

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

WOENSDAG 29 MAART 2017

MERCREDI 29 MARS 2017

Namiddag

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14.16 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens. De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.16 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Il est l'heure, nous allons commencer les travaux.

Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, des collègues même d'autres partis et de la majorité m'ont demandé pour voir s'il y a une organisation prédéterminée sur une heure, sur un numéro de question. Pour moi, tout est bon. À la limite, ça ne me concerne pas.

La **présidente**: Que les gens se bougent un peu.

Catherine Fonck (cdH): Je leur ai dit que je leur dirais s'il y avait...

La **présidente**: Les questions avant le point 109 qui ne seront pas posées seront transformées en questions écrites. Nous ne les reporterons pas. Pour le reste, nous allons aller le plus loin possible, parce qu'il y a constamment des questions qui s'ajoutent. Aller au finish est évidemment compliqué. La dernière fois, la ministre était présente jusqu'au bout et ce sont les parlementaires qui n'étaient plus là.

01 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la kinésithérapie" (n° 15523)

01 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kinesitherapie" (nr. 15523)

01.01 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, les kinésithérapeutes se sont engagés, en vertu de la convention nationale avec les organismes assureurs, à porter en compte la quote-part personnelle au bénéficiaire de l'intervention majorée qui bénéficie du tiers payant, dans au moins 85 % des prestations attestées par lui. La convention prévoit également que "si les organismes assureurs constatent à la fin de la procédure de contrôle que le kinésithérapeute ne respecte pas cet engagement, la convention est dans son chef annulée de plein droit". J'ai ici l'ensemble de cette convention.

Avec cette mesure, on empêche en quelque sorte les kinésithérapeutes d'offrir la gratuité de leurs soins aux patients qui vivent dans une situation très précaire. Il est vrai que cela peut être dommageable parce que cela risque de priver certaines personnes particulièrement vulnérables de soins qui leur sont pourtant nécessaires.

Madame la ministre, quel est le pourcentage moyen des prestations pour lesquelles les kinésithérapeutes décident de ne pas porter en compte la quote-part personnelle du bénéficiaire? Y a-t-il des différences importantes quant à ce pourcentage sur le territoire de la Belgique? Si je pose la question, c'est parce que, dans ma région, les kinésithérapeutes m'ont en fait directement sollicitée en disant que pour eux, c'était vraiment problématique et qu'ils étaient d'ailleurs demandeurs d'une suppression de ce seuil.

Constate-t-on une évolution ou une aggravation de ce pourcentage au cours des dernières années?

Pourriez-vous me dire s'il y a des kinésithérapeutes qui ne respectent pas ce pourcentage d'au moins 85 %? Ce nombre a-t-il évolué ces dernières années? Pourriez-vous me dire s'il y a des kinésithérapeutes qui ont été sanctionnés pour non-respect de ce pourcentage?

Avez-vous une réflexion sur ce pourcentage de 85 %? Qu'est-ce qui justifie ce pourcentage? Ne pensez-vous pas qu'il existe une inadéquation de ce pourcentage et de ce critère face à des réalités socio-économiques très différentes entre les Régions et, au-delà, entre les sous-régions?

01.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, je tiens tout d'abord à préciser que l'engagement de kinésithérapeutes conventionnés à percevoir la quote-part du bénéficiaire dans au moins 85 % des prestations attestées ne concerne pas uniquement les bénéficiaires de l'intervention majorée ou le tiers-payant, mais bien l'ensemble des patients. Dans ce cadre, les kinésithérapeutes ne peuvent faire de distinction entre les bénéficiaires, que ce soit sur la base de l'organisme assureur auquel ils sont affiliés ou sur celle du type de prestation.

La procédure décrite dans la convention nationale pour le respect de cet engagement prévoit une collecte de données relatives à un rapport possible entre l'absence de perception systématique de la quote-part personnelle et une moyenne importante de prestations par bénéficiaire. Comme indiqué dans cette procédure, ces données seront rassemblées par les organismes assureurs, et non par l'INAMI. Dans ce contexte, les renseignements demandés ne peuvent pas être fournis par lui.

Depuis la fixation de ce taux, aucun kinésithérapeute n'a été sanctionné en raison d'une infraction à cette règle. Aucune convention n'a donc été annulée à l'égard d'un praticien.

L'obligation d'une perception de 85 % du ticket modérateur répond à une demande des représentants d'Axxon, la seule organisation professionnelle reconnue comme représentative des kinésithérapeutes. Ce sont eux qui ont demandé à établir ce pourcentage lors des négociations en Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs, qui ont abouti à la convention nationale 2013-2014. Jusqu'alors, ce taux était fixé à 70 %. L'augmentation a été approuvée après réflexion par les représentants des organismes assureurs. Ce taux est resté inchangé dans la convention qui a couvert les années 2015 et 2016.

La motivation des kinésithérapeutes était inspirée par le fait que, dans un contexte d'honoraires insuffisants, le ticket modérateur fait partie intégrante de ceux-ci. Malgré des négociations intensives en cours depuis octobre dernier, plus aucune convention ne couvre, pour le moment, le secteur de la kinésithérapie.

En 2003, des données de 2001 fournies par les mutualités avaient été analysées. L'absence de perception concernait essentiellement des patients atteints de pathologies dites "lourdes" et un peu plus de 1 500 kinésithérapeutes.

Ces derniers avaient été avisés par courrier que leur profil allait être suivi, ainsi que du risque de sanction. Toutefois, aucun kinésithérapeute n'a, à l'époque, été sanctionné. La raison essentielle en était la complexité de la situation car le texte conventionnel prévoyait alors qu'on pouvait, par rapport à cette non-perception, tenir compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle du kinésithérapeute.

Une deuxième analyse de l'Agence InterMutualiste avait ensuite démontré une nette diminution de la non-perception du ticket modérateur. Ceci semblait indiquer que les mesures prises précédemment avaient eu un impact.

L'INAMI ne peut pas nous donner de chiffres pour des faits qui ne sont pas en sa possession. Il faut demander à l'AIM.

01.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Je pointerai plusieurs éléments tout de même. J'entends que vous n'avez pas de chiffres et je les demanderai à l'AIM.

Ceci étant, j'entends bien que cela a été négocié, discuté avec les kinés d'Axxon et accepté par ceux-ci. Reconnaissons néanmoins que cet organisme représente excessivement et préférentiellement les néerlandophones. La réalité socio-économique est différente.

Vous me dites qu'il n'y a eu aucune sanction. Je peux cependant vous dire que des contrôles ont été réalisés chez des kinés. J'habite dans une région où le PIB est particulièrement faible. Plusieurs kinés y

tirent la sonnette d'alarme parce qu'ils se retrouvent en fait avec 50 % de patients vivant sous le seuil de pauvreté, qui sont BIM.

Je reprends l'exemple qu'on me donne, parce qu'un petit calcul a été fait par un kiné. Celui-ci est obligé d'exiger le paiement à 85 % d'entre eux. C'est une réalité du terrain que rencontrent de nombreux kinés, en fonction, c'est vrai, de réalités géographiques différentes, et j'entends bien cela. Mais je trouve que ce point pose problème. En effet, les réalités sont à ce point différentes en fonction des Régions qu'on se retrouve avec des défauts de prise en charge, et dès lors avec un réel problème d'accès à la kinésithérapie dans certaines régions, parce qu'y vivent des patients dont un pourcentage très élevé vit sous le seuil de pauvreté.

Je me permets de vous appeler à vous pencher à nouveau sur ce problème. Vous pourriez peut-être, vous-même, demander des chiffres déclinés par Région, sous-région et arrondissement au niveau du collège intermutualiste, pour qu'une réflexion puisse être entreprise sur ce point.

En effet, lorsqu'un patient n'est pas soigné, c'est pire après. Il est de notre devoir d'être attentifs à l'accès aux soins pour les patients fragiles. C'est une demande émanant directement des kinés; je vous remercie de l'entendre.

01.04 Maggie De Block, ministre: C'est effectivement important. On ne trouvera pas la solution ici mais bien dans le cadre de la concertation en cours avec l'AIM et les kinés. Je précise que nous avons aussi rencontré des kinés qui ne font pas partie d'Axxon.

01.05 Catherine Fonck (cdH): Je vous remercie et vous demande de faire attention à cette réalité socio-économique très différente, à la réalité des patients et des kinés.

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

02 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le produit injecté dans le cadre de la dégénérescence maculaire exsudative" (n° 15538)**

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la dégénérescence maculaire exsudative" (n° 15539)**

02 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het product dat wordt ingespoten bij exsudatieve maculadegeneratie" (nr. 15538)**

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "exsudatieve maculadegeneratie" (nr. 15539)**

02.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je voudrais poser deux questions que je vais essayer de globaliser.

Comme vous le savez, la dégénérescence maculaire exsudative est une maladie qui touche essentiellement, si pas exclusivement, les personnes âgées, qui devient de plus en plus fréquente et qui affecte fortement la vision de lecture.

Un traitement existe depuis plusieurs années et consiste en des injections, dans l'œil, d'un produit *anti-vascular endothelium growth factor* qui est un régulateur de la néoangiogénèse. Pour de nombreux patients, il est nécessaire de réaliser une injection par mois, dans chaque œil, durant plusieurs mois et parfois même durant plusieurs années.

On injecte quasiment toujours du Lucentis de la firme Novartis qui coûte mille euros la dose, alors qu'il existe une molécule similaire (Avastin) qui ne coûte que 40 euros, soit 25 fois moins.

Cette molécule n'est pas remboursée, ni même autorisée en première intention.

Je connais un peu l'histoire de ces produits et vous allez certainement me répondre que l'Avastin n'a pas fait l'objet de demande pour cette indication, mais je pense que lorsque des enjeux budgétaires sont à ce point importants pour les patients et pour l'État, il serait nécessaire, avec les professionnels concernés, les

ophtalmologues et l'Agence fédérale des médicaments, d'examiner comment avoir, de manière proactive, une incitation à ce que ce produit, nettement moins cher, puisse être utilisé dans cette indication.

Par ailleurs, le volet de la mise en œuvre de ce traitement pose une série de questions puisque auparavant, pour bénéficier du remboursement de ces injections, l'ophtalmologue devait en prouver la nécessité, grâce à un examen appelé OCT, pratiqué à plusieurs reprises et qui n'est pas remboursé.

Qui va financer cet examen? Soit le patient doit payer cet examen pourtant obligatoire, soit l'ophtalmologue l'offre gratuitement au patient mais le coût de l'appareil s'élève à 50 000 euros.

Par ailleurs, je trouve interpellant que le nombre total d'injections, dont le coût du produit est de 1 000 euros la dose est devenu illimité alors que jusque maintenant, il était de 36 injections par œil et l'acte d'injecter n'est remboursé que les premières fois alors que cela est pratiqué en salle d'opération, en situation stérile, ce qui représente un coût non négligeable.

Madame la ministre, comment expliquez-vous l'absence de financement de l'appareil, alors qu'il s'agit d'un volet obligatoire dont le coût peut être reporté malheureusement sur le patient? Cela pose une question d'accessibilité pour le patient.

Pourquoi cette modification quant au nombre total d'injections permises, à l'inverse de l'acte? Comment justifier un remboursement illimité par rapport à un remboursement limité?

02.02 Maggie De Block, ministre: Comme vous le savez, madame Fonck, je suis informée de cette problématique. Une consultation approfondie des représentants des ophtalmologues et des experts de l'INAMI et de l'AFMPS a déjà eu lieu. Actuellement, deux spécialités pharmaceutiques *anti-vascular endothelial grow factor* (anti-VEGF) sont remboursées dans le traitement de la dégénérescence maculaire exsudative (DMLA): Lucentis et Eylea. Malheureusement, la DMLA n'est pas incluse dans les indications enregistrées de l'Avastin.

Les firmes responsables de la commercialisation des spécialités pharmaceutiques disposent du droit exclusif de faire enregistrer une indication pour une spécialité dont elles sont responsables. À ce jour, la firme responsable de la commercialisation de l'Avastin n'a pas manifesté d'intérêt pour l'enregistrement de l'indication du traitement de la DMLA. En outre, contrairement à Lucentis et Eylea, les formulations actuelles de l'Avastin ne sont pas du tout adaptées au dosage approprié au traitement de la maladie en question.

Avant de l'administrer, l'Avastin doit être préparé dans une formulation adaptée ce, dans des conditions garantissant la stérilité du produit qui sera administré. Afin de solutionner le problème, j'ai pris l'initiative de conclure un contrat avec les firmes Novartis et Bayer ce qui a permis de faire baisser le coût réel du Lucentis et d'Eylea pour l'assurance maladie de manière substantielle à un niveau acceptable. De plus, la conclusion de ce contrat a permis d'étendre le remboursement d'Eylea et du Lucentis à toutes leurs indications enregistrées et de supprimer la limitation de la durée du remboursement qui était apparemment de trois ans maximum.

En ce qui concerne votre seconde question orale, tant l'examen par *l'optical coherence tomographie* (OCT) que les injections intravitréennes d'anti-VEGF sont actuellement traités au sein du groupe de travail Chirurgie de l'INAMI. Des propositions en la matière devraient parvenir au comité de l'assurance dans les prochaines semaines. En d'autres termes, on peut s'attendre à la rédaction d'un code de la nomenclature pour l'examen par l'OCT et à un remboursement. C'est déjà indiqué dans l'accord national médico-mutualiste 2016–2017 et je cite: "Au cours de l'année 2017, des moyens seront débloqués au moyen d'une réorganisation et de la maîtrise des dépenses en matière d'OCT, de coronarographie et d'échographie ou d'autres prestations, moyens qui seront destinés au financement économiquement efficient de la technique OCT basée sur l'analyse économique de la santé et sur une analyse des besoins." Cela se développe au sein du groupe de travail Chirurgie de l'INAMI.

En ce qui concerne l'acte médical des injections intravitréennes, le nombre est limité à 8 pour la première année, à 6 la deuxième année et à 4 pour les années suivantes. Cela équivaut à 30 prestations au cours des six premières années. Actuellement, une proposition des associations professionnelles des ophtalmologues est sur la table des négociations du groupe de travail Chirurgie visant à porter le nombre à 34 au cours des six premières années. Il s'agit d'élargir la période et le nombre de traitements possibles.

02.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'ai deux réflexions.

D'abord, pour ce qui est du deuxième volet relatif à l'OCT et aux actes en tant que tels, c'est vrai que le dépôt de mes questions remonte déjà à quelques mois et, depuis lors, les choses commencent manifestement à bouger. Tant mieux et attendons, bien évidemment, les conclusions de ce groupe de travail en concertation avec les ophtalmologues! Mais vous devez bien vous douter qu'à ce moment-là, les ophtalmologues m'avaient directement sollicitée avec toute une série de questions.

Ensuite, pour ce qui est du deuxième volet sur l'anti-VEGF, j'entends bien ce que vous me dites. Aujourd'hui, c'est effectivement un droit exclusif des firmes pharmaceutiques mais je pense que, quand il y a un enjeu à ce point important, tant pour les patients que pour la sécurité sociale et le budget particulièrement des soins de santé, il faudra, un jour ou l'autre, pouvoir discuter d'un espace qui pourrait donner, sous une forme d'obligation, un droit cadré, balisé mais, en tout cas, un bras de levier au niveau de l'État. L'exemple de l'anti-VEGF remonte à des années et est particulièrement interpellant et inacceptable. À un moment donné, des arrangements peuvent intervenir entre les uns et les autres, en raison desquels, *in fine*, personne ne bouge parce que ces arrangements conviennent aux uns et aux autres.

Aussi, je pense, madame la ministre, que nous devons faire évoluer notre réglementation en la matière.

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

La **présidente**: Je voudrais rappeler, car cela me semble nécessaire, qu'il y a beaucoup de questions à l'agenda et que le Règlement prévoit un temps limité à la fois pour la question, la réponse et la réplique.

