation, de l'orientation du patient vers la technique la plus appropriée de la facilitation des formes alternatives - surtout pour les seniors fragiles -, de l'encouragement des transplantations rénales et d'un financement intégré.

Je pars donc du principe que vos questions s'intégreront dans la grande réflexion qui sera menée dans les différents groupes de travail.

C'est vrai qu'il y a beaucoup à faire, cela fait longtemps qu'on parle de la problématique mais les différents avis n'ont jamais été rassemblés; certains avis ont été actualisés au fil des années par des associations de néphrologues.

06.03 Catherine Fonck (cdH): Merci pour votre réponse. Les convoyeurs attendent, comme on dit. Ce qui m'intéresse, c'est de voir concrètement la manière dont ces 23 millions d'économies sont réalisés pour que les patients directement concernés ne soient pas pénalisés.

Pour rappel, à l'analyse des données des trajets de soins, on constate que les populations en insuffisance rénale terminale comprennent essentiellement des patients âgés, disposant d'un niveau d'éducation inférieur et affectés d'une comorbidité importante, c'est-à-dire des patients particulièrement fragiles qu'il n'est pas toujours simple de renvoyer à la maison.

L'enjeu de l'orientation, de l'information et de la prise en charge globale sont évidemment trois piliers par rapport aux insuffisants rénaux chroniques.

Je pense, madame la ministre, que vous pouvez travailler avec les acteurs de terrain. Je le répète, dès 2001, ils avaient formulé des propositions alternatives en matière de financement pour disposer de ces différentes approches et pour que la décision de la dialyse ne soit pas liée au financement.

Je pense que l'on peut vraiment avancer avec les acteurs de terrain en ce sens plutôt que de les accuser d'être à l'origine de ces frais importants.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: M. Demon n'étant pas présent et ne s'étant pas excusé, sa question n° 1129 devient sans objet.

07 Question de Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la concurrence déloyale par les mutualités" (n° 1181)

07 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de oneerlijke concurrentie van de ziekenfondsen" (nr. 1181)

07.01 Kattrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai déjà posé cette question à quelques-uns de vos collègues. En tant que parlementaire libérale j'aimerais aussi la porter à votre connaissance.

Durant la dernière législature, j'ai eu l'occasion d'interroger vos prédécesseurs sur ces pratiques de concurrence des mutualités, que je considère comme déloyales, notamment dans le domaine des auto-écoles, dans la pratique de l'optique et - j'ai pu récemment m'en rendre compte dans ma région - dans le domaine de la dentisterie.

Plusieurs mutualités ont développé des activités qui sortent du champ traditionnel que celles-ci sont censées exercer et certains indépendants crient à la concurrence déloyale. Je pourrais citer le "Drive Mut", proposé par la mutualité socialiste ou le "Point de Mire", proposé par les mutualités chrétienne et socialiste.

Dans ma commune, Eupen, une grande enseigne fait de la publicité pour la pratique de la dentisterie, défiant toute concurrence. On peut s'interroger sur l'éthique de ces pratiques.

Madame la ministre, l'organisation de ces activités par des mutualités permet aux structures de pratiquer des prix défiant toute concurrence, ce qui pose de gros problèmes aux professionnels du secteur. Ensuite, la visibilité offerte à ces services grâce aux membres de la mutuelle permet une publicité facile qui, là encore, dérégule nettement le marché. Pour prendre un exemple concret, le service "Drive Mut" facture une heure d'auto-école à 40 euros, contre 47 euros en moyenne dans une auto-école traditionnelle indépendante.

Par le passé, le ministre en charge de l'Économie avait indiqué que l'Office de contrôle des mutualités (OCM) allait étudier la chose et que de nombreux contacts informels avaient été pris avec les mutualités afin de répondre aux nombreuses interpellations sur le sujet.

Madame la ministre, la concurrence des mutualités dans des secteurs tels que les auto-écoles, l'optique ou la dentisterie est-elle légale? Quelles sont les conclusions de l'OCM sur le sujet? Dans l'hypothèse où vous avez pu prendre connaissance du dossier, avez-vous réactivé les contacts avec les mutuelles à ce sujet?

07.02 Maggie De Block, ministre: Madame Jadin, la question relative au respect des règles relatives à la concurrence relève de la compétence et de l'appréciation de l'Autorité belge de la Concurrence, autorité indépendante qui est, comme vous le savez, rattachée aux compétences du ministre en charge de l'Économie. Il ne m'appartient pas, pas plus qu'à l'Office de contrôle des mutualités, de se prononcer sur ce point.

L'Office de contrôle est en effet seulement chargé de veiller au respect, par les entités mutualistes, des dispositions de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux Unions nationales de mutualités. Cette loi définit notamment leur champ d'action ainsi que les modalités de celle-ci.

Dans le cadre de cette compétence, il est exact que l'Office de contrôle a réalisé une enquête transversale sur les relations entre les entités mutualistes et les magasins d'optique afin de s'assurer que lorsque de telles relations existent, elles respectent les dispositions de la loi de 1999 et de ses arrêtés d'exécution. L'analyse sera clôturée dans les prochaines semaines. Nous aurons donc les conclusions.

De manière plus générale, je tiens à préciser que la déclaration de politique générale relative à l'année 2015, que j'ai récemment présentée au Parlement, contient plusieurs points relatifs aux mutualités et ce, en exécution de l'accord de gouvernement. En particulier, je tiens à souligner les projets visant à augmenter la transparence financière des mutualités et à recentrer l'activité des mutualités sur des pratiques *evidence-based*.

Il sera oeuvré en concertation avec l'Office de contrôle des mutualités et les mutualités à la préparation et l'adaptation de la loi du 6 août 1990 pour garantir que les services que les mutualités peuvent créer pour octroyer une intervention financière dans les coûts de prévention et de traitement de la maladie ou pour favoriser le bien-être physique ou mental de leurs membres respectent des pratiques *evidence-based*.

Pour ce faire, il est indispensable de disposer d'une cartographie décrivant la situation actuelle des différents organismes assureurs. L'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales de mutualités en sont chargés.

07.03 Katrin Jadin (MR): Merci beaucoup, madame la ministre, de ne pas m'avoir laissée sur le carreau avec cette question. Je l'avais déjà posée à votre collègue en ce qui concerne l'Autorité belge de la Concurrence et il m'avait gentiment renvoyée vers vous.

J'en suis satisfaite et rassurée dans la mesure où je constate que vous avez une méthode pour aborder ces problèmes parmi tant d'autres en raison du manque de transparence de l'institution. Je me réjouis que vous vouliez prendre le problème à bras-le-corps.

Je vous interrogerai à nouveau en fonction de la *timeline*. Et il va de soi que je serai à vos côtés, madame la ministre, pour vous prêter main-forte dans les projets que vous souhaitez mener à bout.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

08 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le groupe cible spécifique que constituent les patients 'double diagnostic' avec troubles du comportement" (n° 1185)

08 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de specifieke doelgroep van patiënten met een dubbele diagnose (mentale handicap en gedragsstoornis)" (nr. 1185)

08.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, vous aviez touché un mot de cette question de "double diagnostic", tout à l'heure à propos de l'autisme. Parmi les réformes prévues pour la législature actuelle, l'une de vos priorités portera sur les soins dans le secteur de la santé mentale.

En mars 2014, le Sénat a adopté à l'unanimité une résolution relative à l'amélioration de "la prise en charge du double diagnostic". Nous savons qu'en Belgique, il n'existe nulle part des unités hospitalières spécifiques pour les patients qui associent un handicap avec un problème de maladie mentale, notamment en situation de crise qui nécessite une hospitalisation. Faute de pareil lieu d'accueil, ces personnes se retrouvent dans des unités psychiatriques pour de longs séjours qui s'avèrent inutiles.

Selon certaines estimations, quelque 150 000 personnes sont concernées par ce double diagnostic.