03 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la santé environnementale" (n° 15763)**

- **M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la santé environnementale" (n° 17534)**

03 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "milieu en gezondheid" (nr. 15763)**

- **de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "milieu en gezondheid" (nr. 17534)**

03.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je ne vais pas rappeler les nombreux événements en lien avec des questions relatives à la santé et à l'environnement, qu'il s'agisse des déchets dangereux, des pesticides, des problématiques de matériaux. Cette compétence n'est évidemment pas uniquement fédérale mais est partagée par les différents niveaux de pouvoir. C'est la raison pour laquelle les stratégies doivent être coordonnées, et sans doute mieux coordonnées, pour être plus efficaces. Les acteurs de terrain doivent, à mon sens, également être associés à ces travaux.

Il s'agit d'un volet dont on me dit qu'il a peu été évoqué au niveau de la Santé publique. Mes questions à cet égard sont donc les suivantes.

Quelles sont les thématiques qui ont été abordées en 2014, 2015 et 2016 dans le cadre de la Conférence interministérielle (CIM) de l'Environnement et de la Santé? Quels sont les résultats de ce travail? En votre qualité de ministre fédérale, quelles thématiques avez-vous mises à l'agenda de la CIM? Quelles thématiques comptez-vous y inscrire à l'avenir? Des concertations sont-elles organisées avec les entités fédérées au sujet de la santé environnementale? Selon quelles modalités? Sous quelle forme? À quelles conclusions a-t-on déjà abouti à cet égard? Si elles ne l'ont pas encore été, allez-vous mettre ces différentes questions à l'agenda?

03.02 Philippe Blanchart (PS): Monsieur le président, madame la ministre, selon deux nouveaux rapports de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), plus d'un quart des décès d'enfants de moins de cinq ans est attribuable à la pollution de l'environnement.

Chaque année, les risques environnementaux (pollution de l'air intérieur et extérieur, tabagisme passif, insalubrité de l'eau, manque de moyens d'assainissement, hygiène insuffisante) entraînent le décès de plus

de 1,5 million d'enfants de moins de cinq ans.

Au-delà des dangers "traditionnels" comme la pollution de l'atmosphère, de l'eau, le manque de sanitaires ou des maladies transmises par vecteur, comme le paludisme, identifiées de longue date dans les régions en développement, il existe de nouveaux dangers environnementaux "émergents" de plus en plus préoccupants liés à l'activité industrielle planétaire, comme l'exposition aux polluants, aux déchets électriques et électroniques, ainsi qu'au changement climatique.

Pour enrayer ces dangers, l'OMS suggère pour cadre de travail les dix-sept Objectifs pour le développement durable (ODD) définis en janvier 2016 par le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). Les deux derniers rapports de l'OMS insistent sur le fait que la réduction de la pollution intérieure et extérieure, l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'hygiène publique, y compris dans les infrastructures de santé accueillant des parturientes, la protection des femmes enceintes par rapport au tabagisme passif et la garantie d'un environnement plus sain, peuvent prévenir efficacement la mortalité infantile et les maladies touchant les jeunes enfants.

Madame la ministre, dans ce cadre et afin de mettre un terme aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de cinq ans d'ici à 2030, quelles sont les avancées en la matière en Belgique? Quelles sont les initiatives mises en place pour assurer un suivi de ces nouvelles recommandations notamment par rapport aux nouveaux dangers émergents? Un plan d'action entre les différents niveaux de pouvoir est-il déjà mis en place à ce sujet?

03.03 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, il est en effet évident que la coordination sur cette thématique est indispensable et se fait en parfaite collaboration avec mon homologue, la ministre de l'Environnement. Depuis 2014, la Conférence interministérielle Environnement-Santé s'est penchée sur plusieurs dossiers: tout d'abord, la mise en place de la surveillance des moustiques exotiques vecteurs de maladies tropicales, comme par exemple le virus Zika, ou d'autres vecteurs, comme par exemple les tiques.

Le projet de monitoring de moustiques exotiques doit démarrer cette année pour trois ans. Au bout de cette période, un réseau de surveillance cohérent sur le plan national devra être opérationnel et les processus d'information et de décision établis.

La participation de la Belgique au programme européen de bio-monitoring qui démarre cette année fait partie des dossiers abordés par la Conférence interministérielle, de même que celui concernant le développement de modules de formation continue en santé environnementale pour les professionnels de santé, qui sera également réalisé cette année.

Il y a aussi la participation à la dernière campagne de mesure de l'OMS portant sur les polluants organiques persistants dans le lait maternel, dont le rapport sera prochainement disponible.

Le plan fédéral Fortes chaleurs et pics d'ozone décidé suite à la 6^{ème} réforme de l'État a été publié le 17 mai 2016, après consultation des entités impliquées.

Ces différents projets sont suivis en continu par la cellule nationale, qui se réunit plusieurs fois par an et échange très régulièrement par mail.

Au-delà de ces projets, il y a des groupes de travail et les questions ponctuelles. La cellule nationale prépare actuellement la prochaine Conférence interministérielle de l'Environnement et de la Santé de l'OMS Europe, qui aura lieu à Ostrava en juin prochain. Dans ce contexte, un nouveau programme opérationnel sera élaboré par la suite qui tiendra compte des priorités de l'OMS et des partenaires.

Le deuxième National Environment Health Action Plan est en train d'être évalué; sur la base des conclusions de cette évaluation et de celles de la Conférence interministérielle Santé-Environnement de l'OMS de juin et des besoins spécifiques de la Belgique, un troisième plan sera établi fin de cette année.

Il est évident que la réalisation des projets et le bon fonctionnement des groupes de travail susmentionnés ne sont réalisables que si la Cellule National Environment Health Action Plan fonctionne elle-même correctement, de même que la bonne collaboration entre ministres et administrations des différents niveaux de pouvoir.

Monsieur Blanchart, la mortalité infantile décrite à travers le monde concerne essentiellement les pays non membres de l'OCDE. En effet, surtout au sein de l'Union européenne, nous appliquons des politiques environnementales qui ont déjà largement permis de réduire cette mortalité.

En ce qui concerne l'eau potable en Belgique, les trois Régions garantissent un très haut niveau de qualité de l'eau de distribution, mais aussi des eaux de baignade ou des eaux de surface en général dans le cadre des directives européennes en la matière.

Les pollutions de l'air extérieur sont en effet problématiques. Elles sont essentiellement liées aux émissions polluantes du transport, des véhicules diesel en particulier. C'est pourquoi le gouvernement a décidé de mettre fin à l'avantage à la pompe du diesel.

En ce qui concerne la pollution intérieure, la mortalité à travers le monde s'explique principalement par les émissions de fumée dans les habitations. La Belgique s'est dotée d'une législation spécifique pour les appareils de chauffage et les combustibles solides. Dans notre pays, ces fumées proviennent essentiellement de défauts de ventilation, d'appareils au fonctionnement défectueux ou mal entretenus. Nous avons de plus une législation en matière de matériaux de construction appliquée depuis 2015 aux revêtements de sol. Cette législation sera progressivement étendue aux autres types de revêtement.

Enfin, en ce qui concerne les perturbateurs endocriniens, il est vrai qu'une définition européenne dans le cadre de la réglementation pour les biocides et les produits phytopharmaceutiques se fait attendre depuis 2012. Je ne peux que réitérer la demande d'une définition claire qui permette aux autorités de maîtriser les risques et de mettre en place des mesures proportionnées, eu égard au principe de précaution.

03.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour les différentes réponses. J'ai entendu les thématiques et les projets sur lesquels un travail a été réalisé. Il y a évidemment beaucoup d'autres enjeux qui devraient mobiliser les autorités de la santé pour ce qui concerne la stratégie en matière de santé environnementale. Je trouve qu'on est tiède en Belgique sur cette stratégie. On devrait être meilleur, plus proactif, plus coordonné, plus efficace. Je considère que c'est un enjeu majeur avec un impact à moyen et à long terme sur la santé dont on ne mesure pas encore aujourd'hui l'importance. Madame la ministre, je vous réinterrogerai régulièrement en fonction des projets mais j'appelle à ce qu'on soit plus proactif et plus ambitieux en la matière. Cela me semble indispensable.

03.05 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, je vais tout à fait dans le sens de ma collègue. Si, effectivement, nous sommes épargnés par les problèmes liés à l'eau potable, il faut mettre le fer sur les aspects qui nous touchent plus particulièrement. Mais en matière d'environnement, je rejoins ma collègue, dans le sens où effectivement il y a énormément de choses, de mesures à prendre. Cela devient de plus en plus urgent. Cela ne concerne évidemment pas uniquement notre pays. Une véritable coordination au niveau des ministères est indispensable et je pense qu'il revient au ministre de la Santé de tirer la sonnette d'alarme sur les différents constats qui sont établis.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage systématique de la mucoviscidose chez tous les nouveau-nés" (n° 15764)
- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage néonatal de la mucoviscidose en Belgique" (n° 17541)

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de systematische mucoviscidosescreening van alle pasgeborenen" (nr. 15764)
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mucoviscidosescreening bij pasgeborenen in België" (nr. 17541)

04.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, ma question a été déposée depuis plusieurs mois. Pour aller droit au but, madame la ministre, vous vous rappelez qu'il y avait eu un rapport du KCE en 2010 recommandant clairement le dépistage systématique de la mucoviscidose chez tous les nouveaux-nés avec une série de conditions que je ne répéterai pas ici.

Depuis lors, je vous ai déjà interrogée à plusieurs reprises. Il y a eu plusieurs étapes. Le 21 mars 2016, il y avait eu un accord entre les entités fédérées et l'autorité fédérale pour avancer en ce sens. Un travail technique a ensuite été réalisé par différents groupes.

En pratique, où en sommes-nous aujourd'hui? Les groupes de travail ont non seulement été mis en place et ont travaillé mais ils ont, à mon avis, dû accoucher, les neuf mois étant sûrement largement dépassés. Quelles sont leurs conclusions? Quand ce dépistage systématique sera-t-il mis en œuvre?

04.02 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, madame la ministre, vous avez indiqué, l'été dernier, que vous avanciez sur l'objectif de la mise en place d'un dépistage néonatal systématique de la mucoviscidose chez les nouveaux-nés.

Dès lors, j'aimerais vous poser les questions suivantes. Vous nous avez également indiqué qu'à partir du mois de septembre 2016 plusieurs groupes de travail techniques allaient commenter leurs travaux et concrétiser ce projet. Pouvez-vous nous dire quelles sont les avancées en la matière? Quel suivi a-t-il été apporté à ce dossier depuis? Ces groupes devaient également étudier si d'autres maladies devaient faire l'objet d'un dépistage néonatal, identifier les tests y afférents ainsi que les imputations budgétaires. Qu'en est-il?

04.03 Maggie De Block, ministre: Les différents groupes de travail qui examinent les modalités techniques de la réalisation du protocole de prévention ont commencé en septembre 2016. Dans ce cadre, un groupe de travail technique a été chargé de la problématique du dépistage des nouveaux-nés. Ce groupe de travail a comme objectif entre autres, d'identifier des maladies supplémentaires éventuelles pour le dépistage, comme les hémoglobinopathies et les maladies de surcharge lysosomiale comme la mucoviscidose, et de proposer le test à utiliser en donnant les arguments pour et contre, ainsi que les implications budgétaires.

Priorité a été donnée à la recherche relative au dépistage de la mucoviscidose. Le groupe de travail s'est réuni quatre fois et le premier résultat est un état des lieux du dépistage des nouveaux-nés dans les Communautés et Régions qui a été discuté en groupe de travail intercabinets Maladies chroniques et Prévention en décembre dernier et en février 2017.

Les propositions du groupe de travail concernant le dépistage de la mucoviscidose sont attendues dans les prochaines semaines et seront soumises au groupe de travail intercabinets Maladies chroniques et Prévention. L'objectif principal est d'évoluer vers un consensus sur les tests de dépistage et de diagnostic, et sur l'algorithme selon lequel ces tests se dérouleront.

04.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie.

L'avis du KCE remonte à 2010, alors que l'accord entre l'autorité fédérale et les entités fédérées date du 21 mars 2016. Nous sommes en 2017. Je crains qu'on ne continue à tourner en rond encore un certain temps. C'est pourquoi je me permets d'insister pour qu'on puisse accoucher et aboutir à un accord non seulement sur les procédures, mais également sur le volet financier. De la sorte, le dépistage systématique pourra débuter rapidement. Il s'agit d'une véritable stratégie de santé publique. En outre, comme je le rappelle toujours, il coûte toujours plus cher à l'État d'établir un diagnostic plus tardif chez les enfants, dans la mesure où des investissements seront nécessaires, alors qu'une prise en charge préventive permettrait d'éviter des complications sévères. Ce serait donc tout bénéfique pour le budget de l'État.

04.05 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas moi qu'il faut convaincre, madame Fonck, mais je n'avais pas demandé l'accélération des travaux.

04.06 Catherine Fonck (cdH): Donc, je vous attends.

La **présidente:** Encore un mois!

04.07 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, je partage évidemment les remarques de ma collègue.

Je me réjouis sincèrement que vous soyez préoccupée par cette question. Quand les infections pulmonaires deviennent évolutives, cela rend la situation particulièrement stressante. Plus tôt ces maladies sont prises en charge, moins elles sont compliquées à être traitées. Vous le savez toutes les deux, puisque vous êtes médecins.

Beaucoup de pays ont mis en place le dépistage: l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les États-Unis, le Canada, la France, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne.

Je vous remercie donc, madame la ministre, d'avancer dans ce dossier essentiel.

Le **présidente**: Nous vous soutenons dans le traitement rapide de ce dossier.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La question n° 15783 de Mme Catherine Fonck est transformée en question écrite.

05 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la violation de la vie privée de patients dans certaines maisons médicales" (n° 15784)

05 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inbreuk op de privacy van patiënten in sommige medische huizen/wijkgezondheidscentra" (nr. 15784)

05.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, la presse a relayé des informations reprises dans un mémorandum communiqué par des membres et ex-membres anonymes de la maison médicale d'Herstal, qui détaille des pratiques tout à fait problématiques. Ainsi, des données de patients pris en charge par des maisons médicales gérées par l'association "Médecine pour le peuple" seraient notamment utilisées à des fins politiques par des membres du PTB. Avez-vous pris connaissance de cette situation, madame la ministre? Que comptez-vous faire face à cette violation de notre législation relative au respect de la vie privée et de la déontologie des médecins? Avez-vous été en contact avec l'Ordre des Médecins au sujet de cette situation inacceptable?

05.02 Maggie De Block, ministre: Comme vous, j'ai pris connaissance de cette information par voie de presse. Si ces faits sont avérés, il s'agirait effectivement d'une violation grave de la protection des données personnelles de patients, passible de sanctions pénales, ainsi que d'une faute déontologique grave dans le chef des médecins qui s'en seraient rendus coupables. Par ailleurs, j'étudie avec mes administrations, le SPF Santé publique et l'INAMI, quelles sont les suites judiciaires qu'il conviendrait de donner à ces informations. Je ne manquerai pas de vous tenir informée des suites de ce dossier.

L'Ordre des médecins m'a dit qu'ils ne pourront pas prendre de décision avant qu'il y ait une conviction ou un fait judiciaire. On examine pour l'instant ce qu'on peut faire au sein du SPF Santé publique et de l'INAMI, les deux instances administratives compétentes pour défendre les patients dans ce type de cas, pour ce qui concerne le respect de la vie privée mais aussi la déontologie des médecins qui travaillent au sein de cette maison médicale.