La résolution adoptée l'année dernière demandait de saisir le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) afin qu'une étude soit réalisée sur la problématique du "double diagnostic"; de maintenir les projets pilotes en cellules mobiles d'intervention jusqu'au rapport définitif du KCE, bien qu'elles restent insuffisantes en période de crise; enfin, de demander l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers en vue de créer un nouvel indice hospitalier.

Madame la ministre, vu le vote de cette résolution, les engagements déjà pris par la ministre Onkelinx sous la précédente législature, et l'existence de deux unités (Bierbeek en Flandre, Manage en Wallonie) qui, sur base volontaire, essaient d'accueillir correctement ces patients sans constituer pour autant des projets pilotes, j'aimerais poser les questions suivantes.

Quel suivi comptez-vous donner à la résolution du Sénat, plus particulièrement, dans les études en cours, tant au KCE qu'au Conseil supérieur de la Santé?

Si tel est le cas, dans quels délais pourrions-nous disposer d'avis?

Qu'en est-il de la transformation de ces essais en vrais projets pilotes?

Malgré le fait que tout reste à finaliser, la Belgique apparaît relativement pionnière en cette matière.

Établit-elle des contacts avec les autres pays européens pour valoriser et créer une réflexion plus collective sur la prise en charge de ces personnes et de leurs familles?

08.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, suite à la résolution du Sénat de mars 2014, Mme Onkelinx, ma prédécesseure, avait immédiatement saisi le Centre fédéral d'expertise des soins de

santé afin qu'une étude soit réalisée sur la problématique du double diagnostic. Mais vu le très grand nombre d'autres sujets aussi importants que celui-ci, le KCE n'a pas été en mesure de retenir cette étude pour le programme annuel 2015. L'évaluation de la proposition établie sur base de critères objectifs n'a pas abouti à un classement prioritaire.

Une nouvelle proposition d'étude avec les mêmes questions de recherche a été soumise au Conseil supérieur de la Santé et cette proposition a été retenue. L'étude est entamée depuis le 16 octobre 2014. Les questions de cette étude sont les suivantes: quels sont les besoins de soins en matière de double diagnostic en Belgique? Dans quelle mesure est-il nécessaire de prévoir la création de lits supplémentaires en Belgique? Si cela s'avère nécessaire, où et comment les lits supplémentaires devraient-ils être implantés?

Les résultats de cette étude sont attendus pour octobre 2015 et mon souhait est de développer une politique étayée et validée scientifiquement. C'est la raison pour laquelle j'attends les résultats de cette recherche avant de m'engager. Je demanderai à mon administration de diffuser largement les résultats de l'étude et les recommandations du Conseil supérieur de la Santé ainsi que les résultats de nos propres analyses issues de projets pilotes "double diagnostic mineur et majeur".

Sur la base des réactions obtenues, je ferai le nécessaire pour sensibiliser mes collègues au niveau européen et à l'Organisation mondiale de la Santé. Je pense qu'il est nécessaire de disposer de conclusions dans notre pays avant de sensibiliser nos voisins.

08.03 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Je suppose que le Conseil supérieur de la Santé, dans son étude, intègre les acteurs qui aujourd'hui à Manage et à Bierbeek accueillent ces personnes pour en évaluer les spécificités: faut-il des lits en plus ou faut-il transformer des unités et les répartir correctement géographiquement? Le Conseil national des hôpitaux est, je suppose, automatiquement consulté lors des études du Conseil supérieur de la Santé?

08.04 Maggie De Block, ministre: Tous les acteurs le sont.

08.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie. Nous attendrons le mois d'octobre pour voir ce qui ressort de cette étude, même si les projets en cours restent subventionnés.

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

La **présidente**: La question nr. 1186 de Mme Leen Dierick est reportée à sa demande.

08.06 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, c'est la deuxième fois que la question de Mme Dierick est reportée!

La **présidente**: (...)

09 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des cas de coqueluche" (n° 1199)

09 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toenemend aantal gevallen van kinkhoest" (nr. 1199)

09.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, la coqueluche est une infection grave des voies respiratoires provoquée par une bactérie et caractérisée par une toux sèche. Elle est particulièrement dangereuse pour les enfants âgés de moins d'un an en raison de risques de complications graves.

Il y a quelques semaines, les médias mettaient en évidence une augmentation des cas de coqueluche constatés dans notre pays. Ainsi, 1 200 cas de coqueluche ont été répertoriés en Belgique entre janvier et octobre 2014. Cette augmentation concerne également l'ensemble de l'Europe. Un professeur de l'hôpital universitaire UZ Brussel parlait d'ailleurs récemment dans la presse "d'une épidémie".

Les raisons évoquées de cette résurgence semblent multiples: le changement de vaccin dont on ne connaît actuellement pas la durée de protection, une meilleure connaissance et une vigilance accrue des médecins

et une possible modification de la virulence des souches. Selon le président du Groupe Vaccination du Conseil supérieur de la Santé, "il est primordial que l'entourage du bébé se fasse vacciner". Selon lui, mais également selon la Cellule de surveillance des maladies infectieuses, "il faut approfondir la sensibilisation des gynécologues et médecins traitants afin d'inciter la mère et l'entourage à se faire vacciner".

Madame la ministre, pouvez-vous nous dire combien de cas de coqueluche ont été répertoriés sur les cinq dernières années? Parmi ces cas, combien d'enfants de moins de un an ont-ils été touchés? Comment expliquez-vous cette augmentation des cas diagnostiqués? Quelle est la politique vaccinale actuelle contre la coqueluche? Qu'en est-il en termes de remboursement? Des modifications sont-elles envisagées suite à cette résurgence? Quelle est votre position par rapport à ce qu'on appelle la "stratégie cocoon de vaccination" qui consiste à vacciner les personnes qui sont fréquemment en contact avec des nourrissons?

09.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Frédéric, depuis les années 90, on constate une hausse du nombre de cas en Belgique, avec un pic tous les quatre à cinq ans. Le nombre de cas de coqueluche survenant en Belgique est suivi au travers de différentes sources. D'une part, la maladie est à déclaration obligatoire dans toutes les entités fédérées. Le nombre de diagnostics fait l'objet d'une surveillance par le réseau des laboratoires vigies, coordonné par l'Institut scientifique de Santé publique.

D'autre part, il importe d'avoir une confirmation de diagnostic par le centre national de référence. Sur la base de ces trois sources, l'ISP a estimé l'incidence réelle de la coqueluche à 14,2 % sur 100 000 habitants pour la Flandre et à 18,7 % pour la Wallonie et Bruxelles en 2014.

L'augmentation du nombre de cas de coqueluche observés dès 2012 s'est poursuivie en 2013 et en 2014. L'augmentation s'observe dans les différents groupes d'âge, mais c'est dans le groupe de 35 à 60 ans qu'elle est la plus forte. Les enfants de moins d'un an et plus particulièrement ceux de moins de deux ans qui ne sont pas encore vaccinés, car le premier vaccin est à 8 semaines, constituent toujours le groupe d'âge où la détection est la plus fréquente. L'augmentation peut s'expliquer par plusieurs facteurs: une protection incomplète par la vaccination et certainement une baisse de cette immunité dans le temps, un meilleur diagnostic depuis le financement des centres nationaux de référence, une meilleure déclaration, en particulier en Wallonie, un cycle naturel dans la circulation du pathogène montrant une cyclicité de 4 à 5 ans.

À noter que les années 2012-2014 ne sont pas encore disponibles dans la banque de données Résumé Hospitalier Minimum. Ces chiffres ne reprennent que les patients hospitalisés. Le Conseil supérieur de la Santé donne un avis annuel sur le calendrier vaccinal mais l'implémentation du calendrier de base est une compétence des Communautés. La vaccination contre la coqueluche a été lancée à la fin des années 50, début des années 60 avec un vaccin cellulaire.

En 1998 en Flandre, la quatrième dose de vaccin a été remplacée par un vaccin à composé *pertussis* acellulaire. En 2001, le vaccin à germe entier a été complètement remplacé par un vaccin acellulaire pour toutes les doses dans l'ensemble du pays.

Les recommandations actuelles pour la vaccination anticoqueluche comprennent d'abord la vaccination généralisée pour tous, pour les nourrissons à 8, 12, 16 semaines et 15 mois par le vaccin hexavalent et les vaccinations de rappel à 5-6 ans par le vaccin tétravalent depuis 2001 et à 15-16 ans par le vaccin dit Tpa (diphtérie, tétanos-coqueluche) depuis 2009.

Ensuite, il y a la vaccination des groupes spécifiques. Depuis 2009, la vaccination "cocoon" concerne l'ensemble des membres de la famille entourant un jeune enfant (père, mère, fratrie). Elle concerne également les grands-parents. Mais dans ce cas, la vaccination ne fait pas l'objet d'un remboursement, ce qui constitue un petit problème. Sont encore concernés les professionnels de la santé qui s'occupent des nourrissons, les femmes enceintes entre la 24 et la 32^e semaine de grossesse, ce depuis fin 2013. Cette vaccination doit être renouvelée lors de chaque nouvelle grossesse. Le vaccin est gratuit pour les femmes enceintes tant en Wallonie qu'en Flandre.

Le calendrier vaccinal de base relève de la compétence des Communautés, y compris pour ce qui concerne le financement des vaccins inclus dans ce calendrier.

La recommandation émise par le Conseil supérieur de la Santé repose sur le constat que les enfants de moins d'un an et en particulier ceux de moins de deux ans avant le début de la vaccination sont fréquemment touchés par la maladie. Dans ce groupe d'âge, malheureusement, le taux de morbidité après

avoir contracté cette maladie est également plus grand. C'est la raison pour laquelle, depuis 2004, la vaccination "cocoon" par dose unique est recommandée aux adultes, parents, futurs parents, infirmiers, grands-parents, soit tous ceux qui sont souvent en contact avec les nourrissons.

Les difficultés de réalisation de cette vaccination sont liées, d'une part, aux modalités de remboursement du vaccin avec un contrôle et, d'autre part, à la coordination entre les vaccinateurs impliqués, à savoir, souvent, les médecins généralistes et les gynécologues.

Un travail doit encore être effectué en la matière. En effet, les chiffres sont en augmentation depuis trois ans. Il faut donc convaincre nombre de personnes concernées de l'importance primordiale de se faire vacciner.

09.03 **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, je remercie la ministre pour le caractère on ne peut plus complet et technique de sa réponse.

Madame la ministre, il est intéressant de noter que vous êtes consciente du problème, en tout cas vous ne niez pas l'augmentation des cas ces dernières années et la nécessité, en collaboration avec les Communautés compétentes pour certains aspects, de faire en sorte de donner une information tant aux praticiens qu'au public. J'ai le sentiment que l'on a oublié ces vaccins des années 50 et 60 sous prétexte qu'ils ne sont plus utiles. Je trouve que l'on prend cela à la légère. Votre ministère devrait lancer une information à cet égard. Vous ferez votre possible, je le sais.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

10 **Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les missions assurées par l'Hôpital militaire Reine Astrid" (n° 1215)**

10 **Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opdrachten van het Militair Hospitaal Koningin Astrid" (nr. 1215)**

10.01 **Daniel Senesael** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je m'adresse aujourd'hui à vous après avoir interrogé le ministre de la Défense qui m'a renvoyé vers vous.

Force est de constater que le gouvernement imposera au ministère de la Défense, comme d'ailleurs à tous les départements de l'État, d'énormes économies à hauteur de 1,5 milliard d'euros pour les années à venir. Dans ce cadre, l'accord de gouvernement refuse de trancher entre les différentes composantes de la Défense nationale, si ce n'est pour sacrifier la composante médicale. L'accord évoque en effet la fermeture possible de l'hôpital militaire Reine Astrid. Cet exemple a d'ailleurs été repris au cours d'un point presse par le Chod (*Chief of Defence*). Cet établissement joue pourtant un rôle crucial dans le secteur civil des soins de notre pays, en remplissant des services essentiels que les hôpitaux civils auraient du mal à prendre en charge, comme le service des grands brûlés. Il aurait également pu jouer un rôle extrêmement important dans la crise Ebola. De plus, ce choix semble incompréhensible, alors que l'armée se veut plus orientée vers des opérations à l'étranger et que donc le nombre potentiel de blessés pourrait augmenter parmi nos militaires.

Madame la ministre, quel regard portez-vous sur l'avenir de cette institution, certes sous tutelle de la Défense, mais qui remplit des fonctions importantes en matière de soins de santé et d'aide à la nation? Comment pérenniser la spécificité du rôle de cet hôpital? Comptez-vous vous concerter avec les partenaires sociaux de la Défense sur l'avenir de cette institution? Si oui, selon quel calendrier?

10.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, monsieur Senesael, aucune discussion n'a encore eu lieu avec mon collègue compétent pour la Défense au sujet de la destination de l'hôpital militaire Reine Astrid.

En ce qui concerne les conséquences des mesures d'économie pour la Défense, je vous renvoie à mon collègue, le ministre de la Défense.

Lorsque la situation future de l'hôpital militaire Reine Astrid sera claire pour mon collègue, une concertation pourra avoir lieu avec le département de la Défense et nous pourrions examiner quel rôle l'hôpital militaire pourra éventuellement jouer dans le paysage hospitalier réformé. Vous avez évoqué l'important centre des

grands brûlés, qui est soumis à une programmation stricte en Belgique. C'est également notre centre national pour les grands brûlés. On ne peut pas changer si facilement la destination d'un tel centre. J'attends de pouvoir prendre connaissance des plans du ministre de la Défense. Il a visité le site.

Je pense qu'il va concevoir un plan qui pourra ensuite être discuté. Je trouve que cet hôpital apporte déjà une grande plus-value, notamment en ce qui concerne les grands brûlés. Nous verrons bien s'il faut penser à d'autres affectations. Cela dépend aussi de lui.

10.03 Daniel Senesael (PS): Je remercie Mme la ministre pour sa réponse. Je pense qu'elle est bien consciente de l'intérêt à maintenir les compétences dévolues au personnel de cet hôpital qui remplit un rôle important pour les grands brûlés dans notre pays. Il aurait pu également apporter son expertise au niveau de la crise Ebola. Madame la ministre, je ne doute pas de votre opiniâtreté pour convaincre votre collègue de l'intérêt suscité par cet hôpital et de sa pérennité.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsrisico's van de waterpijp" (nr. 1307)

11 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques pour la santé de la chicha" (n° 1307)

11.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, volgens een nieuwsbericht van december 2014 van de Stichting tegen Kanker zou het roken van een waterpijp de kans verhogen op leukemie. Ze verwijzen hiervoor naar een Amerikaanse studie die de aanwezigheid van hoge benzeengehaltes in waterpijpen aantoonde. Blootstelling aan benzeen is een risicofactor voor de ontwikkeling van leukemie. Veel gebruikers denken echter nog ten onrechte dat het gebruik van een waterpijp of shisha-pen gezonder zou zijn dan het roken van sigaretten.

Ik had u dan ook graag enkele vragen gesteld.

Ten eerste, hebben uw diensten studies uitgevoerd naar de schadelijke effecten van de waterpijp en aanverwante producten? Wat zijn de eventuele resultaten? Werd hierbij de link naar leukemie of andere ziektes gelegd?

Ten tweede, kan de minister toelichten of de controledienst Tabak en Alcohol van de FOD de laatste jaren meer klachten heeft gekregen rond het gebruik van de waterpijp en aanverwante producten?

Ten derde, bent u het eens met de Stichting tegen Kanker over de noodzaak en de dringendheid van het informatiebeleid en een strengere omkadering van de producten van de waterpijp? Denkt u hier hetzelfde over?