J'ai également répondu à une question de M. Hedebouw à ce sujet. Est-ce déontologiquement normal? Les choses suivent donc leur cours.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Merci madame la ministre. Si les faits sont avérés, c'est totalement inacceptable. C'est gravissime et je pense que compte tenu des éléments qui remontent du terrain, c'est une enquête qui doit absolument être réalisée. C'est donc à vous de lancer une enquête pour clarifier cela. Je pense qu'il y a beaucoup de maisons médicales qui font du très bon travail, qui n'ont aucune pratique de ce type. Et ces pratiques dans certaines maisons médicales utilisées à des fins politiques jettent l'opprobre sur toutes les maisons médicales et in fine, sèment le doute dans l'esprit des patients. Je ne peux que vous inciter à diligenter une enquête pour que toute la clarté soit faite.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 15785)

- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en compte de la double cohorte de stagiaires médecins en 2018" (n° 16041)

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 16128)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 16145)
- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique de la double cohorte des étudiants en médecine" (n° 17540)

06 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het dubbele cohort" (nr. 15785)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de maatregelen met het oog op de dubbele cohorte stagiair-geneesheren in 2018" (nr. 16041)
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 16128)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 16145)
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte geneeskundestudenten" (nr. 17540)

06.01 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, ce n'est évidemment pas la première fois que je vous interroge sur ce dossier de la double cohorte, qui risque de devenir problématique pour les principaux intéressés, en l'occurrence les jeunes médecins qui commenceront leur formation l'année prochaine. L'enjeu est également qu'ils puissent trouver une place de qualité. De plus, se pose un problème d'organisation en raison d'un manque de places.

Cette question est basée sur trois piliers: le volume disponible de stages, le maintien de la qualité de la formation professionnelle et le financement adéquat.

Quand je vous ai interrogée, vous m'aviez apporté quelques informations. Si nous nous plaçons dans la perspective de l'actualité, les doyens des facultés de l'UCL, de l'ULB et de l'ULg – et je ne doute pas que celles du nord du pays soient également très inquiètes, eu égard aux contacts que j'ai pu nouer – viennent d'interpeller le premier ministre. En effet, l'échéance de juin 2018 se rapproche. Plus de 1 800 jeunes médecins achèveront leur cursus à cette date et choisiront alors leur spécialisation.

Au-delà des mesures que vous avez déjà prises, l'un des nœuds de cette situation catastrophique est le volume insuffisant de stages, mais également le financement qui doit pouvoir être assuré.

Madame la ministre, nous sommes donc au pied du mur. Comment allons-nous avancer en vue d'une plus grande efficacité et pour éviter des situations dramatiques en ce domaine d'ici 2018?

06.02 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb al eerder vragen over de problematiek gesteld. Mijn vraag is nogmaals een vraag naar de stand van zaken. Ik stel mijn vraag ook om wat dieper in te gaan op een paar opties die nu op tafel liggen.

De Planningscommissie heeft, inmiddels niet meer zo recent, een kwantitatieve voorspelling van de effecten van de dubbele cohorte gemaakt. Ze was gebaseerd op de huidige stand van zaken, evenwel rekening houdende met de meest gunstige omstandigheden, namelijk dat de studenten hun specialisaties ook naargelang de beschikbare stageplaatsen zouden aanpassen alsook dat de Gemeenschappen bij een tekort aan stageplaatsen in de ene Gemeenschap en een overschot in de andere Gemeenschap als communicerende vaten zouden functioneren. Volgens hun berekening zouden er in dat geval zowat 1 500 stageplaatsen te kort zijn.

Ik wil niet te veel over die communicerende vaten uitweiden, maar u kan zich wel voorstellen dat het volgens mij om een communicerend vat in één richting gaat. De tekorten in Wallonië zijn immers een pak groter dan in Vlaanderen, gelet op het feit dat in Wallonië met de quota geen rekening is gehouden, maar wel met de huidige instroom die nog zonder ingangsexamen is gebeurd.

U hebt al enige stappen gezet om de capaciteit aan stageplaatsen te verhogen. Er was een verhoging van het budget en er was ook de versoepeling van de erkenningsvoorwaarden voor stagemeesters.

Het is ook geen gemakkelijke oefening. Het is niettemin belangrijk voor ogen te houden dat het niet enkel

over een cijfergegeven gaat, maar dat ook de kwaliteit van de opleiding moet worden behouden.

Er is op dit moment al een zekere stijging van het aantal beschikbare plaatsen. Het tekort zou volgens het onderzoek van de Planningscommissie echter zichtbaar in 2017 al zichtbaar worden voor ten minste een derde van de specialiteiten en in 2018 voor twee derde van de specialiteiten.

Bovenop komt dat de huisartsen in opleiding ook gedurende een half jaar een ziekenhuisstage zullen moeten doorlopen, waarvoor nog eens in de nodige plaatsen in de ziekenhuizen dient te worden voorzien.

Mevrouw de minister, mijn vragen aan u zijn de volgende.

In welke mate zijn de maatregelen die u al eerder had aangekondigd, vandaag al zichtbaar of in welke mate hebben ze al een impact op de analyse die de Planningscommissie heeft gemaakt?

Welke bijkomende maatregelen staan nog op stapel?

De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen pleit onder meer voor een verhoging van het aantal artsen in opleiding per opleidingsplaats. Acht u dat een haalbare kaart, zij het met de nodige aandacht voor de kwaliteit van de opleiding?

Bij een nationale bevraging van artsen-specialisten in opleiding is naar boven gekomen in welke mate zij door andere artsen dan hun eigen stagemeester worden begeleid. De VASO pleit daarom ook voor de erkenning van stagediensten die als centrale opleidingsplaats kunnen fungeren. Hoe staat u daar tegenover?

Ik heb nog van andere pistes gehoord, zoals het opting-outprincipe, waarbij het aantal uren verplichte stage zou verminderen. Ik heb ook wel van studenten vernomen dat ze in dat verband vrezen dat enkel het interessante werk op die uren zou wegvallen en dat ze met een in verhouding groter administratief blok zullen blijven zitten. Als men zou kunnen verzekeren dat dit niet het geval is, is dat niet zo'n slechte optie. Ik hoor graag eerst van u wat er nog op stapel staat.

06.03 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le Comité inter-universitaire des étudiants en médecine (CIUM) s'inquiète de l'avenir des étudiants en médecine qui termineront leur formation de base en juin 2018. En effet, cette année-là, suite à la réduction de la durée des études de sept à six ans, entrée en vigueur en 2012, nous devons faire face à une double cohorte représentant quelque 2 000 étudiants en Fédération Wallonie-Bruxelles qui devront alors choisir une voie de spécialisation. Le problème est que, par manque de moyens financiers notamment, il n'y aura pas suffisamment de places de stage de qualité pour tous ces étudiants en voie de spécialisation. Cette situation est d'autant plus inacceptable que la problématique est connue depuis des années et que, jusqu'à aujourd'hui, rien de concret n'a été entrepris pour préparer l'arrivée de cette double cohorte.

Madame la ministre, quelles sont les initiatives développées en la matière pour assurer l'avenir de ces étudiants et répondre à cette problématique? Quand des mesures concrètes seront-elles enfin mises sur la table? Continuez-vous à discuter avec les entités fédérées mais aussi avec les représentants des universités et des étudiants dans ce cadre?

06.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je ne vais pas refaire les constats puisqu'ils ont été dressés.

Je me réfère aux pistes que vous avez déjà évoquées lorsque nous avons discuté du budget 2017. Vous avez demandé un avis au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Vous proposez, pour les médecins spécialistes, d'assouplir les exigences vis-à-vis des maîtres de stage (en nombre d'années d'expérience, participation à des recherches, publications, etc.). Pour les candidats, vous envisagez d'élargir à des stages extra-muros, de renforcer la recherche et de soutenir les stages à l'étranger. De plus, pour les médecins généralistes, vous envisagez de diminuer la part de stage à réaliser en structure hospitalière. Vous disiez qu'il y avait une analyse juridique sur cette possibilité.

Je voulais vous interroger sur l'évolution dans ce domaine, mais aussi au sujet des propositions faites notamment par le Groupement belge des Omnipraticiens (GBO) pour ce qui concerne les médecins généralistes. Selon le GBO, il existe des stages qu'il serait intéressant de faire suivre et de profiter de la

situation de double cohorte pour les expérimenter. Il est ici question de stages dans des lieux où il y a des approches particulières, à savoir les lieux où on assure le suivi de la toxicomanie, les plannings familiaux (contraception, avortements), les lieux de recherche en médecine générale, en médecine environnementale, ONE, etc.

Madame la ministre, de quelle manière examinez-vous ces différentes pistes? De quelle manière envisagez-vous la programmation de leur financement tout en sachant que cette double cohorte existera durant une année et que l'année suivante elle n'existera plus? Il faut donc envisager un budget en hausse et un budget en baisse, ce qui demande une réflexion quant à l'organisation des stages.

Je voudrais également vous poser une question plus spécifique concernant le budget supplémentaire de dix millions que vous avez prévu en 2016 pour les stages en hôpitaux non universitaires? Comptez-vous rendre cette mesure structurelle afin d'élargir les possibilités de stage?

06.05 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, je note que Mme Muylle n'est pas présente. Ce n'est pas la première fois que cela arrive.

Le raccourcissement de la durée des études de médecine donne lieu à une double cohorte d'étudiants diplômés en 2018, ce qui aura un impact pour toute la durée de la formation professionnelle de cette cohorte. Cela va de trois à six ans, selon les spécialités.

Vous citez un rapport de la cellule de planification de septembre 2016 dans lequel le manque de places de stage estimé s'élevait, en effet, à 1 500. Mais une étude actualisée a constaté une augmentation substantielle de nouvelles places de stage agréées, et donc conformes, depuis juillet 2017.

Il nous manquerait encore 900 places en Communauté française et 300 places en Communauté flamande, soit un total d'environ 1 200 places.

Dat is natuurlijk te verklaren door het feit dat men aan Waalse kant altijd te veel studenten heeft opgeleid. Daardoor worden wij nu geconfronteerd met een groter tekort aan plaatsen.

Une augmentation continue de nouvelles places de stage agréées est souhaitable et possible. Dans ce cadre, il convient toutefois de veiller à ne pas faire subsister une certaine surcapacité et de préserver la qualité des stages. Concernant ce dernier point, je partage le point de vue du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes adopté cette année.

Plusieurs dispositions légales ont d'ailleurs déjà été assouplies afin de faciliter les agréments de places de stage. L'arrêté ministériel du 23 avril 2014 a par exemple été modifié afin de diminuer l'ancienneté requise des maîtres de stage de huit à cinq ans et celle de leurs collaborateurs de cinq à trois ans. Parallèlement, le fonctionnement des équipes de stage pour le suivi des candidats a été renforcé.

Il s'agit ici d'un chiffre global, ce qui n'exclut pas que certaines spécialités rencontrent des défis plus importants que les autres. Les analyses se font sur la base des distributions historiques des choix de la spécialisation mais il est fort probable que les candidats s'orienteront plus vers des filières d'avenir, là où un manque de spécialistes est signalé, et vers les spécialisations qui offrent des formations professionnelles et des places de stage.

De beleidscel heeft al meerdere malen een constructief overleg gehad met de decanen van de faculteiten geneeskunde. Er wordt een nieuw overleg gepland om samen met de decanen de stagecapaciteit in haar geheel maar ook per deelspecialisme te onderzoeken. Het is de bedoeling om tot een geïntegreerde inventaris van stageplaatsen te komen over alle opleidingsnetwerken heen. Ook met de beroepsfederaties van artsen loopt het overleg.

Wat de bijkomende financiering voor de opleiding van artsen-specialisten betreft, werd in de Medicomut van 2016 inderdaad in een bedrag van 10 miljoen euro voorzien, maar de partners zijn er nog niet in geslaagd dit bedrag te verdelen. Ik stel mij overigens de vraag welke de rol van de verzekeringsinstellingen kan zijn in de professionele vorming.

En décembre 2016, j'ai adressé une nouvelle demande d'avis au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes avec plusieurs propositions concrètes. Il s'agit d'identifier des

critères pouvant être assouplis sans mettre en péril le contenu de la formation.

Ondertussen zijn er ook nuttige contacten met de vertegenwoordigers van de studenten en de artsen in opleiding, met name de VASO, het VGSO, CIUM en FEV. Op mijn verzoek zijn deze organisaties ook gehoord in een vergadering van de Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen van 23 februari. Ik heb de intentie deze vertegenwoordigers ook verder nauw te betrekken bij het overleg over de problematiek van de stagecapaciteit en over de professionele stages in het algemeen.

Het advies dubbele cohorte van de Hoge Raad is ondertussen gevalideerd, op 23 maart laatstleden. Ik geef u de elementen die erin voorkomen.

Wat de huisartsgeneeskunde betreft, zou men moeten streven naar een verhoging van het aantal studenten dat kiest voor deze opleiding, gelet op de penurie. Een bijzonder probleem is dat samen met de dubbele cohorte de stageduur voor de huisartsen opgetrokken wordt van twee tot drie jaar en dat in een ziekenhuisstage wordt voorzien van zes maanden. Gezien het samenvallen van deze nieuwe professionele opleidingseisen is ook nader onderzoek nodig om te vermijden dat de ziekenhuisstage als het ware een flessenhals in de opleiding wordt, waardoor de kandidaten een belemmering ondervinden voor de definitieve erkenning. We moeten er ook voor zorgen dat er voor die ziekenhuisstages geen competitie is tussen kandidaat-specialisten en huisartsen, iets waarvan geen van beide groepen beter zal worden. Er zal dus onderzocht worden of ter zake een overgangsregeling kan uitgewerkt worden in het ministerieel besluit van 1 maart 2010 over de erkenningsnormen voor huisartsen. Deze overgangsregeling moet conform het Europees reglementair kader zijn. Aan Franstalige kant wordt dan ook nog eens verwezen naar het tekort aan stageplaatsen voor huisartsen, inzonderheid in de ziekenhuizen, en de nood aan een oplossing.

Wat de specialisten betreft, is het zo dat de capaciteit qua stagediensten de laatste jaren fors is toegenomen. Dit wordt verder in kaart gebracht en er wordt nagekeken of de stageplaatsen effectief kunnen worden ingenomen. Andere instrumenten om de dubbele cohorte te absorberen zijn onder meer de reductie van de werktijd tijdens de opleiding tot 48 uur. Achtentwintig uur, dat zal toch niet alleen voor administratie zijn, maar we zullen er zeker in moeten opnemen dat ze de nodige vaardigheden moeten opdoen. Als we de kwaliteit willen bewaken, meen ik dat dit noodzakelijk is.

De Europese reglementering voorziet ook in de mogelijkheid om deeltijdse stages te lopen. Op dit ogenblik voorziet de Belgische reglementering enkel in voltijdse stages. Binnen een aantal specialismen is er echter een vraag naar deeltijdse stages, maar dan natuurlijk gepaard gaande met een pro rata verlenging van de globale stageduur, wat ook niet onbelangrijk is.

Het ministerieel besluit van 23 april 2014 inzake de algemene erkenning van de artsen-specialisten, stagediensten en stagemeesters voorziet naast de reguliere kennisstagediensten ook in zogenaamde specifieke stagediensten. In deze stagediensten kan een kandidaat binnen een termijn van hoogstens zes maanden een bepaalde competentie verwerven die in andere reguliere stagediensten niet onmiddellijk tot de pathologie of zorgportfolio behoort. Deze specifieke stages kunnen een bijkomende capaciteit vormen. Er wordt bekeken hoe men deze effectief kan erkennen voor de sequentiële opleiding van meerdere kandidaten in plaats van het huidige model, waarbij een notificatie aan de FOD geldt als erkenning voor de opleiding van een arts.

Ten slotte is er ook nog de instroom in stageplaatsen van buitenlandse artsen uit de Europese Gemeenschap, onder meer in het kader van artikel 145 van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Verder is er ook een belangrijke instroom in opleidingsplaatsen van artsen van buiten de Europese Unie voor bijzondere opleidingen, met visumvrijstelling, zoals geregeld in artikel 146 van de genoemde wet. De regering onderzoekt de pistes om deze instroom te kunnen beperken, zodat er capaciteit vrijkomt voor de Belgische artsen in opleiding en er tegelijkertijd betere garanties zijn voor de kwaliteit van de stages in het algemeen. Een bijkomend probleem is dat er in feite ook meer buitenlandse artsen in het francofone gedeelte deelnemen aan die stages dan in het Nederlandstalige gedeelte.

C'est la réalité. Il était intéressant, à une époque, pour les universités d'avoir des stagiaires étrangers. Aujourd'hui, on est confronté à une situation telle qu'un tiers des stagiaires sont des étrangers. Cela empêche nos étudiants d'avoir accès aux places libres.

06.06 Catherine Fonck (cdH): (...)

06.07 Maggie De Block, ministre: Oui, nous sommes en train de le mettre en place. Ce n'est pas facile. Les doyens font tout ce qui est en leur pouvoir pour trouver des solutions mais celles-ci doivent être conformes à la réglementation européenne. Je rappelle que c'est un cadeau dont j'ai hérité! Il faut le dire!

On a déjà investi beaucoup d'énergie (...)

J'estime que ce n'est pas aux étudiants de souffrir de décisions prises antérieurement par certaines personnes, qui ne sont pas des étudiants.

06.08 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, quand on a voté la loi qui a fait passer le nombre d'années de médecine de sept à six ans, j'ai dit qu'il était irresponsable de voter cette loi sans avoir de garantie pour les stages au vu de cette double sortie. Je crains malheureusement que nous soyons dans cette situation. Pourtant, quelques années se sont écoulées depuis lors.

L'enjeu est double. Oui, nous devons garantir un stage à chaque jeune médecin et maintenir la qualité. C'est très clair! J'entends que quelques dispositions légales ont été assouplies. Manifestement, elles sont insuffisantes. En témoignent l'appel des doyens et celui du Comité inter-universitaire des étudiants en médecine.

Madame la ministre, vous n'avez pas abordé le volet important du financement. Il va falloir payer ces assistants. Or le budget des hôpitaux a été sérieusement amputé par le gouvernement. Cela reste aussi un nœud que personne n'essaie de démêler.

Je me permets de terminer par un commentaire sur les propos au sujet du nombre excédentaire du côté francophone et l'arrivée de médecins étrangers, etc.

La réalité dans laquelle on est aujourd'hui, c'est aussi celle d'une pénurie de médecins dans certaines régions du pays et pour certaines spécialités, d'une pénurie bien identifiée par la Commission de planification – et non par les politiques – et donc objectivée.

La réalité depuis toutes ces années, c'est qu'effectivement un peu plus de 35 % de nouveaux médecins sont venus de l'étranger et ont obtenu un numéro INAMI, mais s'ils sont arrivés chez nous, c'est également parce qu'on continue à organiser la pénurie et qu'on a créé un véritable système organisé d'appel vers l'étranger.

Ces éléments-là sont d'ailleurs remis sur la table de la Commission de planification. J'espère, cette fois-ci, que le gouvernement ne va pas prendre des décisions sur des bases politiques mais sur des bases objectives pour répondre à la réalité de terrain qu'est cette pénurie et pour mettre fin à ce cercle vicieux qui a été mis en place par les politiques.

06.09 Valerie Van Peel (N-VA): Ik ging vandaag eens niet kwaad worden...

Mevrouw Fonck, ofwel ben ik echt niet intelligent... Het zou kunnen dat het harder tegenvalt dan ikzelf altijd heb gedacht, maar u moet mij in godsnaam eens uitleggen hoe het bestaand tekort in Wallonië in bepaalde deelspecialiteiten en gebieden – wat een gemeenschapsbevoegdheid betreft – ook maar enigszins iets te maken heeft met de quota die zijn ingesteld en waarmee jullie nog nooit rekening hebben gehouden. Het zal aan mij liggen, maar ik versta de redenering niet. U hebt nog nooit quota gehad, u hebt nog nooit een filter gehad, u hebt nog nooit een bovengrens gehad, maar toch is er een tekort. En nu steekt u dat tekort op het feit dat er een bovengrens is, terwijl die er niet is. Dat moet u mij ooit eens proberen uit te leggen, want ik begrijp het niet.

Het is heel simpel. Er is een overtal in Wallonië – dat is allemaal al heel wetenschappelijk vastgelegd – en een tekort in bepaalde deelspecialiteiten en gebieden. Doe er iets aan. Dat moet u in de Franse gemeenschapsregering aanpakken. Stop ermee die twee dossiers altijd door elkaar te halen, want dat slaat nergens op.

Los daarvan, wat de dubbele cohorte betreft, ik ben blij dat er heel wat stappen worden gezet en dat er van alles wordt onderzocht, maar het is echt wel vijf na twaalf. Dat is inderdaad niet alleen uw verantwoordelijkheid, mevrouw de minister, maar het is wel vijf na twaalf. U hebt dat zelf in het verleden ook al een paar keer gezegd: die dubbele cohorte biedt eigenlijk ook wel een momentum om bepaalde tekorten te gaan invullen in de deelspecialiteiten, maar natuurlijk... Als men als student pas in de laatste fase van de

keuze daarin een beetje wordt gedwongen, dan is dat ook spijtig. We moeten een en ander toch tijdig een beetje in de juiste richting duwen, denk ik.

U hebt heel wat ideeën geopperd, waarvan u terecht zegt dat bepaalde zaken nog op Europees vlak moeten worden onderzocht. Ik denk dat u het dan ook heeft over het verkorten van de opleiding van de huisartsgeneeskunde. U kan bekijken of de ziekenhuisstage op een andere manier kan worden ingebracht.

Natuurlijk, ik weet niet hoelang het duurt om zoiets op Europees niveau te checken. Dat zijn wellicht zaken waarop men niet morgen al een antwoord heeft.

De *opting out* lijkt mij een aandachtspunt waard, maar op zich is het geen slecht idee om het als idee te opperen, zolang ervoor gezorgd kan worden dat er nog genoeg klinische kunde kan worden opgebouwd.

U had het ook over een deeltijdse stage. Uiteindelijk moet men dan natuurlijk wel een langere stage doen. Ik ga ervan uit dat dit een keuze blijft, dat het niet zal worden opgelegd.

06.10 Minister **Maggie De Block**: Niet overall, niet in alle specialismen is dat mogelijk. Er werd gezegd door de mensen aan de tafel dat het voor sommigen een optie zou zijn. Natuurlijk rijst dan het probleem dat men die deeltijdse stage voor een langere periode zal moeten doen. Dan is er voor die mensen een verlenging van de opleiding. Dat moet wel bekeken worden. Als het halftijds is, zal de periode met de helft verlengen. Dat is ook een probleem.

06.11 **Valerie Van Peel** (N-VA): Dat is inderdaad niet min, als dat het gevolg is.

06.12 **Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, il me semble que vous dites, concernant le budget supplémentaire prévu en 2016 pour les stages hors des hôpitaux universitaires, que les partenariats ne se sont pas encore attribués et qu'on ne sait donc pas si cette enveloppe budgétaire sera renouvelée les autres années. C'est en tout cas ce que je comprends de votre réponse.

Je ne vous ai pas entendue sur les pistes de stages alternatives, proposées notamment par le GBO, mais peut-être également par d'autres syndicats de médecins. Vous avez parlé de stages spécifiques pour les médecins spécialistes. Personnellement, je trouvais intéressantes les propositions, qui pour moi vaudraient à la fois pour les généralistes et les futurs spécialistes, d'effectuer des stages dans des lieux où il y a besoin de médecins, mais qui sont en lien avec la vie concrète sur le terrain, tels que les lieux de prestations de soins, d'accompagnement ou de prévention que j'ai cités dans ma question.

Concernant le budget pour l'accompagnement de la double cohorte de médecins généralistes, je n'ai pas non plus eu d'informations. Cela signifie-t-il que ce n'est pas prévu?

06.13 **Maggie De Block**, ministre: C'est déjà prévu pour les recherches. Le nombre d'étudiants qu'il est possible d'attribuer dans les recherches pour quelques années ou pour un an ou deux est variable. C'est déjà prévu. Cela ne nous donne pas beaucoup d'opportunités d'encore doubler la cohorte. Pour les autres, il faut quand même tenir compte... Vous évoquez d'autres stages, mais la formation est quand même importante. *There's no time to waste*. Ils ont aussi du travail académique à accomplir. Il faut vraiment tout d'abord essayer d'organiser des stages dans les hôpitaux universitaires, comme prévu.

06.14 **Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): Mais on envisage des temps partiels; on envisage de supprimer des stages en hôpitaux pour les médecins généralistes. Je me dis que cela peut valoir la peine de réfléchir à des alternatives, comme des prestations dans d'autres lieux. Il faudra bien sûr veiller à ce qu'ils soient accompagnés dans leur formation.

La **présidente**: Je clos ce point-là, car M. Blanchart a dû nous quitter avant de pouvoir répliquer.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la résolution de l'accord médico-mutualiste" (n° 15787)

- **Mme Karin Jiroflée** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accord tarifaire

des médecins" (n° 15965)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la convention médico-mutualiste" (n° 16177)

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la conclusion d'un accord tarifaire avec les médecins" (n° 16218)

07 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opzegging van de overeenkomst artsen-ziekenfondsen" (nr. 15787)

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tarievenakkoord van de artsen" (nr. 15965)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overeenkomst artsen-ziekenfondsen" (nr. 16177)

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tariefakkoord met de artsen" (nr. 16218)

Voorzitter: Yoleen Van Camp

Présidente: Yoleen Van Camp

07.01 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, j'actualise ma question, car elle remonte à plusieurs mois.

Si je voulais revenir sur le sujet avec vous, c'est parce qu'il y a clairement une très vive contestation des médecins représentés par leurs différents syndicats, compte tenu des économies unilatérales qui avaient été imposées, du non-respect de la parole donnée, du non-respect de l'accord pourtant intervenu avec le gouvernement. Il n'était donc absolument pas surprenant que les représentants des médecins réagissent. La rupture de confiance, on peut le dire, était totale.

Aujourd'hui, nous sommes, sans l'avoir fait exprès, en plein dans l'actualité car, hier, vous avez conclu un "mini-accord". Vous me permettrez de l'appeler ainsi.

Refaisons peut-être le point sur la base de ce "mini-accord". Madame la ministre, je voudrais que vous preniez ici des engagements très clairs sur la manière dont cet accord sera respecté, dont le travail va se poursuivre avec une concertation qui ne soit pas bidon ou de façade. Il faut vraiment que la confiance puisse être restaurée avec les prestataires de soins et, singulièrement, les médecins. Ces engagements, j'entends, madame la ministre, que vous les preniez ici au parlement.

07.02 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, deze vragen zijn al lang achterhaald. Ik voeg mijn twee vragen samen. Ondertussen zou er een miniakkoord tussen het RIZIV en de artsen zijn. Maar hoe zal dat akkoord evolueren? Wat zit er concreet in voor de patiënt? In hoeverre heeft de patiënt de zekerheid dat artsen zich aan het akkoord zullen houden?

Wat zal er nog gebeuren tot het einde van het miniakkoord? Levert de regering nog inspanningen om een breder, juist en vooral zekerder akkoord met de artsen te bereiken?

07.03 **Minister Maggie De Block**: Ik zal de hele geschiedenis niet herhalen. Het akkoord werd opgezegd na de besprekingen van de begroting voor 2017. Er is een klokstop geweest, waardoor de verdere onderhandelingen werden opgeschort. Ik ben naar de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen geweest op 24 februari 2017.

Le 24 février, la Commission nationale médico-mutualiste a pris connaissance de la réponse du gouvernement. Ce dernier est disposé à s'engager dans cette concertation concernant différents points cités dans la lettre et a demandé à la commission de préparer cette concertation en profondeur. Les différents partenaires au sein de la commission y collaboreront de façon constructive. Pour une telle concertation, quelques semaines leur ont été nécessaires.

La commission souhaite obtenir rapidement des précisions concernant deux points: premièrement, l'adaptation de plusieurs dispositions légales et réglementaires au sein du gouvernement a fait l'objet de discussions. La commission insiste pour prendre connaissance des textes concernés ainsi que de la procédure d'approbation prévue avant fin mars 2017.

Tot slot, de commissie wilde ook dat de Algemene Raad van het RIZIV, waarin ook de regering vertegenwoordigd is, zich in die periode uitsprak over de verhouding tussen de akkoorden en overeenkomsten waarvan de overeenstemming met de begroting werd vastgesteld, en de budgettaire imperatieven. Een vergadering van de Algemene Raad vond plaats op 13 maart 2017. Daar werd een constructieve discussie gevoerd.

Afgelopen maandagavond vergaderde de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, zoals altijd.

Sauf lorsque j'étais présente, c'était un vendredi soir avant les vacances.

Ils ont obtenu un nouvel accord jusque fin 2017.

Waarom loopt het akkoord tot eind 2017? Het akkoord was bedoeld voor twee jaar, namelijk 2016-2017. In oktober moeten de onderhandelingen voor een nieuw akkoord voor 2018 beginnen. Daarom is de looptijd ingekort en noemen we het een miniakkoord, namelijk van 27 maart tot eind 2017. Er is dus tariefzekerheid tot eind 2017, mevrouw Jiroflée. Ik heb uw tweet blijkbaar gemist.

Het miniakkoord wordt nu ook voorgelegd aan de artsen. Zoals altijd moeten ze beslissen of ze het akkoord, dat door hun vertegenwoordigers is bedongen, willen onderschrijven. Die tekst wordt in de loop van april voorgelegd en dan weten we hoeveel artsen zich aansluiten bij het akkoord. Het spreekt voor zich dat de artsen die dat doen, hun sociaal statuut kunnen behouden. Dat is een hele wending.

Ondertussen zullen we, zoals afgesproken, de aangekaarte punten van beide partijen in de Medicomut verder afhandelen. Dat zullen nog moeilijke discussies worden. Ik maak me daar geen illusies over. De wil om voort te onderhandelen over al die aangelegenheden die voor de ene dan wel voor de andere belangrijk zijn, is er. We gaan voort na de klokstop en de voorbije moeilijke vergaderingen. Al bij al mogen we spreken van een gunstige wending. Een aantal discussies kan versneld plaatsvinden.

Ik ben tevreden dat het zo gelopen is. Het is nog geen eindpunt. Alle partijen hebben zaken op de agenda gezet en het zal niet zo gemakkelijk zijn om tot een vergelijk te komen.

Mais ce qui est important, c'est que l'accord médico-mutualiste garantisse un tarif stable aux patients. J'ai également pu observer que les mutualités et les représentants des médecins étaient quand même contents d'avoir ce mini-accord.

07.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, dans la rupture totale de confiance dans laquelle on était, ce mini-accord présente deux points positifs. Le premier, c'est de rouvrir la porte de la concertation et de surtout s'engager sur un maintien de notre précieux modèle de concertation. Le deuxième, c'est l'enjeu d'assurer la sécurité tarifaire des patients.

Ceci étant, les médecins, je vous le dis d'emblée, vous attendent au tournant. Il n'y pas qu'eux. Il y a aussi l'ensemble des professionnels de la santé. Les engagements que vous avez pris ne peuvent plus être reniés comme vous l'avez pourtant fait ces deux dernières années. Ils vous attendent au tournant sur une série de dossiers: réforme du financement hospitalier, réseaux hospitaliers, première ligne pratique, première ligne quant aux gardes et aux médecins généralistes, la pratique de groupe, le tandem médecin-infirmier, toute la révision de l'arrêté royal 78 devenu depuis lors la loi de mai 2015. Ce ne sont que quelques exemples où ils doivent être véritablement et concrètement associés et concertés et évidemment pas concertés de manière accessoire. C'est une occasion ici de rouvrir des perspectives positives. J'ose espérer que le gouvernement s'y tiendra cette fois-ci.