11.02 Minister Maggie De Block: Blijkbaar is dit een nieuwe trend. Dat wist ik ook niet.

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft reeds meerdere malen op het gevaar van waterpijproken gewezen. De schadelijkheid ervan wordt ook in wetenschappelijke studies voldoende aangetoond. De FOD Volksgezondheid heeft zelf geen studies verricht naar de schadelijke effecten van de waterpijp.

De controledienst Tabak en Alcohol van de FOD Volksgezondheid heeft reeds meerdere klachten ontvangen over het roken van waterpijpen in horecazaken. De klachten worden bij de FOD Volksgezondheid geregistreerd op grond van het type inbreuk zoals roken in een horecazaak. Klachten over het roken in waterpijpbars vallen dan ook onder deze algemene categorie. Een verdere opdeling van de klachten naar het precieze type van tabaksproduct dat wordt gerookt is niet mogelijk. Al deze klachten worden echter onderzocht en de nodige maatregelen worden genomen zodra er waterpijp wordt gerookt in horecazaken. Zo zijn er vorig jaar door de controledienst Tabak en Alcohol 32 waterpijpbars geverbaliseerd.

Vorig jaar heeft de controledienst Tabak en Alcohol ook een nieuwe folder over rookvrije horeca opgesteld en verdeeld. Intussen is daar een aanzienlijke vraag naar. In deze folder wordt ook aandacht besteed aan een paar nieuwe trends waaronder het gebruik van de waterpijp. Niet alleen het verbod op gebruik van een

waterpijp in de horeca wordt daarbij toegelicht, er wordt ook op gewezen dat waterpijprokers nog meer schadelijke en kankerverwekkende stoffen te verwerken krijgen dan sigarettenrokers.

De FOD kan geen preventiecampagnes organiseren, aangezien dit een taak is van de Gemeenschappen. In de laatste Europese tabaksrichtlijn waarvan de implementatie door de FOD Volksgezondheid zal beginnen zoals in de andere Europese landen, wordt waterpijptabak aangezien als een voor roken bestemd tabaksproduct. Dat impliceert dat wij bepaalde verstrendende maatregelen zoals gezondheidswaarschuwingen automatisch van toepassing kunnen maken op ook de waterpijptabak.

11.03 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, dank u voor uw antwoord. Dit is inderdaad een nieuwe trend. In vele horecasteden zoals onder andere Leuven, zien we de waterpijp in bars opduiken. Het ziet er trendy uit, maar de schadelijke stoffen worden niet herkend. Door het verbranden van de petroleum en de benzine geeft dit benzeengehaltes, los van de nicotine. Ook de verbranding van houtskool is kankerverwekkend, naast uiteraard de tabakverslaving. Veel waterpijprokers denken dat de toxische stoffen door het water worden gefilterd, maar dat is helemaal niet het geval.

Ik denk dat een grootschalige informatiecampagne nodig is, grootschaliger dan alleen maar een folder. Jongeren vinden het leuk om te doen: het is een groot instrument dat men kan gebruiken en dat tot de verbeelding spreekt. Er is meer sensibilisatie hieromtrent nodig bij jeugthuizen en dat is inderdaad een bevoegdheid van de Vlaamse overheid, maar misschien kunnen uw diensten daar ook mee op inspelen.

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

12 Question de M. David Clarinval à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la création de 15 nouveaux postes de garde de médecine générale" (n° 1312)

12 Vraag van de heer David Clarinval aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de oprichting van 15 nieuwe huisartsenwachtposten" (nr. 1312)

12.01 David Clarinval (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le 22 décembre 2014, le nouvel accord médico-mutualiste pour l'année 2015 a été conclu et nous nous en réjouissons. Cet accord médico-mutualiste prévoit notamment un renforcement de la politique en matière de postes de garde de médecine générale.

À cette fin, l'accord prévoit la création de 15 nouveaux postes de garde de médecine générale ou des alternatives équivalentes dans des zones n'en disposant pas suffisamment, en tenant compte d'une répartition régionale équilibrée; et une uniformisation de la disponibilité des postes de garde de médecine générale. Les postes de garde de médecine générale établiront, avant fin 2015, un plan de conventions avec les services d'urgences de la région afin de rationaliser le recours aux services de garde, postes de garde et services d'urgences.

Madame la ministre, vous n'ignorez pas la grande attention que je porte à la pénurie de médecins en zone rurale. Cette information n'a pas manqué d'attirer mon attention. Quelle va être la méthodologie appliquée pour concrétiser ce point et créer 15 postes de garde supplémentaires? Comment et par qui les zones en insuffisance seront-elles définies? Quels seront les critères retenus?

12.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Clarinval, je peux vous dire que la politique sur le financement des postes de garde est développée par la Commission nationale médico-mutualiste. C'est dans le cadre de cette politique que la Commission inscrit la règle mentionnée dans l'accord médico-mutualiste du 22 décembre 2014. Elle devra s'appliquer ensemble avec les autres mécanismes qui mènent à des décisions de financement dont le principal est sans doute que ce sont les cercles de médecins généralistes qui disposent d'une grande autonomie dans la façon dont ils organisent la garde de médecine générale. Ce sont donc les cercles qui décident en premier lieu de l'implantation d'un poste de garde dans leur zone de médecine générale.

Tenant compte de cette réalité, le groupe de travail qui prépare les dossiers de financement pour la Commission nationale médico-mutualiste devra se former une image globale des différentes demandes de financement qui s'annoncent pendant une certaine période, par exemple une année. Ces demandes peuvent être situées vis-à-vis des initiatives existantes ou en voie de création au niveau global, national et au niveau

régional dont le groupe de travail connaît de façon précise la surface, la population, le fonctionnement, le nombre de médecins généralistes disponibles pour la garde et le coût par habitant.

Pour mieux connaître les intentions des cercles, un travail de coordination en Wallonie et en Flandre est nécessaire. Il permettra de soutenir les cercles dans la préparation de leurs décisions et la fixation de leurs besoins aux niveaux fonctionnel et financier et de les situer dans le paysage global.

C'est sur la base de la globalisation des informations provenant des deux Régions que la médicomut pourra constater si l'équilibre voulu est en voie de réalisation. C'est la Commission nationale médico-mutualiste qui devra fixer les paramètres pour évaluer les progrès dans la réalisation de cette politique, sachant que la situation sur le terrain évolue.

12.03 David Clarinval (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse très claire.

Comme nous en parlions ce matin en commission de l'Économie, la situation de pénurie médicale dans les zones rurales devient très grave dans certaines régions. J'espère que le travail de globalisation de cette commission fera ressortir le fait que les postes de garde en question doivent être installés dans les zones en pénurie. Cela me paraît évident. Je suppose que les spécialistes de cette commission arriveront à cette conclusion.

En tout cas, je souhaite que votre attention soit portée sur ces zones en désertification médicale depuis plusieurs années et pour lesquelles la création de maisons médicales pourrait être une des solutions.

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

13 Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dadingen ter beëindiging van geschillen" (nr. 1319)

13 Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les transactions conclues en vue de mettre fin aux litiges" (n° 1319)

13.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over de niet-erkende PET-scans. Dit onderwerp kwam hier al meermaals aan bod.

De Gezondheidswet van 10 april 2014 verleende aan de Algemene Raad van het RIZIV de mogelijkheid om voor een beperkte tijdsperiode, tot 1 augustus 2014, dadingen met ziekenhuizen af te sluiten ter beëindiging van geschillen inzake verstrekkingen, verricht met niet-erkende, zogenaamd zwarte, PET-scanners. Die worden nu trouwens niet meer zwart genoemd, maar *end-of-life* PET-scanners.

Ziekenhuizen zouden 65 % van de betwiste verstrekkingen moeten terugbetalen.