07.05 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik vind het een vreemd idee dat de minister van Volksgezondheid spreekt over een hele wending. Wat mij betreft, blijft de onzekerheid. We moeten afwachten of de artsen het akkoord aanvaardden. Zelfs als ze het aanvaardden voor die korte periode, blijft het een miniakkoord.

Wij kunnen ons niet van de indruk ontdoen, mevrouw de minister, dat alles te maken heeft met de strenge besparingen die u aan de sector oplegt, meer bepaald aan de artsen. De sfeer van overleg die u beschrijft, had al veel eerder gecreëerd moeten worden. Ik ben ervan overtuigd dat de onzekerheid blijft en dat er een grote verantwoordelijkheid ligt bij de regering.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 15790 de Mme Catherine Fonck est transformée en question écrite.

08 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit des postes de garde des médecins généralistes" (n° 15791)
- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les postes de garde de médecine générale" (n° 16187)

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de audit van de huisartsenwachtposten" (nr. 15791)
- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisartsenwachtposten" (nr. 16187)

08.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, un audit des postes de garde des médecins généralistes a débuté en avril 2016. Presque un an plus tard, il me semble qu'il est temps de vous questionner afin de faire le point.

Madame la ministre, dispose-t-on déjà des résultats finaux? Ils étaient prévus pour fin 2016. Je vous ai laissé trois mois. J'ose espérer que vous allez me dire que ces résultats finaux sont connus. J'aimerais en connaître le contenu, les grandes lignes, les principales recommandations.

Dans votre note de politique générale, vous aviez dit que vous vouliez avancer sur un "cadre conceptuel et organisationnel uniforme et lisible pour tous". Je vous avoue que j'ai relu cela cinq fois sans bien comprendre ce que cela signifiait. J'aimerais maintenant que nous puissions être au clair. Vous aviez également parlé d'un "cadre de financement renouvelé". Normalement, il aurait dû être opérationnel dès cette année. Quelles sont les modalités de travail du groupe "Postes de garde" au sein de l'INAMI?

Je voudrais aussi savoir quelles concertations vous avez menées. J'ai eu quelques contacts avec les représentants. Manifestement, ces représentants n'ont pas eu de contacts avec vous sur cet audit. Ils n'avaient, en tout cas jusqu'à récemment, toujours pas reçu les conclusions. S'agissant d'un mini-accord avec les médecins, je vous rappelle que cela figure aussi dans la concertation. De quelle concertation ce dossier a-t-il vraiment bénéficié?

08.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, je signale tout d'abord que les résultats finaux de l'audit des postes de garde de médecine générale m'ont été présentés le 13 février 2017. Il est exact que la dernière phase et la finalisation de l'audit ont mené à des délais supplémentaires. Je souligne qu'en particulier la préparation et l'organisation des focus groupes, l'analyse des résultats et leur intégration dans les résultats globaux ont demandé des efforts supplémentaires de l'équipe chargée de l'audit.

Le concept des focus groupes a été concrétisé en concertation avec les coordinateurs de garde régionaux, ainsi que leur organisation pratique.

Cette phase de concertation et d'échanges avec les postes de garde était un élément crucial de l'audit et justifiait l'ajout d'un délai supplémentaire. Maintenant, on est en train d'analyser les résultats finaux de l'audit. Une fois que ce sera fait, mes collaborateurs et les responsables de l'INAMI fixeront la stratégie pour la formulation des propositions de modification du cadre de financement.

En ce qui concerne le financement de la garde de semaine, je fais référence au point 4.1.4.5. de l'accord médico-mutualiste du 22 décembre qui est très clair à cet égard. En parallèle, proposition est faite de réorienter le système des honoraires disponibilité pour les médecins généralistes à partir de 2017, dans le cadre d'une analyse du financement de la continuité des soins de première ligne le soir et la nuit, tant en semaine que pendant les week-ends, le cas échéant, dans un poste de garde.

Je constate que le groupe de travail "Postes de garde" de la Commission nationale médico-mutualiste a déjà commencé les travaux préparatoires pour l'exécution de ce point. Le groupe de travail a été instauré par la Commission nationale médico-mutualiste. Les médecins généralistes sont représentés dans le groupe qui fait des propositions à la Commission. Il est donc très clair que le cadre de travail du groupe est déterminé

en premier lieu par les dispositions de l'accord médico-mutualiste. Depuis le début de 2016, un représentant de ma cellule stratégique assiste aux réunions en vue d'un développement coordonné de la politique globale sur l'organisation des soins non programmables.

En ce qui concerne le déploiement du 1733 au niveau national, les nouveaux cercles de médecins généralistes et les nouvelles zones de garde pourront se joindre au système à partir de l'automne 2017. Comme vous le savez, les appels vers le 1733 seront traités au sein des centrales 112. Il existe déjà une réglementation qui garantit le traitement des appels dans quatre langues, c'est-à-dire les trois langues de notre pays et l'anglais.

Présidente: Muriel Gerkens.

Voorzitter: Muriel Gerkens.

Des formations sont prévues à cet effet par les opérateurs. Étant donné que cela n'est pas encore entièrement mis en oeuvre sur le terrain, nous avons conclu récemment, avec le poste de garde de Verviers, que les appels en allemand au 1733 seraient déviés vers leur poste de garde. Entre-temps, les collaborateurs suivent une formation pour pouvoir traiter ces appels correctement dans la langue de celui qui appelle.

08.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je reste un peu sur ma faim. Vous venez de recevoir les conclusions. Ce serait bien d'avoir un débat à ce sujet, et que l'on puisse en prendre connaissance en commission.

Un peu de temps en plus, c'est un peu ennuyeux, mais ce n'est pas grave, à la condition que l'on arrive à des solutions constructives, positives et issues de la concertation avec le terrain.

Vous savez combien cet enjeu des postes de garde est important, y compris dans les zones en pénurie de certaines régions, où les gardes sont extrêmement complexes à mener pour les médecins généralistes. Vous savez ô combien cette question est cruciale. J'ose espérer que vous vous concerterez avec les médecins généralistes et que vous les associerez bien aux discussions des semaines qui viennent, pour que ce dossier puisse aboutir de manière positive.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: M. Benoît Friart est absent. Étant sans nouvelle de sa part, sa question n° 15794 est biffée.

09 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overheveling van de ziekenwagens van Geel naar Herentals" (nr. 15805)

09 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le transfert des ambulances de Geel vers Herentals" (n° 15805)

09.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, dit is een korte vraag over de ziekenwagen Geel-Herentals. Binnen de brandweerzone in de Kempen bestaat het plan om die ziekenwagen van Geel te laten overkomen naar Herentals, maar er wordt gezegd dat men nog wacht op uw goedkeuring. Die plannen slepen al een tijdje aan en dat zorgt voor onzekerheid. Brandweermannen haken dan af om nog specifieke opleidingen te volgen, bijvoorbeeld voor ambulancier. Dit voedt ook de vrees dat de brandweerzones op termijn al hun ziekenwagens zullen afstoten. Ik vraag gewoon naar een verduidelijking in dit specifieke geval en wat er in het algemeen op til is, zodat brandweermannen zich kunnen aanpassen. Concreet voor Herentals: wanneer zal die ziekenwagen worden overgebracht van Geel naar Herentals?

09.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, u zult begrijpen dat ik mij over een individueel dossier zoals dat van de ziekenwagen Geel-Herentals niet kan uitspreken. Ik moet u doorverwijzen naar de bevoegde provinciale commissie voor dringende geneeskundige hulpverlening. Zodra die mij een geargumenteed dossier bezorgt met haar advies, kan ik dit pas opnemen.

Er komt inderdaad een hervorming aan inzake dringende medische hulpverlening. Wij hebben een kant en klaar voorstel, samen met de andere bevoegde minister, de minister van Binnenlandse Zaken.

Ik zal u een deel van de krachtlijnen van die hervorming schetsen. Een deel van de ziekenwagendiensten,

de niet-openbare diensten, heeft een overeenkomst met de overheid, terwijl de openbare diensten dit om historische redenen niet hebben gedaan. De provinciale commissies voor dringende geneeskundige hulpverlening hebben binnen hun takenpakket de organisatie en het toezicht op de diensten, maar toezicht en controle op diensten met wie geen enkele overeenkomst werd afgesloten, is geen evidentie. Ook daarin moet verandering komen, door iedere dienst aan een overeenkomst en kwaliteitseisen te onderwerpen.

Heeft de hervorming een invloed op de middelen, de erkenning en de organisatie van de middelen? Ja, vandaag zien we dat er 426 ziekenwagens staan op vertrekplaatsen omdat ze daar historisch geplaatst zijn, omdat ze heel veel opgeroepen worden. Sommige worden echter veel minder opgeroepen, nog andere nagenoeg niet. Dan gaat het vooral om die ziekenwagens die als tweede of derde in orde van oproep staan.

Simulaties hebben aangetoond dat ongeveer 350 ziekenwagens noodzakelijk zijn om het vooropgestelde *service level* te halen, op voorwaarde dat deze goed verdeeld worden over het grondgebied en dat deze diensten allemaal bemand of bevrouwd worden op hun vertrekplaats en niet afhankelijk zijn van oproepbare manschappen. Dit wordt ook aangevuld met een vijftigtal PIT's, als ik me niet vergis.

Er is dus een efficiëntieoefening aan de orde. Wat de aanrijtiden betreft, werd tot op vandaag geen enkel *service level* bepaald binnen de dringende geneeskundige hulpverlening. Vandaag halen we vijftien minuten voor 88 % van de interventies die gebeuren. Het is noodzakelijk om deze norm te brengen op vijftien minuten voor 90 % van de interventies. Daarom moeten er dus ook een aantal ingrepen gebeuren. Er zijn streken waar het systematisch te lang duurt vooraleer een ziekenwagen bij de patiënt is, met andere woorden niet binnen de vijftien minuten.

We zijn nu in overleg met het kabinet van de minister van Binnenlandse Zaken. Dan moeten er IKW's zijn met de andere departementen. We hebben ook een berekening gemaakt welke middelen stapsgewijs zouden moeten worden ingezet. Daarna zal het dossier op de tafel van de regering komen om te bekijken wat het budgettaire plaatje is voor investeringen.

Ik denk dat het een belangrijke hervorming is waarbij we er op een zeer grondige manier in het hele land voor hebben gezorgd dat al onze burgers binnen de vijftien minuten een ziekenwagen voor dringende geneeskundige hulpverlening kunnen krijgen. Er zal dus ook efficiënter met mensen en middelen worden omgegaan.

09.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik begrijp dat er nog niet meteen een uitspraak zal komen over dit specifieke geval. Een en ander is vooral in de globale oefening vervat, die nog volledig tussen u en de bevoegde minister van Binnenlandse Zaken moet gebeuren.

Ik zal het dossier op dat niveau op de voet volgen.

Ik zal terugkoppelen dat de oplossing nog niet voor de komende weken of maanden zal zijn.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

10 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "HPV" (nr. 15812)
- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inenting van mannen tegen het papillomavirus" (nr. 17386)

10 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le papillomavirus" (n° 15812)
- M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination des hommes contre le papillomavirus" (n° 17386)

10.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ook dit is een korte vraag.

Ik heb u eerder al ondervraagd over de HPV-vaccinatie en over de vaccinatie tegen zona. U verwees in uw toenmalig antwoord naar het advies van de Hoge Gezondheidsraad, dat u afwachtte vooraleer te bekijken of de HPV-vaccinatie bij jongens toegepast zou kunnen worden en idem dito voor de vaccinatie tegen zona.

Mevrouw de minister, is er nu al duidelijkheid over? Liggen het HPV-vaccin voor jongens en het zonavaccin in het verschieft?

10.02 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le papillomavirus ou HPV est à l'origine de cancers de l'utérus, raison pour laquelle il est recommandé aux femmes de se faire vacciner avant le début de leur vie sexuelle pour s'en prémunir.

Toutefois, ce virus, considéré comme une MST, se transmet entre hommes et femmes. Il se transmet aussi entre partenaires masculins dans les relations homosexuelles. Il peut entraîner un cancer de l'anوس ou de la gorge, tout comme aux femmes d'ailleurs en fonction de leurs pratiques sexuelles. Aussi, dans certains pays, il est envisagé de vacciner les homosexuels pour les protéger de ce risque. Madame la ministre, cette approche est-elle envisagée en Belgique?

Il est aussi évoqué par certains médecins, l'utilité de vacciner les hommes hétérosexuels, dans la mesure où ils sont vecteurs de la contamination lors des rapports sexuels. Cela permettrait selon eux de compenser la vaccination insuffisante des femmes. Ceux qui s'opposent à cette approche expliquent que la mentalité masculine s'accommodant mal de ce genre de contrainte, il serait difficile de mener une campagne de vaccination efficace. Ils objectent le fait qu'il suffit de vacciner un tiers de la population pour voir les contaminations disparaître. Si les femmes étaient toutes vaccinées, le problème serait donc résolu. Cela permettrait en outre de rester dans l'efficacité médico-économique qui doit commander toute politique de soins. Sauf que, comme indiqué plus haut, selon les pratiques sexuelles adoptées, le cancer peut se déclencher au niveau de l'anوس comme de la gorge. En outre, la sexualité étant un acte partagé, les mesures de protection devraient être partagées, elles aussi.

Madame la ministre où en est le taux de vaccination des femmes en Belgique? Est-il suffisant pour entraîner une décroissance, voire une disparition du papillomavirus en Belgique?

Pensez-vous qu'une politique vaccinale des deux sexes serait pertinente dans notre pays? La dépense que cela engagerait serait-elle intéressante sur le plan sanitaire comme sur le plan financier, un vaccin étant toujours moins coûteux que le traitement d'un cancer? Comptez-vous vous engager dans cette voie?

Quelle est l'approche de ces questions au sein du Conseil des ministres européens de la Santé? Une politique commune de lutte contre le papillomavirus et ses conséquences est-elle en cours d'élaboration?

Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

10.03 **Minister Maggie De Block**: U weet dat er drie werkgroepen zijn in de schoot van de Hoge Gezondheidsraad. Wat de vaccinatie tegen waterpokken bij kinderen betreft, werd het advies inmiddels afgewerkt door de bevoegde werkgroep. De Hoge Gezondheidsraad komt binnenkort met een publicatie hierover naar buiten.

Een tweede werkgroep is nog bezig met de beschikbaarheid van zonavaccins voor vijftigplussers. Een derde werkgroep ontfermt zich inderdaad over de vaccinatie tegen het humaan papillomavirus bij jongens. Deze laatste werkgroep heeft zijn werkzaamheden nog niet afgerond. De Hoge Gezondheidsraad hoopt de adviezen klaar te hebben tegen de zomer.

In afwachting van deze wetenschappelijke beslissing werd inmiddels de vraag naar HPV-vaccinaties bij jongens ook in het onderzoeksprogramma van het Kenniscentrum opgenomen, teneinde ook inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit van zo'n maatregel. De aanvang van dit onderzoek is gepland voor begin juli.

En réponse aux questions posées par M. Flahaux, je rappelle les différents programmes de vaccination contre le HPV:

- la vaccination gratuite des filles organisée en première année secondaire en Flandre, introduite depuis l'année scolaire 2010-2011;
- la vaccination gratuite des filles organisée en deuxième année secondaire en Wallonie, introduite depuis l'année scolaire 2011-2012;
- la vaccination partiellement remboursée des filles de 12 à 15 ans depuis 2007 et des filles de 12 à 18 ans depuis 2008 dans toute la Belgique, sur demande.

Ces programmes de vaccination sont le résultat de plusieurs protocoles d'accord en matière de prévention, conclus successivement pendant la période du 8 décembre au 21 mars entre l'État fédéral et les entités fédérées. Ce sont des programmes dont l'État fédéral paie un tiers.