De competentie voor de A3-middelen in het budget zijn na de staatshervorming naar de regio's overgeheveld. Net voor de overgang van de competentie naar de regio's is uw voorganger erin geslaagd om toch nog een stuk van die zwarte PET-scanners opnieuw wit te maken door bepaalde programmanormen in samenspraak met de regio's te versoepelen.

Ik heb begrepen dat het om 1 in Vlaanderen ging en de rest in Wallonië en Brussel. Dat heeft tot nogal wat reacties geleid, vooral bij heel wat ziekenhuizen die de spelregels al jarenlang op een correcte manier volgen en hun dossiers heel plichtbewust volgen.

Mevrouw de minister, ik denk dat dit niet langer toelaatbaar is.

Hoeveel dadingen van niet-erkende toestellen werden in die periode daadwerkelijk afgesloten? Hoeveel middelen zijn daaruit gegenereerd? Hoeveel middelen gingen daarvan terug naar het RIZIV?

Ik begrijp dat het hier om een gedeelde competentie gaat. De financiering blijft gedeeltelijk bij ons, maar het budget voor de A3-middelen met de erkenningsnormen zit nu in Vlaanderen. Bent u bereid om dit in de interministeriële conferentie ter sprake te brengen, om ervoor te zorgen dat de ziekenhuizen die zich in deze dossiers correct gedragen dit ook in de toekomst verder kunnen doen?

13.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Muylle, dit is inderdaad een niet zo fraai dossier, een erfenis uit het verleden.

Alle ziekenhuizen die een niet-erkende PET-scanner gebruiken, hebben een dading aangegaan met het RIZIV. Het gaat om zeven ziekenhuizen: een in Vlaanderen, drie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en drie in het Waals Gewest.

Het bedrag dat overeenkomstig de aangegeane dadingen door die ziekenhuizen werd terugbetaald, beloopt in totaal 2 676 473,77 euro. Dat bedrag vertegenwoordigt 65 % van het totaal aan verstrekkingen die ten onrechte werden aangerekend aan de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De dadingen zijn aangegaan overeenkomstig artikel 16, § 1, 17°, van de gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingevoerd bij artikel 50 van de wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid.

Hieruit vloeit in het bijzonder voort dat, gelet op het risico van zeer lange aanslepende procedures, de complexiteit ervan, de onzekere uitkomst van de juridische geschillen en de hieraan verbonden kosten, het rechtvaardig wordt geacht om aan de hangende geschillen een einde te stellen.

De betrokken ziekenhuizen tonen zich eveneens geïnteresseerd in een oplossing in de vorm van een dading die toelaat een einde te stellen aan de geschillen door middel van het doen van wederzijdse toegevingen en dit zonder enige nadelige erkenning van wie dan ook.

Tijdens de vorige legislatuur werd een uitvoering van medische beeldvorming onderhandeld met de Gemeenschappen. Dat resulteerde in een protocolakkoord van 24 februari 2014. Een van die maatregelen bestond erin een lijst van zware medische apparatuur op te stellen, in uitvoering van artikel 52 van de ziekenhuiswet. Dat houdt in dat toestellen op deze lijst pas mogen worden geïnstalleerd na een voorafgaande goedkeuring door de bevoegde deelstaatminister.

Daarnaast werd ook het programmeren van het aantal PET-toestellen uitgebreid, gezien de toename van het aantal indicaties waarvoor een PET-onderzoek noodzakelijk is. Het komt aan de Gemeenschappen toe om de bijkomende toestellen toe te wijzen en te erkennen.

Het sluitstuk van dit plan is een kadaster van toestellen medische beeldvorming, waarmee de installatie van nieuwe toestellen en de status van de bestaande toestellen continu kan worden opgevolgd.

Ik hoop dat dergelijke situaties daarmee in de toekomst worden vermeden. Het is alleszins geen fraai staaltje van programmeren.

13.03 **Nathalie Muylle** (CD&V): Inderdaad, mevrouw de minister. Het is niet langer uw bevoegdheid, maar momenteel is er een nieuwe ronde inzake programmatie bezig in de regio's. Ik zie dezelfde scenario's zich momenteel opnieuw afspelen. U antwoordt daar heel terecht op dat als de dadingen konden worden aangegaan en afgesloten, dit ook een einde moest maken aan het geheel. Als men dan achteraf merkt dat bepaalde regio's, om Brussel niet te noemen, wat zwart of *end-of-life* is en waarrond een dading is afgesproken, toch opnemen in hun erkenning, dan is dat toch wel jammer. Dit is echt geen fraai dossier.

Mevrouw de minister, ik weet dat het grootste deel van die competenties bij uw collega's van de regio's ligt, maar ik hoop dat u bij het bewaken van het federaal beleid in het kader van de interministeriële conferenties dit warm houdt en voor een deel er controle op uitvoert. Dit is inderdaad niet meteen fraai voor onze gezondheidszorg.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

14 **Question de M. Benoît Piedboeuf à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la procédure de mise en application des sanctions par les commissions médicales provinciales" (n° 1352)**

14 **Vraag van de heer Benoît Piedboeuf aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de sanctioneringsprocedure voor de provinciale geneeskundige commissies" (nr. 1352)**

14.01 Benoît Piedboeuf (MR): Madame la présidente, madame la ministre, un arrêté royal de 1977 institue des commissions médicales provinciales (CMP) ayant notamment pour mission de suspendre le visa de professionnels de la santé qui mettraient la vie de patients en danger.

Malheureusement, 38 ans plus tard, les arrêtés d'application n'ont pas encore été pris. Ce faisant, certaines décisions des CMP pourraient être purement et simplement annulées. Les membres de ces commissions commencent donc à se décourager, se demandant dans quelle mesure il est utile d'étendre leurs compétences alors qu'ils sont dans l'impossibilité d'appliquer les sanctions préconisées. Se pose, notamment, la question de savoir ce qu'il est possible de faire contre un professionnel de la santé qui ne se présente pas à son audition et qui ne se fait pas représenter.

Madame la ministre, vous n'êtes, évidemment, pas responsable de cette situation, mais pourriez-vous me faire savoir si vous pensez prendre des mesures afin que les CMP puissent jouer pleinement leur rôle?

14.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, cher collègue, les commissions médicales provinciales contrôlent l'aptitude physique et psychique des professionnels des soins de santé. Dans ce cadre, elles peuvent retirer le visa de ces professionnels, qui constitue une des conditions légales d'accès à la profession ou le soumettre à des conditions. Elles peuvent théoriquement retirer le visa ou limiter les effets de ce dernier lorsqu'il est établi, dans un extrait du casier judiciaire, que les antécédents du praticien sont incompatibles avec l'exercice de tout ou partie de sa profession et qu'une condamnation est établie par l'extrait d'un casier judiciaire pour des faits suffisamment pertinents dans le cadre de l'exercice de sa profession. Toutefois, comme vous l'avez mentionné, cette possibilité n'existe pas dans la pratique car la procédure n'a pas été fixée par le Roi.

En cas de risque grave pour la santé publique ou l'intégrité physique des patients, une procédure de suspension en extrême urgence visant l'ensemble des professionnels de la santé complète cette disposition. Toutefois, cette nouvelle possibilité doit encore être complétée par un arrêté royal d'exécution fixant ladite procédure.

En outre, les commissions médicales provinciales ont une certaine compétence disciplinaire pour ce qui concerne le respect de l'obligation de continuité de soins et l'obligation de transmettre toutes les informations utiles ou nécessaires d'un patient au professionnel de santé désigné par le patient.

Cette règle s'applique exclusivement aux groupes professionnels ne disposant pas d'un ordre. Dans ce cas également, les commissions médicales provinciales ne disposent pas non plus de la compétence d'imposer des sanctions lorsque ces obligations n'ont pas été respectées.

Je reconnais que beaucoup de travail reste à réaliser pour donner aux commissions médicales provinciales les moyens légaux nécessaires pour que les patients bénéficient de soins de qualité dispensés par des praticiens physiquement, psychologiquement, légalement et moralement aptes à exercer leur profession.

Conjointement avec mon administration, les initiatives nécessaires seront prises afin d'évaluer à court terme les compétences des commissions médicales provinciales et de les réorienter dans le cadre d'une révision approfondie de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé et ce, afin de créer un organe qui soit en mesure d'exercer efficacement son importante compétence de contrôle au sein des soins de santé.

14.03 Benoît Piedboeuf (MR): Madame la ministre, je ne peux que vous remercier.

Il est toujours consternant de voir que le législateur prend parfois des dispositions dont il n'assume pas les modalités d'exécution. Je vous remercie d'y être attentive.

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

15 Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doe-het-zelf-testkits" (nr. 1393)

15 Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les

kits de dépistage du cancer du sein" (n° 1393)

15.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er is de laatste tijd in het kader van genetische borstkanker heel wat te doen geweest over de doe-het-zelf-testkits. Ook in de media zijn bepaalde bekende figuren hierover aan bod gekomen.

Ik meen dat heel wat mensen niet enkel hulp gaan zoeken in de Genetische centra, maar ook gebruikmaken van die doe-het-zelf-tests. Deze kits zijn makkelijk te verkrijgen via onder meer het internet. De tests worden dan zonder veel uitleg thuis uitgevoerd. Volgens ons is dit een zorgelijke evolutie.

Het Kenniscentrum heeft in een rapport al gewezen op de gevaren van het democratiseren en het verspreiden – vaak op een ongecontroleerde manier – van die tests. Het centrum zegt dat dit eigenlijk alleen maar zou mogen gebeuren in een van de acht bestaande Belgische Centra voor Genetica.

Mevrouw de minister, volgt u het Kenniscentrum in zijn bevindingen? Bent u van plan om de verkoop van die testkits via het internet een halt toe te roepen? Wilt u via een bewustwordingscampagne wijzen op de risico's bij het gebruik van dergelijke testkits, die men via het internet kan aankopen?

In de aanbevelingen van het Kenniscentrum had men het, op het vlak van preventie en adviezen, over het eventueel werken met een erfelijkheidsadviseur. Bent u bereid om deze piste te onderzoeken zodat de creatie van dit beroep in overweging kan worden genomen? Op die manier zou de informatieverbreiding op een betere manier kunnen gebeuren.

15.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Muylle, in het door u aangehaalde rapport van het Kenniscentrum worden inderdaad een aantal richtlijnen gegeven voor oncogenetische testen voor erfelijke vormen van borstkanker en een aantal erfelijke syndromen.

Het is uiteraard van groot belang voor de patiënt om de genetische test terug te koppelen aan het advies en de begeleiding van gekwalificeerde gezondheidsprofessionelen. Dit wordt ook op die manier bepaald in de conventies van het RIZIV met de Belgische Genetische centra.

In het kader van de bestaande erkende beroepstitels en bijzondere bekwaamheden lijkt het weinig opportuun om nog een bijkomende beroepstitel erfelijkheidsadviseur te creëren. De toenemende subspecialisaties dienen niet noodzakelijk allemaal vertaald te worden in specifieke beroepstitels. Het belang van adequate begeleiding en informatie aan de patiënt kan niet genoeg benadrukt worden.

Voor de verkoop van genetische tests via het internet verwijs ik naar het advies van de Hoge Gezondheidsraad uit 2012, waarin als eerste aanbeveling de informatieverstrekking over genetische tests aan de gezondheidswerkers en aan het grote publiek aangehaald wordt: "Het is belangrijk te benadrukken dat er klinisch gevalideerde en medisch geschikte tests in ziekenhuizen beschikbaar zijn voor wie ze nodig heeft en dat ze ook door de gezondheidszorg terugbetaald worden. Het is ook belangrijk om de beperkingen van de tests die op het internet geadverteerd, aangeboden en verkocht worden alsook de bezorgdheid die ze doen rijzen, toe te lichten." Tot daar de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. Zij bevelen ook een strenger internationaal toezicht aan.

De ontwerpverordening specifiek voor in-vitrodiagnostiek is in de maak op Europees niveau. Wij zetten onze markttoezichtactiviteiten en het sensibiliseren van de actoren voort en volgen tegelijk de ontwikkelingen ter zake in Europa actief op.

15.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, dit internetgegeven moet inderdaad globaler worden bekeken en ik noteer dat u zult opvolgen wat er dienaangaande op Europees vlak gebeurt.

Ik heb de aanbeveling gehoord van de Hoge Gezondheidsraad. Zult u ter zake actie ondernemen? Sommige zaken vallen immers onder uw bevoegdheid.

U hebt de aanbevelingen aangehaald en mijn vraag is of u de komende maanden zult nagaan of u eventueel wetgevende initiatieven kunt nemen om paal en perk te stellen aan de situatie?

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

16 Vraag van mevrouw **Els Van Hoof** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "private navelstrengbloedbanken" (nr. 1404)

16 Question de Mme **Els Van Hoof** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les banques de sang de cordon ombilical privées" (n° 1404)

16.01 **Els Van Hoof** (CD&V): In het verleden zijn hierover al enkele vragen gesteld. Bij het zoeken naar informatie over navelstrengbloed en de donatie ervan stootte ik op de firma Cryo-Save te Niel. De firma biedt aan ouders de mogelijkheid om het navelstrengbloed van hun pasgeboren baby in te vriezen met het oog op eventueel later gebruik voor het kind. Opslag van navelstrengbloed door privéfirma's is in België niet toegestaan, tenzij de firma in kwestie verbonden is aan een officiële navelstrengbloedbank. In dat geval dient de overdracht van het navelstrengbloed via die bank te verlopen.

De Leuvense navelstrengbloedbank is zo een openbare bank en beschikt over een familiale navelstrengbloedbank. Als een mama zwanger is en reeds een kind heeft dat aan een bloedziekte lijdt, kan het navelstrengbloed van het broertje of zusje op naam worden ingevroren. In de toekomst kan het mogelijk geschikt zijn om een transplantatie uit te voeren met stamcellen uit de navelstreng.

De wet van december 2008 regelt het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek. De wet verbiedt onder andere elke reclame en gebruik voor individuele toepassingen. Op het eerste gezicht lijkt de firma Cryo-Save hier dus in de fout te gaan.

Hebt u weet van andere bedrijven dan Cryo-Save die zich bezighouden met de private opslag van navelstrengbloed? Zo ja, welke?

Met toepassing van de wet van 19 december 2008 moet het wegnemen van menselijk lichaamsmateriaal gebeuren door een erkende Belgische bank voor menselijk lichaamsmateriaal, die wordt uitgebaat door een erkend ziekenhuis. Voldoet Cryo-Save vandaag nog aan de wetgeving?

Ik weet dat het bedrijf regelmatig werd geïnspecteerd. Werd Cryo-Save onlangs nog gecontroleerd? Wat was de uitkomst van de inspecties?

Zwangere vrouwen worden vaak niet op de hoogte gebracht van het bestaan van openbare navelstrengbloedbanken. Acht u het interessant om hier meer ruchtbaarheid aan te geven? Plant u deze legislatuur ouders ertoe aan te zetten om navelstrengbloed te doneren?

16.02 Minister **Maggie De Block**: Het betreft een belangrijk dossier, dat al heel wat jaren meegaat in de commissie. Ik kan daarvan getuigen.

Al het menselijk lichaamsmateriaal, inclusief navelstrengbloed en navelstrengweefsel dat in België wordt weggenomen en bestemd is voor toepassing op de mens, moet via een erkende bank voor menselijk lichaamsmateriaal passeren.

Een Belgische bank voor menselijk lichaamsmateriaal wordt uitgebaat door een ziekenhuis, zoals bedoeld in de wet van 19 december 2008 inzake menselijk lichaamsmateriaal.

Cryo-Save heeft tot nu toe geen enkele samenwerkingsovereenkomst met een erkende Belgische bank. In het kader van voornoemde wet mocht Cryo-Save dan ook geen in België weggenomen navelstrengbloed bewerken, conserveren, bewaren en distribueren.