La Flandre présente un taux de vaccination élevé chez les filles de première secondaire, entre 85 et 90 % pour les deux ou trois doses en 2016. En Wallonie, le taux est beaucoup plus faible, à savoir 29 % pour la période de 2012 à 2013. Il y a encore un travail à accomplir à ce niveau.

À la suite de la réforme de l'État, il n'existe pas de registre de vaccination contre le HPV intégrant toutes les sources d'information, étant donné que chaque entité fédérée - elles sont indépendantes l'une de l'autre -, est compétente en la matière. Toutefois, on peut affirmer qu'en Wallonie, le taux de vaccination est le tiers de celui de la Flandre. Vous devriez demander à vos collègues qui sont élus dans d'autres assemblées de mettre ce point à l'agenda, afin que les jeunes filles de Wallonie soient également protégées.

Comme vous l'avez dit, cela commence par une infection. La vaccination est un moindre mal. De prime abord, il faut prendre le problème à la source, chez les filles.

10.04 Yoleen Van Camp (N-VA): In dat verband merk ik op dat *la suite* heel vaak wel kosten met zich brengt die gemaakt worden voor de federale kas, terwijl het eigenlijk alweer een gevolg is van een Waals beleid dat compleet achterblijft en, vind ik, immoreel is. Als men ziet dat er voor zoiets een vaccin beschikbaar en dat Vlaanderen daarop inzet en het terugbetaalt, waarom doet Wallonië dan zijn deel niet? Ik kan hier alleen nog maar eens pleiten voor een splitsing van de sociale zekerheid, zodat ieder zijn deel doet, maar ook voor de gevolgen opdraait.

Inzake de werkgroep vraag ik mij af waarom het zolang duurt. Ik herinner mij dat ik die vraag nog heb gesteld in 2015, ondertussen twee jaar geleden. Toen verwachtte u de resultaten in de tweede helft van dat jaar. Het is wel raar dat dit al twee jaar vertraging heeft opgelopen. Ik vraag mij af waarom. Ik kijk uit naar het rapport.

10.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je partage totalement votre constat.

Pour ce qui est de Mme Van Camp, même si, pour le reste, je l'aime bien, je ne partage pas sa conclusion. En effet, son raisonnement aboutit à la scission de la sécurité sociale. Or il convient de faire marche arrière. Pourquoi? Parce que les jeunes filles flamandes et les jeunes hommes wallons ou l'inverse ont - j'imagine! - des relations sexuelles ensemble, à moins que l'on ne bâtit un mur qui empêcherait tout rapport entre eux!

Il me paraît logique que même une Flandre indépendante ne voudrait pas quitter l'Union européenne ni devenir une île. Ce risque existera toujours. Dès lors, je ne puis que plaider - Mme Fonck est l'amie politique du ministre de la Santé en Wallonie ...

10.06 Catherine Fonck (cdH): On parle encore de moi!

10.07 Jean-Jacques Flahaux (MR): J'espère que vous plaidez pour que l'on mette le turbo en Wallonie. Dans ce domaine, comme dans la question des routes, on n'avance pas très vite en Région wallonne.

10.08 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, je puis dire encore à M. Flahaux que l'amour ne connaît pas de frontières communautaires.

10.09 Jean-Jacques Flahaux (MR): Absolument!

10.10 Catherine Fonck (cdH): Ni de frontières tout court!

La **présidente:** À partir d'aujourd'hui, les choses vont évoluer.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over

"de werkgroep die zich buigt over de onbeschikbaarheid van geneesmiddelen" (nr. 15824)

11 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le groupe de travail chargé des ruptures de stock de médicaments" (n° 15824)

11.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, deze vraag betreft een dossier dat ik al lang volg. U verwijst naar een werkgroep die in 2013 of 2014 in het leven is geroepen en sinds 2014 werkzaam is. Uit recent cijfermateriaal, als antwoord op een schriftelijke vraag ter zake, blijkt de problematiek snel in omvang toe te nemen.

Ik wil dan ook graag weten hoe het zit met de werkgroep. Als ik het een beetje oneerbiedig mag stellen en met alle respect voor uw werkzaamheden, is na drie jaar alleen een meldpunt uit de bus gekomen, dat zo lek is als een zeef. Dat hebben wij in de praktijk heel duidelijk kunnen merken en dat is ook gestaafd door een studie van de Universiteit Antwerpen.

Wanneer worden welke beleidsverbeteringen nu precies geïmplementeerd, opdat stockbreuken correct worden geregistreerd, met de soort en de oorzaak erbij, zodat een onderscheid gemaakt kan worden tussen tekorten van vrijwillige en onvrijwillige aard, en opdat stockbreuken zouden kunnen worden voorkomen en aangepakt, indien zij ingegeven zijn door winstbejag?

U antwoordde ook dat u niet bijhoudt om welke soorten medicatie het gaat. Dat lijkt mij toch heel belangrijk, naast het opsporen van de oorzaak. In uw antwoord zegt u dat wel degelijk een oorzaak moet worden aangegeven bij de medicatietekorten, maar meer dan de helft van de antwoorden op de vraag naar de oorzaak luidt "andere", "er is een medicatietekort" of "nieuwe loten nog niet beschikbaar", wat betekent dat er een tekort is. Dat zegt evenwel niets over de oorzaak. Ik merk ook op dat de N-VA hieromtrent zowel een wetsvoorstel als een voorstel van resolutie klaar heeft en wij hopen dat die teksten op de nodige steun van u zullen kunnen rekenen.

11.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, ik heb in eerdere antwoorden op uw vragen al gerefereerd aan de taskforce Onbeschikbaarheid van geneesmiddelen, een werkgroep die is opgericht om oplossingen voor steeds nieuwe problemen te zoeken, als er een voorraadprobleem is.

Een van de initiatieven is het opstellen van een triggergebaseerde beslissingsboom, die in geval van een onbeschikbaarheid moet toelaten maatregelen te nemen om de negatieve impact op de patiënten te minimaliseren. Sindsdien werd de beslissingsboom ook verder uitgewerkt. Het is de bedoeling hieraan voort te werken, zodat het een bruikbare tool wordt op het terrein. Dat wil zeggen dat men kijkt naar wat er niet is, wat het alternatief is en waar men naartoe kan gaan, telkens voor al wat mogelijk is.

Daarnaast wordt ook nagedacht over een communicatieplatform, waarnaar alle betrokken partijen uit de sector meldingen kunnen sturen omtrent onbeschikbaarheden. Die informatie wordt gevalideerd en opgevolgd door de verantwoordelijke firma, die de onbeschikbaarheid, indien zij van toepassing is, doorgeeft aan een uniek meldpunt.

De mogelijkheid van realisatie van het communicatieplatform is momenteel nog in onderzoek. Over de resultaten van die analyse wordt ook zeer binnenkort overleg gepleegd met de vertegenwoordigers van de farmaceutische firma's.

De werkgroep komt op zeer regelmatige tijdstippen samen om die en andere initiatieven uit te werken met als doel een oplossing te zoeken voor voorraadproblemen, maar ook om een aantal preventieve maatregelen te nemen met het oog op het voorkomen van voorraadproblemen, een problematiek die niet alleen een Belgisch, maar ook Europees en zelfs mondiaal gegeven is.

Het is de bedoeling om tot een correcte registratie van stockbreuken te komen door middel van het communicatieplatform. De onderhandelingen met de betrokken partijen zijn ook volop aan de gang. Wij hebben de deadline daarvoor op het einde van dit jaar gesteld.

Alle voorraadproblemen van geneesmiddelen worden geregistreerd in de databank. In die databank is een link tussen de geneesmiddelen en de klasse waartoe ze behoren.

Momenteel worden geen statistieken bijgehouden over het soort geneesmiddelen dat onbeschikbaar is. In het kader van de werkzaamheden rond het communicatieplatform wordt onderzocht of dergelijke informatie

ook op een eenvoudige manier kan worden gedocumenteerd, zodat wij een zicht krijgen op de evolutie in de problematiek.

Ook in het FAGG wordt telkens een oplossing gezocht. Daarover wordt met alle betrokken actoren gecommuniceerd, vooral met de groothandels en apotheken. Ons systeem werkt dus wel.

U zegt dat er meer incidenten zijn. Er komen ook steeds meer geneesmiddelen op de markt. De stocks bij de groothandel zijn ook minder groot dan vroeger. Dat is ook zo bij de apotheken. Men hangt daar af van de dagelijkse leveringen. Er worden soms ook tijdelijk stocks uit het buitenland naar hier gebracht. Men tracht de moeilijkheden op het terrein voor de patiënt echt tot een minimum te beperken.

Desalniettemin blijft het een ingewikkelde zaak, ook wegens de Europese regelgeving. Men kan immers niet zomaar gelijkaardige medicatie van de andere kant van de wereld naar hier laten komen. Daarvoor moet er een EC-approval zijn. EMA moet daarvoor ook worden ingeschakeld. Dus ook op Europees niveau buigt men zich over de problemen van de stockbreuk.

Wij zullen daar natuurlijk niet op wachten, want daar gaat alles nog veel trager. Misschien zal het EMA ook nog eens moeten verhuizen. Dat kan ook nog een probleem zijn de komende maanden of jaren.

11.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik vind het positief dat er een paar maatregelen genomen zijn en dat u erkent dat een en ander redelijk traag gaat, zowel op federaal als op Europees niveau. Voorts ben ik tevreden over uw voornemen om daarvan verder werk te maken. Laat alvast mijn wetsvoorstel en voorstel van resolutie ter zake een aanleiding zijn om de werkzaamheden te versnellen. Ik reken op uw steun en op die van de collega's om het probleem aan te pakken.

Het is natuurlijk goed dat de apotheker begeleid wordt in het verstrekken van alternatieven, maar eigenlijk zouden dergelijke tekorten, zeker als ze ingegeven zijn door winstbejag, vandaag gewoon niet mogen. Wat u zegt, is zeker correct: zowel de groothandelaars als de vergunninghouders moeten mee in het bad worden getrokken. Onze voorstellen voorzien daarin.

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

La **présidente**: La question n° 15866 de M. Jan Spooren est supprimée.

12 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la psychomotricité" (n° 15882)
- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les psychomotriciens" (n° 17006)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des professions médicales et paramédicales" (n° 17027)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'exercice de la psychomotricité" (n° 17028)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la psychomotricité" (n° 17508)

12 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psychomotorische therapie" (nr. 15882)
- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psychomotorisch therapeuten" (nr. 17006)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de medische en paramedische beroepen" (nr. 17027)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aanwenden van de psychomotorische therapie" (nr. 17028)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psychomotorische therapie" (nr. 17508)

12.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, en fait, j'ai déposé deux questions, car la première a été déposée il y a déjà plusieurs mois. Je l'ai donc actualisée. Si vous le permettez, je les poserai en une

fois.

Madame la ministre, nous vous avons déjà interrogée à de multiples reprises sur ce dossier. Comme vous le savez, il y a une différence d'approche entre le Sud et le Nord du pays. Au Nord, il s'agit d'un acte presté par les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes ou les logopèdes. Au Sud, c'est une compétence propre aux psychomotriciens et une formation dans l'enseignement supérieur existe depuis 1980, avec, depuis quelques années, une formation de bachelier paramédical en psychomotricité (bac+3) qui correspond aux références européennes en la matière. En Suisse ou en France aussi, la psychomotricité est, en effet, une compétence paramédicale propre.

Vous avez refusé de reconnaître la psychomotricité comme une profession paramédicale. Cela laisse sur le carreau des milliers d'étudiants, de diplômés, de praticiens qui se voient plongés dans l'incertitude et dont l'avenir professionnel est complètement remis en question.

Madame la ministre, la situation est extrêmement délicate, puisqu'ils ne peuvent exercer l'activité professionnelle qui était la leur ou qui correspond à leur formation. Puis-je vous demander d'entamer une concertation avec vos collègues ministres de la Santé publique de nos pays voisins comme, par exemple, la ministre française de la Santé, pour qu'il puisse y avoir une validation des diplômes obtenus en Belgique et pour permettre à nos étudiants de travailler à l'étranger, notamment en France où – je le rappelle – il s'agit d'une compétence propre?

Par ailleurs, je voudrais, une nouvelle fois vous interpeller au sujet de votre refus de reconnaître la psychomotricité. Vous avez toujours considéré comme totalement inacceptable le fait que la Communauté française ait décidé d'organiser une formation sans votre autorisation. Cependant, je constate que, pour ce qui concerne le *mondzorgassistent*, vous avez publié, le 20 mars dernier, un arrêté royal au *Moniteur*, visant à ajouter les soins bucco-dentaires à la liste des pratiques désignées comme professions paramédicales, alors que cette formation de *mondzorgassistent* a été créée bien avant la publication de cet arrêté royal. Autrement dit, vous vous acceptez au Nord du pays ce que vous n'acceptez pas au Sud.

Madame la ministre, la reconnaissance de la formation de *mondzorgassistent* ne me pose pas de problème. Selon moi, il s'agit, d'ailleurs, d'une très bonne chose. Mais je vous demande de bien vouloir revoir votre copie. Même si la formation existait déjà du côté francophone, je constate qu'il est possible de la reconnaître, aujourd'hui, en tant que profession paramédicale.

12.02 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai deux questions que j'aimerais synthétiser puisque certains éléments ont déjà été soulevés par ma collègue, Mme Fonck.

Dans le cadre du débat sur la non-reconnaissance de la psychomotricité comme profession paramédicale, vous avez souvent estimé qu'il n'était pas logique qu'une formation soit lancée avant que la profession soit reconnue.

Après avoir fait quelques recherches rapides, il semble bien que les formations en kinésithérapie, en ergothérapie, en logopédie ou encore en podologie ont dans chaque cas été lancées bien avant que la profession ne soit reconnue. Ce qui me paraît par ailleurs assez logique puisque ces formations ont répondu à un moment, à certains besoins de la population.

Madame la ministre, pourquoi avancez-vous systématiquement cet argument alors que la réalité a été tout autre pour de nombreuses autres professions et que les formations pour la psychomotricité ont vu le jour dans les années 1960 déjà?

Par ailleurs, suite à la demande de reconnaissance des psychomotriciens, une simple lettre leur a été adressée afin de leur faire part de votre décision. Aucun acte administratif, et donc aucune motivation formelle, ne doit être émis en cas de refus de reconnaissance de votre part. Un simple courrier a, en effet, été envoyé aux demandeurs.

Cela empêche *de facto* tout recours en suspension devant le Conseil d'État.

N'estimez-vous pas nécessaire de mettre en place un système permettant une effectivité de recours et le droit d'accès au juge en cas de décision négative?

Toujours dans le cadre de cette non-reconnaissance comme profession, décision basée sur un seul avis négatif du Conseil national des professionnels paramédicaux, je constate, comme Mme Fonck y a fait

allusion, que depuis fin 2012, la Fédération Wallonie-Bruxelles avait habilité plusieurs hautes écoles à organiser des cursus et à délivrer des titres de bachelier en psychomotricité. Mon groupe vous a déjà interrogée sur cette problématique.

Cette décision prive en effet des centaines d'étudiants et diplômés en psychomotricité de toute perspective d'exercer leur profession dans un cadre thérapeutique. Un recours en référé vient d'ailleurs d'être introduit à ce sujet. Selon le Conseil national des professions paramédicales, il apparaît que la psychomotricité fait déjà partie de la formation de base des médecins, ergothérapeutes, logopèdes, orthophonistes et kinésithérapeutes. Seuls ces professionnels pourraient donc accomplir des interventions en psychomotricité.

Madame la ministre, les actes pouvant être accomplis par les professionnels de soins sont habituellement repris dans un référentiel de tâches, une liste de prestations techniques pouvant être accomplies. Il apparaît aujourd'hui que la mise en situation et l'entraînement fonctionnel en vue du développement, du recouvrement ou de conservation des fonctions psychomotrices apparaît uniquement dans l'AR du 8 juillet 1996 relatif à la profession d'ergothérapeute. La psychomotricité n'est pas visée dans les actes et prestations des orthophonistes et des logopèdes.

Confirmez-vous cela? Comment expliquez-vous, dès lors, que l'accomplissement des interventions en psychomotricité est reconnu à ces deux professions?

12.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question est basée sur une recherche que j'ai faite, avec d'autres, sur la définition de la psychomotricité chez nous et dans les autres pays où elle est enseignée.

Les hautes écoles organisant cette formation définissent le psychomotricien par "sa disponibilité psychocorporelle et son engagement tant corporel que psychique dans sa relation avec le patient, avec qui il va partager des émotions et des sensations à travers le dialogue tonico-émotionnel. Cette relation particulière, basée sur le mouvement à deux, a pour but de construire des expériences corporelles visant à instaurer ou restaurer le lien somato-psychique du patient." Ils utilisent le terme "patient" parce que c'est dans cette optique que ces formations sont envisagées.

Des études internationales récentes mettent en évidence l'efficacité de la psychomotricité, notamment dans les politiques de lutte contre l'obésité et aussi, cela m'a étonnée, contre l'incontinence fécale. Toute une série d'études récentes montrent l'intérêt de cette discipline.

En Suisse, les fonctions de la psychomotricité sont le dépistage de troubles psychomoteurs, le bilan et l'analyse des aptitudes et difficultés, la mise en place d'un projet thérapeutique, l'organisation et l'administration de séances de thérapie et la proposition et l'organisation de guidances familiales et parentales. Au Grand-Duché de Luxembourg, la psychomotricité concerne le traitement et les déficiences intellectuelles, les troubles caractériels et la rééducation des troubles du développement psychomoteur. En France, ces soins sont envisagés sur la base d'une relation thérapeutique. Il en est de même aux États-Unis, en Australie, au Royaume-Uni.

Madame la ministre, mes questions sont indépendantes de l'action en justice en cours. Avez-vous investigué les spécificités de la psychomotricité et des formations existantes en Belgique et à l'étranger? Connaissez-vous les études réalisées en matière d'efficacité pour les soins de santé? Je vous en ai cité deux, relatives à l'obésité et à l'incontinence fécale. Ont-elles été intégrées à vos réflexions? Comment expliquez-vous que dans d'autres pays, la spécificité thérapeutique de la psychomotricité soit reconnue, alors qu'en Belgique, il ne serait pas possible de reconnaître cette discipline en tant que profession paramédicale?

12.04 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chers collègues, je vous renvoie à mes réponses aux nombreuses questions sur la psychomotricité qui m'ont déjà été posées.

Il n'y a pas de différence d'approche entre le Nord et le Sud concernant la définition de la psychomotricité à visée thérapeutique. La législation sur l'exercice des professions de santé est fédérale et applicable de la même manière dans l'ensemble du pays.

Comme vous l'avez mentionné – c'est le cas tant au Nord qu'au Sud du pays – depuis les années 1980, il existe des formations complémentaires pour les professionnels de santé qui désirent être plus compétents dans l'utilisation de cette technique. Mais seule la Communauté française a jugé utile de mettre en place, en

2012, un baccalauréat spécifique en psychomotricité pour les personnes désirant exercer cette technique dans le domaine pédagogique du bien-être et du développement, surtout pour les enfants et les personnes porteuses d'un handicap.

Il n'est pas correct de dire qu'il existerait un consensus européen en vue de la création d'une profession à part entière, discipline qui couvrirait à la fois le champ thérapeutique et non thérapeutique. Il s'agit plutôt d'une vision particulière à certains pays comme la France et la Suisse. Les autres pays ne partagent pas cette vision.

Je n'ai pas entamé de discussions avec mes collègues des autres pays au sujet de l'éventuelle reconnaissance bilatérale d'une telle profession, car aucun d'entre eux ne m'en a fait la demande. En revanche, mon administration a répondu à mon homologue français, lorsque certaines questions lui ont été posées.

J'espère que les étudiants venant de pays comme la France s'informent suffisamment, avant d'entamer une formation en Belgique, sur la raison pour laquelle il est si facile de suivre cette formation chez nous alors qu'en France, un examen d'entrée est prévu. Dans ce pays, le nombre de places a été fortement limité.

Concernant la question de M. Frédéric, je peux vous communiquer que l'avis du Conseil fédéral des professions paramédicales est dûment motivé et disponible pour le public. Par ailleurs, si vous le souhaitez et le jugez pertinent, vous pouvez demander à consulter des documents supplémentaires dans le cadre de la publicité de l'administration.

Certains se sont également présentés au tribunal de première instance de Liège, avec une demande de décision préjudicielle par la Cour constitutionnelle en matière d'inégalité de traitement. Les conseillers de l'État m'ont informé que cette demande a été déclarée irrecevable par le président du tribunal de première instance. En substance, même si l'urgence est reconnue, le président a estimé que "la question préjudicielle porte sur l'illégalité de l'infraction, qui sanctionne un exercice de l'art de guérir sans appartenir à une profession reconnue. Cette infraction est clairement définie et sanctionnée par la loi."

En habilitant le Roi à établir la liste des professions reconnues, le législateur lui donne, à première vue, un simple rôle d'exécution. Le principe de légalité est donc, à première vue, sauvegardé. Il n'y a pas de doute sérieux quant à la compatibilité de la loi litigieuse avec la Constitution ou des normes de droit international applicables. Il n'y a pas lieu de poser la question préjudicielle sollicitée par les demanderesses. Le même raisonnement sur l'égalité de l'infraction permet de rejeter la demande de constatation de cette illégalité et quant à la constatation des différentes fautes alléguées par les demanderesses, elle relève du juge de fond, qui sera éventuellement saisi. Les demanderesses paraissent, d'ailleurs, ne tirer aucune conclusion particulière devant résulter de la constitution des dites fautes.

Madame Fonck, je dois aussi vous dire qu'il y a une grande différence entre le trajet suivi pour la reconnaissance des *mondzorgassistenten* et entre les tâches de ces derniers et celles des psychomotriciens. Pour les *mondzorgassistenten*, les avis étaient positifs. Dans le cas des psychomotriciens, l'avis de 2013, demandé par Mme Onkelinx, était négatif. Celui que j'ai demandé l'était encore davantage. Les deux avis ne sont pas les mêmes. Vous constaterez que le second est très explicitement contre la reconnaissance du métier de psychomotricien, en tant que profession paramédicale.

Je pense que je n'avais nul autre choix que de dire qu'il n'était pas possible de faire de la reconnaissance.

Als ik gezegd heb dat ik het spijtig vind dat die opleiding in 2012 is gestart en men eigenlijk in 2013 al een negatief advies heeft gekregen van de Raad voor de paramedische beroepen, dan vrees ik dat een heel aantal studenten daarin werden misleid. Men heeft hen verzekerd dat het wel in orde zou komen, maar dat is dus niet het geval, want het tweede advies was zeer negatief. Ik nodig u uit om dit te lezen. Ik ga het zelf niet voorlezen, want dan word ik daarop aangesproken. Ik heb dat advies niet opgesteld, maar ik moet het wel respecteren.

Trouwens, mevrouw Onkelinx wist ook dat de erkenning van een dergelijk beroep slechts van korte duur zou zijn, vooral ook gelet op dat negatief advies. Het zou geen twee weken duren vooraleer een gerechtelijke actie zou worden opgestart en dan zou er nog meer onzekerheid zijn voor de studenten.

De opleiding is dus niet geschikt om in de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen

te worden opgenomen. Het staat de scholen en de inrichters van deze opleiding uiteraard vrij om de opleiding te verstrekken. Wij hebben hun curriculum trouwens laten onderzoeken door onze diensten om te bekijken of een overstap naar een ander beroep alsnog mogelijk is, mits een bijkomende opleiding. Dit blijkt echter niet zo simpel te zijn omdat het zou moeten gaan over een aanvullende opleiding van nogmaals twee jaar. Ook dit is een moeilijke beslissing voor de studenten.

Ik heb geen vat op mogelijke gerechtelijke stappen in dit dossier, maar ik kan een beroep niet erkennen als een gezondheidszorgberoep als twee opeenvolgende negatieve adviezen werden verstrekt. Dit heeft niets te maken met een advies over het Noorden of het Zuiden. Er zitten er nog meer dan tien in de pipeline. Telkens zal op basis van objectieve criteria worden bekeken of er nood is aan een bepaald beroep in de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Dat is het enige wat telt.

12.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, si j'utilise la comparaison avec le Nord, avec le "mondzorgassistent", auquel je suis favorable, c'est bien parce qu'à plusieurs reprises, vous avez invoqué – et ce par écrit, j'ai des copies de vos réponses – le fait que cela ne pouvait intervenir qu'avant que la formation soit effectivement créée. Je dois donc bien constater deux poids et deux mesures. D'un côté, votre refus, sur base de cet argument et, de l'autre, l'autorisation que vous avez donnée en Flandre, alors que la formation avait débuté bien avant.

Vous vous braquez. Je pense que vous commettez une erreur, alors qu'il existe une solution qui permettrait de prendre en compte la réalité de pratiques différentes dans notre pays, avec une double reconnaissance, à la fois celle de la compétence qui peut être exercée par le kiné, l'ergothérapeute, le logopède, et celle d'une discipline paramédicale en tant que telle. Je ne peux que regretter votre position, madame la ministre. Se braquer de la sorte, c'est considérer des étudiants et des gens diplômés qui exercent déjà comme des moins que rien.

En outre, vous ne m'avez pas répondu – si ce n'est qu'on ne vous a rien demandé – au sujet des autres pays européens. Là, vous faites vraiment le minimum minimorum par rapport à ce dossier. Je vous demande donc d'engager une concertation à tout le moins avec la France pour aboutir à une mesure compensatoire et pour valider la formation, ce qui permettra à ces jeunes diplômés, à ces étudiants ou à ceux qui exercent déjà sur le terrain, d'aller exercer en France ou ailleurs en Europe.

12.06 André Frédéric (PS): Je remercie la ministre pour sa réponse. Nous en sommes toujours au même point: il y a des centaines d'étudiants qui ont cette formation et qui ne pourront pas exercer. Mme Fonck a raison de dire que nombre de formations en kiné, en ergo, en logo, en podologie ont été lancées bien avant que ces professions ne soient reconnues. L'excuse que vous donnez n'est donc pas bonne.

Vous citez la voie judiciaire. Nous attendrons, madame la ministre. J'ai confiance en la justice. Je me réjouis de la décision de la Cour constitutionnelle de la semaine dernière quant à la loi sur les psychothérapeutes. J'espère que, dans ce cas-ci aussi, il y aura des décisions qui iront dans le sens de ces personnes qui ont investi du temps et de l'argent en espérant pouvoir exercer une profession qu'ils ne peuvent exercer actuellement.

12.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ai introduit une question écrite il y a plusieurs mois pour demander quelles sont les professions de la santé qui n'ont été reconnues qu'après formation, pour pouvoir tenir compte de cette chronologie. Je n'ai toujours pas reçu la réponse.

12.08 Maggie De Block, ministre: Je vous l'ai dit, au cabinet nous rédigeons la réponse quand l'administration nous a communiqué l'information. Quand nous n'avons pas cette réponse de l'administration, nous essayons de répondre par nous-mêmes. Mais l'administration nous dit parfois qu'ils n'ont pas le temps de chercher ces informations.

12.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Tout à fait.

12.10 Maggie De Block, ministre: Dans ma commission, il y a une diarrhée de questions. Et l'administration a déjà beaucoup de choses à faire et ne peut plus suivre et répondre aux questions dans les délais. C'est un problème qui est frustrant pour nous, et pour vous.

12.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ce que je voulais dire, c'est que s'il y a reconnaissance d'une profession de la santé et puis seulement, formation, la réponse serait simple. Donc, il

n'y aurait pas de reconnaissance avant que la formation ne commence. Si la réponse tarde, c'est parce que ce n'est pas du tout évident de trouver des professions reconnues préalablement à la formation. Et c'est logique. Les choses évoluent; on fait évoluer les formations.

12.12 Maggie De Block, ministre: Vous savez que pour cela, il faut prendre contact avec les entités fédérées pour avoir les réponses de l'enseignement. L'enseignement n'est pas une compétence fédérale. Il faut aussi demander l'information aux entités fédérées, madame Gerkena, vous le savez bien!

12.13 Muriel Gerkena (Ecolo-Groen): Je pense que c'est faire preuve de mauvaise foi de dire qu'il fallait d'abord reconnaître la profession avant d'imaginer de faire une formation et que ça a toujours été comme ça. La réalité montre que ce n'est pas comme ça. C'est normal puisque les choses évoluent et quand on évolue, on fait évoluer les formations et on fait naître de nouvelles professions. C'est là que le bât blesse.

Le Grand-Duché, qui reconnaît les psychomotriciens, apprécie d'ailleurs terriblement la formation donnée en Belgique.

Des études internationales mettent en évidence l'intérêt de la psychomotricité dans toute une série de problématiques de santé, comme l'obésité et l'incontinence fécale, et sont aussi à prendre en compte. La commission des professions paramédicales n'a pas prêté suffisamment attention à ce qui se passe ailleurs et à l'évolution de ces différentes pratiques. Je souhaiterais qu'on l'amène à ouvrir ses œillères, à regarder ce qui se passe ailleurs, à regarder le contenu des formations et à prendre une position mieux argumentée que dans les avis précédents.

Je pense que vous pouvez donner une impulsion à ce niveau.

12.14 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, il y a beaucoup de questions en matière de santé. Comme vous, je plains l'administration. La majorité des questions qui vous sont posées sont des questions politiques. Répondez donc aux questions et ne les envoyez pas à l'administration! Je pense alors qu'effectivement, l'administration ne sera pas sous pression et ne va pas alors subir de plein fouet cette diarrhée de questions qui doit être réglée par le cabinet.

12.15 Maggie De Block, ministre: Je peux quand même dire que ces questions ne sont pas envoyées à l'administration. Pensez-vous qu'on va transmettre les questions politiques à l'administration? Cela n'a jamais été fait!

12.16 Catherine Fonck (cdH): Pourquoi, dans ce cas, dites-vous que l'administration est sous pression à cause de nos questions?

12.17 Maggie De Block, ministre: Je ne suis pas une débutante! Il ne faut pas me dire qu'il ne faut pas envoyer ces questions! Je constate. Ce n'est pas un reproche. L'administration constate et tout le monde constate qu'il y a une diarrhée de questions dans ma commission. C'est le cas!

La **présidente**: Il y a effectivement beaucoup de questions en commission de la Santé. Cela a toujours été le cas, comme il y a beaucoup de questions en Justice. En Conférence des présidents, depuis que je suis parlementaire, on met toujours en évidence le nombre de questions important en Santé, en Justice et en Infrastructure. C'est caractéristique de ces matières mais cela signifie qu'on doit se réunir régulièrement pour répondre aux questions.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les fondements scientifiques de l'hypnothérapie" (n° 15909)

13 Vraag van de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wetenschappelijke onderbouwing van hypnotherapie" (nr. 15909)

13.01 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, je vous ai déjà interrogée sur la reconnaissance des praticiens en hypnose clinique. Vous m'aviez alors répondu que pour vous, celle-ci ne se base sur aucun fondement scientifique. Il me revient de la direction du service d'algologie et des soins palliatifs du CHU de

Liège, centre à la pointe dans ce domaine, que la technique d'hypnose est utilisée depuis plus de 25 ans pour aider des patients à gérer des douleurs aiguës lors de gestes invasifs, en soins intensifs et aux urgences, lors de soins dentaires, en cours d'accouchement, etc. Cette technique est également devenue une méthode d'anesthésie appelée "hypnosédation" et peut remplacer l'anesthésie générale pour certains types de chirurgie.