Op datum van 27 september en 19 oktober 2012 werden door de inspectiediensten van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten in die instelling inspecties uitgevoerd. Tijdens die inspecties werd vastgesteld dat tussen begin 2011 en de datum van de inspectie stalen navelstrengbloed en stalen navelstrengweefsel op Belgisch grondgebied werden weggenomen. De stalen werden ontvangen en bewaard in de intermediaire structuur Cryo-Save in Niel.

Door de bevoegde inspectiediensten werd dan ook een proces-verbaal opgesteld en naar het parket doorgezonden. Ik heb aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten

gevraagd het dossier op te volgen.

In antwoord op uw laatste vraag over informatie en sensibilisering kan ik u melden dat ik van oordeel ben dat in de eerste plaats de behandelende gynaecoloog, verloskundige of vroedvrouw de patiënte op de mogelijkheid van donatie kan wijzen. Bestaande banken en intermediaire structuren voor navelstrengbloed hebben al initiatieven tot sensibilisatie genomen, onder andere door het ter beschikking stellen van folders in verschillende talen.

Ik laat momenteel onderzoeken of we samen met het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten de informatie aan de bevolking kunnen optimaliseren naar het voorbeeld van de campagnes die voor orgaandonatie werden gedaan, de zogezegde Beldonoracties. Het is de vraag of een dergelijke campagne ook voor de bewaring van navelstrengbloed en navelstrengweefsel zou kunnen worden opgezet.

16.03 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, u verwijst naar de inspecties bij Cryo-Save.

Ik zag nog een heel oude parlementaire vraag van mevrouw Vanlerberghe, waarin ook naar die inspecties en controles werd verwezen. Sinds 2012 en het opstellen van het proces-verbaal is er geen stand van zaken bekend, hoewel de firma online nog altijd reclame maakt.

De vraag is dus of zij vandaag de wetgeving van 2008 naleeft en of er harder moet worden opgetreden. Wat is de stand van de procedure ten opzichte van die intermediaire structuur, die geen samenwerkingsovereenkomst heeft met een erkende navelstrengbloedbank, zoals er zijn in Gent en Leuven? Moet men niet nader bekijken hoe ver de procedure staat en of de intermediaire structuur van Cryo-Save vandaag niet in de fout gaat?

Het is immers eigenlijk niet ethisch dat, terwijl men gratis navelstrengbloed kan laten opslaan in erkende openbare banken en voor familieleden, commerciële structuren al gauw 1 500 euro vragen voor het opslaan, conserveren en ter beschikking stellen van navelstrengbloed. Mensen zijn daarover niet geïnformeerd. Misschien denkt men dat zo'n intermediaire structuur beter is dan een openbare structuur, terwijl die laatste ook voor de familie reglementair navelstrengbloed kan opslaan. Ik vraag u dan ook om daaromtrent meer onderzoek te doen, mevrouw de minister.

16.04 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Hoof, er is twee keer een proces-verbaal opgesteld. Dat is nu verwezen naar het parket. Nu is het aan het parket. Misschien kunt u eens vragen of het proces-verbaal al dan niet werd geseponeerd en of er al een onderzoeksrechter werd aangesteld. Ik wil dat ook wel doen. Wij hebben aan het federaal agentschap gevraagd of er door het parket opvolging aan de zaak is gegeven.

Dat is ondertussen echter al weer een hele tijd geleden. Ik zal dan ook zeker aan het federaal agentschap vragen om eens te gaan kijken of er al een wijziging is. Het dossier is uit onze handen, zodra het doorverwezen is naar het parket. Wij kunnen de situatie alleen constateren, een proces-verbaal opmaken en dat doorgeven aan het parket.

16.05 Els Van Hoof (CD&V): Ik bedank u voor de informatie, mevrouw de minister. Ik zal zeker verder navraag doen. Misschien is het toch raadzaam om een nieuwe controle te doen, tenzij er nog een controle heeft plaatsgevonden sinds 2012.

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

La **présidente**: La question n° 1415 de M. Miller est transformée en question écrite.

17 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la construction d'une unité de traitement spécialisée et hautement sécurisée" (n° 1417)

17 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bouw van een gespecialiseerde behandelingseenheid met een hoge graad van beveiliging" (nr. 1417)

17.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, l'épidémie du virus Ebola qui sévit en Afrique depuis mars 2014 a amené notre pays à mettre au point des procédures spécifiques afin de

détecter et maîtriser la propagation de cette maladie chez nous.

Ces procédures qui concernent Ebola, mais qui pourraient également concerner n'importe quelle autre maladie dangereuse et contagieuse, ont été mises au point par l'équipe de coordination Ebola que vous avez mise sur pied et qui est dirigée par Mme Erika Vlieghe.

En effet, même si, dès le départ, le risque d'une épidémie en Belgique était considéré comme très faible, il était indispensable de se tenir prêt à faire face à des cas d'infection et à pouvoir prodiguer des soins adéquats.

Au-delà de ces procédures nécessaires, il faut à présent évidemment aussi envisager la création d'une unité de traitement spécialisée et hautement sécurisée de type P4, comme il en existe dans plusieurs pays européens, qui permet d'accueillir et de traiter des patients infectés, sachant que d'autres épidémies pourraient devoir être gérées dans le futur.

Madame la ministre, confirmez-vous la création d'une future unité de traitement spécialisée et hautement sécurisée dans notre pays? Un calendrier a-t-il déjà été établi dans ce cadre? Pouvez-vous également nous dire s'il est exact que cette unité de type P4 sera construite à l'intérieur d'une structure, d'un hôpital déjà existant par exemple? Nous le savons, ce type de structure hautement sécurisée est très coûteux. Qui prendra donc en charge son financement? Un budget pourra-t-il véritablement être dégagé pour sa création?

Des visites ont apparemment déjà eu lieu dans des centres spécialisés à Londres, à Hambourg et en France par l'équipe de coordination Ebola. Quelles sont les premières conclusions de ces visites? Quels sont les principaux éléments qui devront être pris en considération pour la mise sur pied de cette unité? L'hôpital militaire, dont on vient de parler et dont l'avenir demeure très incertain, semble ne jamais être évoqué dans ce cadre. Pourriez-vous nous dire précisément quels sont les obstacles et les freins n'ayant pas permis d'envisager la création de cette structure en son sein alors qu'il disposait, selon certains, des caractéristiques idéales pour jouer ce rôle?

17.02 **Maggie De Block**, ministre: Cher collègue, l'accord de gouvernement stipule que le gouvernement étudiera les modalités concrètes pour l'installation d'une unité spécialisée hautement sécurisée pour le traitement des maladies contagieuses.

L'équipe de coordination du SPF Santé s'est rendue, pour une visite de travail, dans cinq hôpitaux situés dans trois pays européens différents: un hôpital à Lille, l'hôpital Bichat à Paris, l'hôpital militaire Bégin à Paris, l'hôpital universitaire Eppendorf à Hambourg ainsi que la High-level isolation unit – The Royal Free, un hôpital à Londres.

Un rapport sera établi sur la base de ces visites et d'informations complémentaires des partenaires européens. Ce rapport décrira les différents modèles et possibilités de prise en charge des patients atteints de maladies hautement infectieuses et sera transmis à ma cellule politique dans les prochaines semaines ou dans les prochains mois.

Évidemment, c'est un énorme travail. Nous devons tenir compte également des 19 cas qui se sont avérés négatifs.

Je projette également une étude plus approfondie dans le cadre de la mission *Health services research* du Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Cette étude a pour objectif de dresser l'inventaire des groupes cibles potentiels et d'examiner comment constituer une équipe de prestataires de soins expérimentés, formés régulièrement et mobilisables en cas de nécessité. Je ferai en outre appel à l'expertise du Conseil supérieur de la Santé et du *Risk Assessment Group* de l'Institut scientifique de la santé publique. Pour terminer, je ferai aussi examiner si des lits hospitaliers existants peuvent être convertis en lits pour les maladies hautement infectieuses.

Il est donc prématuré de parler du rôle de certains hôpitaux ou de la Défense dans ce dossier. À l'étranger, cela existe dans les hôpitaux, il ne s'agit jamais d'un hôpital isolé. Il y a un coût de formation du personnel, de suivi, parce qu'on ne sait jamais ce qui peut arriver. C'est pour cela qu'il y a déjà eu cinq visites dans trois pays. Nous collectons toute l'information existante - il y a quand même quelques cas en Europe -, afin de connaître les meilleures pratiques existant à l'étranger et de former notre base. Nous verrons ensuite ce que cela va coûter.

17.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je me réjouis de la qualité de votre réponse. Un échéancier a été posé, des objectifs et des résultats à atteindre sont fixés, une expertise a été mise en place. Je constate aussi que l'hôpital militaire de Paris figure parmi les cinq hôpitaux visités. Un rapprochement pourra peut-être être fait avec notre hôpital militaire. Je comprends qu'à ce stade, l'aspect budgétaire n'ait pas été évoqué, mais quand vous disposerez des rapports que vous attendez, ce sera une seconde étape à franchir.

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

La **présidente**: Ce sera la dernière question; les autres pourront être posées mardi prochain dans la matinée. Les temps de parole ont été respectés. Mais tâchez de ne plus introduire de questions pendant un petit temps!

18 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la protonthérapie" (n° 1419)

18 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de protontherapie" (nr. 1419)

18.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, j'ai l'habitude d'introduire mes questions groupées.

Il est essentiel que des traitements par protonthérapie puissent être disponibles rapidement pour les patients belges souffrant de pathologies oncologiques. En effet, à l'heure actuelle, ces patients doivent aller à l'étranger pour bénéficier de ces soins.

Madame la ministre, où en est-on dans la mise en place du projet de protonthérapie en Belgique? Comment vous positionnez-vous par rapport à la mise en place de ces traitements? Devez-vous donner un avis sur les projets envisagés?

Quel est le nombre de patients belges traités à l'étranger en 2014 par protonthérapie? Comment ce nombre a-t-il évolué au cours des dernières années?

Quels budgets ont-ils été consacrés à ces prises en charge? Quel budget envisagez-vous au cas où un (ou des) projet(s) de protonthérapie aboutissai(en)t en Belgique?

Comptez-vous prendre des initiatives en matière de protonthérapie, par exemple par la participation de notre pays à des démarches européennes ou internationales telles que la création d'un registre européen ou la mise en place d'études cliniques internationales?

18.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, pour le moment, il s'agit d'une initiative privée. Aucun engagement de cofinancement ou de financement d'un centre pour protonthérapie n'a été pris par les autorités fédérales ni par l'assurance maladie obligatoire. Il n'est dès lors pas prévu de moyens financiers à cet effet à ce jour.

Le Plan national Cancer prévoit toutefois un montant annuel de 3,862 millions d'euros en faveur du traitement par hadronthérapie des patients pour lesquels celle-ci présente une plus-value thérapeutique, comme le précise l'arrêté royal du 18 juin 2013 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Dans ce cadre, un conseil scientifique et un conseil d'accord ont été constitués au sein de l'INAMI pour l'accompagnement de l'hadronthérapie.

Des indications médicales ainsi que la procédure à suivre ont été mises au point pour le renvoi des patients vers un centre spécialisé en hadronthérapie, soit pour la protonthérapie soit pour la thérapie par ions carbone.

La nouvelle procédure est opérationnelle depuis septembre dernier et concerne actuellement le renvoi des

patients à des centres étrangers. Jusqu'à présent, les demandes de cinq patients ont été traitées selon cette nouvelle démarche. Ils étaient ou sont en traitement à l'étranger. D'autres demandes sont en cours de traitement.

Pour la période antérieure, vingt-deux patients ont été traités par hadronthérapie entre 2009 et 2013 et ont introduit une demande auprès du Fonds spécial de solidarité.

Nous soutenons les recommandations reprises dans le dernier rapport du KCE, notamment l'enregistrement dans la base de données du Registre belge du Cancer, du schéma chimiothérapeutique et du programme de radiothérapie – y compris l'hadronthérapie – destiné et recommandé aux enfants et l'ouverture d'un registre européen de l'hadronthérapie.

Dans la procédure actuelle, les patients sont, de préférence, dirigés vers des centres qui, eux aussi, mènent une analyse scientifique à propos de ce traitement. Les données relatives au dossier de demande sont enregistrées à l'INAMI. Il est négocié un enregistrement complémentaire des données de suivi en collaboration avec le Registre du Cancer.

Au cours de la précédente législature, une liste d'appareillages médicaux lourds a été dressée dans le cadre du protocole d'accord sur l'imagerie médicale. Cette liste comprend la protonthérapie. Tous les appareils qui figurent sur cette liste nécessitent une autorisation préalable du ministre compétent de l'entité fédérée avant de pouvoir être placés.

En ce qui concerne les compétences fédérales, je vous communique que ma cellule politique œuvre actuellement à l'élaboration d'une demande de programmation qui sera prochainement transmise au Conseil national des Établissements hospitaliers.

18.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Pour la Belgique, ce sont des initiatives privées. Quand vous dites qu'il n'y a aucun engagement du fédéral ni de moyens financiers prévus, cela concerne-t-il l'appareillage ou les remboursements? Si un appareillage, financé par le privé, est installé en Belgique, les patients qui en bénéficieront et qui n'iront dès lors plus à l'étranger pour se faire soigner bénéficieront-ils d'un remboursement par l'INAMI?

18.04 Maggie De Block, ministre: Le montant annuel qui a été prévu pour le traitement par hadronthérapie reste conforme à l'enveloppe prévue. Pour le reste, rien n'est prévu pour le remboursement.

18.05 Catherine Fonck (cdH): Des discussions devront dès lors avoir lieu par rapport au projet d'installation de la protonthérapie.

18.06 Maggie De Block, ministre: Des deux! C'est surtout le coût qui est important.

18.07 Catherine Fonck (cdH): C'est la raison pour laquelle je vous interpelle bien évidemment

18.08 Maggie De Block, ministre: C'est surtout le coût d'installation! En effet, étant donné les avis nécessaires et l'*evidence base* qui doit être appliquée, on ne peut envisager que le nombre de patients qui auront besoin de cette thérapie sera multiplié ou en hausse. Néanmoins, nous devons nous interroger quant au bien-fondé de cet investissement dans des centres de thérapie, dont le coût d'installation est très important.

18.09 Catherine Fonck (cdH): Je vous remercie pour cet éclaircissement supplémentaire. Il faut être prudent par rapport au nombre de patients qui, dans les années à venir, pourraient effectivement relever d'une indication par protonthérapie. En effet, des études ont été réalisées quant aux projections de patients qui rentrent dans les conditions de protonthérapie et qui représentent, de mémoire, un nombre beaucoup plus important que les chiffres que vous avez cités, à savoir vingt-deux patients entre 2009 et 2013 et cinq patients qui ont introduit un dossier depuis le début de la nouvelle procédure. Mais nous aurons certainement l'occasion d'y revenir. J'imagine que les projets en cours nécessiteront aussi des contacts et que des discussions devront s'engager par rapport à ces projets.

La **présidente**: Peut-être que la dimension européenne des pays voisins est aussi intégrée dans cette réflexion. Je pense qu'il y a un centre à Lille notamment, aux Pays-Bas et en Allemagne.

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

La **présidente**: Nous terminons nos travaux. Nous reprendrons mardi prochain les questions là où nous nous sommes arrêtés.

À sa demande, la question n° 1849 de Mme Catherine Fonck est transformée en question écrite.

*La réunion publique de commission est levée à 12.35 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.35 uur.*