L'hypnose est également proposée comme un apprentissage à utiliser dans les problèmes de douleurs chroniques. De nombreuses études ont d'ailleurs été publiées dans des revues scientifiques nationales et internationales, avec 'facteur d'impact', où vous pouvez y trouver l'intérêt, l'efficacité et même l'analyse coûts-bénéfices de cette technique.

À la lumière de ces éléments d'information complémentaires, votre regard sur cette pratique pourrait-il changer? Vous avez affirmé que l'hypnose ne devrait pas être considérée comme "une discipline médicale ou de santé au sens de notre législation" mais selon la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé et selon la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, les soins de santé s'entendent de tous les "services dispensés par un praticien professionnel (...) en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé du patient", sans restriction. Quels sont dès lors les motifs pour lesquels l'hypnose telle qu'elle est décrite ne vous paraît pas susceptible d'être ainsi qualifiée? Enfin, vous avez également mentionné qu' "aucun organe consultatif (...) n'a émis d'avis à ce sujet". Dès lors, envisagez-vous de demander un avis de ce type afin d'avoir pleinement connaissance des pratiques de terrain, de leurs résultats et de pouvoir éventuellement prendre des initiatives dans ce domaine?

13.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Blanchart, dans ma réponse à votre précédente question sur le sujet, je vous répondais que l'hypnose n'était pas une discipline sanitaire à part entière au sens où notre législation relative à la problématique l'entend. Toutefois, selon le principe de la liberté thérapeutique, cette technique peut être utilisée par un professionnel de la santé reconnu, pour autant qu'il le fasse dans le cadre des compétences qui lui sont dévolues et que cette technique présente un intérêt pour le patient.

Je vous indiquais également qu'aucun Conseil ou organe consultatif ne s'est encore penché sur la question de l'exercice de l'hypnothérapie par les professions de santé. Il me revient que les professionnels de la santé concernés par elle - y compris les spécialistes de la santé mentale - en connaissent déjà l'utilité et agissent dans le cadre légal qui leur est imposé.

Comme vous le savez, je souhaite promouvoir les techniques thérapeutiques qui sont *evidence based*. À cet égard, je vais saisir le Conseil supérieur de la santé de la question du recours à l'hypnose dans le cadre des soins de santé afin qu'il en examine l'utilité et dresse éventuellement un cadre à cet effet. Mais nous parlons bien de sa pratique par des professionnels de la santé.

Je ne manquerai pas de transmettre au Conseil supérieur de la santé toutes les informations que vous nous avez fournies à travers vos deux questions.

13.03 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, je vous remercie de prendre au sérieux ces actes d'hypnose. L'objectif du Centre de Liège est que la formation à la technique de l'hypnose soit réglementée, de sorte que les professionnels (médecins, psychologues, dentistes, etc.) la pratiquent exclusivement et qu'ils ne puissent le faire qu'au terme d'une formation correcte, de qualité et reconnue.

Nous poursuivons l'objectif bien légitime d'éviter les abus qui pourraient causer des dommages aux patients s'ils recourent aux services de quelqu'un qui ne dispose pas des qualifications requises – et, là, nous nous rejoignons vraiment. Dès lors, nous espérons que ces informations vous permettront de prêter davantage d'attention à cette technique reconnue mondialement. Non seulement elle présente un faible coût, mais de plus elle habilite le patient à être acteur des soins qui lui sont prodigués. De surcroît, elle le responsabilise et l'autonomise quand un problème de santé et biochronique modifie sa qualité de vie. En définitive, l'hypnose constitue une approche écologique et économique. Je vous en parle parce qu'à titre personnel, j'ai pratiqué l'hypnose dans les passages difficiles de ma vie que vous connaissez. Sincèrement, cette technique m'a énormément aidé.

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

14 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de onnodige onderzoeken voor een operatie" (nr. 15949)
- de heer **Jean-Jacques Flahaux** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het overmatig aantal medische onderzoeken in talrijke ziekenhuizen" (nr. 16587)

14 Questions jointes de

- **Mme Anne Dedry** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tests médicaux inutiles avant les opérations" (n° 15949)
- **M. Jean-Jacques Flahaux** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la surconsommation de certains examens médicaux dans de nombreux hôpitaux" (n° 16587)

14.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ook dit is een oudere vraag. Ik verwijs hierbij naar een studie van het KCE, dat een aantal onderzoeken onder de loep nam die voor een operatie uitgevoerd worden. Een aantal onderzoeken blijken nuttig te zijn, maar een aantal blijken veeleer te neigen naar overconsumptie. Ik denk aan röntgenfoto's van de borstkas, een voorbeeld dat vaak wordt aangehaald in het kader van overconsumptie in de medische beeldvorming.

Een aantal onderzoeken worden standaard uitgevoerd voor elke operatie. Het KCE vaardigde een nieuwe richtlijn uit die deze overconsumptie kan terugdringen. Het bespaart de patiënt tijd, moeite en vooral blootstelling aan schadelijke stralen.

Mijn vragen hierover zijn de volgende.

Zult u de nieuwe richtlijn van het KCE volgen?

Hoe en wanneer zult u de zorgverstrekkers hiervan op de hoogte stellen?

Denkt u ook aan financiële prikkels, bijvoorbeeld binnen de ziekenhuisfinanciering, om de overconsumptie aan medische beeldvorming terug te dringen? U gaf hiervan overigens al een aantal voorbeelden.

Hebt u een idee van de mogelijke besparing die hiermee gepaard kan gaan?

Hebt u een gezondheidsdoelstelling voor ogen?

14.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, avant de poser ma question, je voudrais savoir si la question n° 17385 inscrite au point 112 de l'agenda est la même que la question n 16587 inscrite au point 44, jointe à celle de Mme Dedry.

La **présidente**: Non. C'est une question tout à fait différente.

14.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, souvent, les médecins, notamment hospitaliers, font faire des examens qui ne sont pas utiles ou qui pourraient être remplacés par des examens tout aussi efficaces mais moins onéreux pour la sécurité sociale. En effet, il est possible – je raconte un cas vécu – de substituer à certains scanners réalisés et facturés cent cinquante euros, des échographies remboursées septante-cinq euros. Mes sources proviennent de l'ULB, d'un hôpital universitaire.

Je comprends bien que cela permet aux hôpitaux de faire du chiffre mais cela hypothèque en partie votre politique d'assainissement et de limitation des dépenses de santé, alors qu'il y a là un moyen de faire des économies qui ne touchent ni le portefeuille ni la santé des patients.

Madame la ministre, pouvez-vous nous indiquer la part que représentent en nombre d'actes médicaux et en coût les différents types d'imagerie médicale (scanners, échographie, etc.)? Pouvez-vous nous dire quels examens peuvent se faire indifféremment par scanner et par échographie? Pouvez-vous nous communiquer les économies réalisables en substituant les échographies aux scanners lorsque cela est médicalement possible?

Pouvez-vous nous indiquer les actions que mène, va mener ou pourrait mener l'INAMI pour amener les médecins prescripteurs à opérer ce changement d'examen?

Enfin, quels moyens avez-vous ou comptez-vous mettre en œuvre pour remettre un peu de raison et de

mesure dans ces pratiques que je trouve excessives?

14.04 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, les questions de M. Flahaux nécessitent des réponses chiffrées. Je propose de lui transmettre la réponse écrite pour gagner du temps.

Mevrouw Dedry, ik heb natuurlijk kennisgenomen van het recente KCE-rapport 280 waarnaar u verwijst. Het is steeds ook mijn betrachting geweest om een verantwoord gebruik van onderzoeken en behandelingen te promoten op een wetenschappelijk onderbouwde manier en steunend op gevalideerde richtlijnen. In mijn beleidsnota's van 2016 en 2017 wordt dan ook expliciet verwezen naar de *evidence-based practices* in de besluitvorming. De middelen die nu worden besteed aan diverse initiatieven, zullen worden gebundeld in een meerjarenkader *evidence-based practices* 2018-2021.

Op diverse niveaus, onder meer binnen het RIZIV, wordt in dit verband gewerkt met onder meer een net van *evidence-based practices*. Ook de bevindingen en aanbevelingen van het KCE zoals dit rapport, maken deel uit van de promotie van een evidencebased toepassing van de geneeskunde. Naar aanleiding van de publicatie van dit rapport werd door het KCE een persbericht verspreid. Zij ontwikkelden ook een bijhorende app, die gratis kan gedownload worden via de website.

In algemene zin worden via diverse kanalen, zoals de beroepsvereniging, permanente vorming en feedbackcampagnes naar de verstrekkers en ziekenhuizen toe, aanbevelingen gecommuniceerd die moeten leiden tot een goed gebruik van middelen bij de juiste doelgroep. Het hangt bijvoorbeeld al van de leeftijd af, welke preoperatieve onderzoeken een patiënt moet ondergaan.

Ten slotte is er het actieplan "handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017", dat op mijn vraag door het RIZIV en de betrokken partners in de gezondheidszorg werd opgesteld. De Algemene Raad van het RIZIV keurde dit plan goed op 18 juli 2016. Het bevat naast structurele maatregelen en maatregelen in het kader van fraudebestrijding, ook negen maatregelen ter bevordering van de doelmatigheid van de gezondheidszorg. Ook het rationeel gebruik van preoperatieve tests maakt deel uit van deze maatregelen en actiepunten. Dit wordt ook nu al uitgevoerd.

Met betrekking tot dit KCE-rapport werd geen kosteneffectiviteitsstudie uitgevoerd. Van het vermijden van overbodige onderzoeken, wat de patiënt ten goede komt, kan in algemene zin een besparing verwacht worden. De hier bestudeerde tests werden niet gekwantificeerd.

De centrale doelstelling die ook opgenomen is in het federaal regeerakkoord, bestaat erin om aan alle burgers van dit land een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg te garanderen met oog voor nieuwe ontwikkelingen en met oog voor evoluerende noden. Ik verwijs dan ook naar mijn beleidsnota's 2016 en 2017, waarbij het KCE de opdracht krijgt een methodologisch kader te ontwikkelen voor het bepalen van zowel globale als operationele instrumentele doelstellingen voor de gezondheidszorg.

Monsieur Flahaux, je vous remets un document reprenant les chiffres (nombre d'examens et coût). Il est difficile de donner une liste d'examens CT qui pourraient être remplacés par des échographies. Le médecin traitant prescrit un examen sur la base du contexte clinique spécifique du patient, en tenant compte des recommandations validées existantes et d'autres facteurs comme son expertise dans le domaine concerné. Le médecin propose l'examen qui peut répondre à la question diagnostique. En plus, le radiologue peut actuellement remplacer l'examen prescrit par un examen plus indiqué. C'est déjà possible et cela se fait beaucoup. Sur la base des données, il peut estimer que ce n'est pas un CT mais plutôt une échographie qu'il faut faire, ou l'inverse.

L'usage approprié de l'imagerie médicale et la réalisation d'un examen plus indiqué représente une responsabilité partagée des prescripteurs et des radiologues. Éviter des examens non justifiés en général et des examens CT en particulier prévient non seulement des dépenses inutiles mais aussi des irradiations non justifiées. En général, appliquer des règles de bonne pratique dans le domaine de l'imagerie médicale devrait mener à des économies ou, au moins, diminuer l'augmentation des coûts. On ne peut faire que des estimations très globales pour quantifier ces économies attendues avec une grande variation par type d'examen et par indication étudiée.

Une étude spécifique effectuée en 2012 par l'Université de Gand estime que l'application des recommandations pourrait diminuer le nombre de demandes d'examen en imagerie médicale en Belgique de 20 à 25 %. Spécifiquement pour la colonne lombaire, le nombre de CT pourrait diminuer de plus de 70 %.

Le remplacement de CT par une échographie n'a pas été étudié spécifiquement dans ce cadre. Souvent, des CT sont remplacés par des IRM. Une actualisation de cette étude belge en 2015 estime que pour le CT de la colonne lombaire et le CT de l'abdomen et du thorax, les dépenses pourraient diminuer de 28 %.

Plusieurs mesures ont déjà été mises en place ou sont en cours d'implémentation, dont toutes sont actuellement à l'étude. Notamment dans la nomenclature des prestations de santé, le remboursement de la radiographie de la colonne lombaire n'est possible que lorsqu'on applique les recommandations. Si on s'en écarte, la motivation détaillée de cette dérogation doit être conservée dans le dossier médical du patient. D'autres modalités sont fixées dans la nomenclature concernant le remboursement de certains examens CT et PET-CT, entre autres des limitations quant au prescripteur ou quant à l'indication.

En plus, le protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale publié au *Moniteur belge* le 20 juin 2015 prévoit entre autres la constitution d'un registre national des appareils d'imagerie médicale. Dans ce registre, les scanners CT et IRM, les appareils PET, PET-CT, SPECT-CT sont enregistrés. Tous ces appareils sont pourvus d'un numéro d'identification unique et d'un numéro de facturation unique par appareil et à mentionner dans la facturation de ces examens comme condition de remboursement. Des examens effectués avec des appareils qui ne remplissent pas tous les critères requis ne pourront plus être remboursés.

Des recommandations pour un bon usage de l'imagerie médicale sont publiées depuis 2010 sur le site web du SPF Santé publique. Les recommandations sont un moyen d'aider les médecins à choisir l'examen le plus indiqué pour le patient.

La plate-forme BELMIP a été instaurée et différentes autorités concernées y participent dont l'INAMI, le SPF Santé publique, l'Agence fédérale de contrôle nucléaire et les *stakeholders* comme les radiologues, les nucléairistes, les généralistes, les technologues en imagerie médicale. Cette plate-forme développe des initiatives en vue d'une rationalisation de l'utilisation de l'imagerie médicale.

Plusieurs campagnes d'information ont déjà eu lieu afin d'informer les médecins mais aussi le grand public sur la surconsommation d'examens radiologiques et pour promouvoir l'utilisation rationnelle de l'imagerie.

L'INAMI a donné des feedbacks aux prescripteurs sur leur propre utilisation d'imagerie médicale et des brochures "Focus on medical imaging" informant les médecins quant à l'utilisation d'examens radiologiques dans des conditions cliniques spécifiques.

L'opportunité d'introduire des systèmes d'aide à la décision (ou *decision support systems*) est actuellement à l'étude au sein de l'INAMI. Ces systèmes peuvent assister les prescripteurs dans le choix d'examens en leur fournissant un feedback actif basé sur les recommandations lors du choix de l'examen. Pour l'implémentation d'un système d'aide à la décision, la demande par voie électronique pour chaque examen d'imagerie médicale est une condition impérative. Le développement est en cours.

Pour terminer, je voudrais insister sur le fait que l'utilisation rationnelle d'examens et de moyens en général mais aussi dans le domaine de l'imagerie médicale est une de nos priorités.

Mevrouw Dedry, wij gaan dat ook aanpakken via de nieuwe ziekenhuisfinanciering, waarvan de programmatie van de zware apparatuur een belangrijk onderdeel uitmaakt. De zware apparatuur zal zich dan in de netwerken situeren en niet meer in elk ziekenhuis. Wij zullen daarbij werken met verwijzing en terugverwijzing. Wij kunnen de financiering eventueel binnen het netwerk laten gebeuren en niet meer per ziekenhuis. Ik meen dat ook daar een rationalisering zich opdringt.

Voor het overige is de beslissing die wij genomen hebben rond het uniek nummer belangrijk. Nu kunnen wij in kaart brengen hoeveel onderzoeken er voor hoeveel patiënten gebeuren met elk apparaat. Dat is ook belangrijk voor de terugbetaling. Het zal ons veel leren. U weet dat dit pas vorig jaar gestart is, maar wij gaan daaruit veel leren.

Wij zullen dus trachten om van de ziekenhuishervorming ook gebruik te maken om zaken die slecht zijn voor de volksgezondheid te weren. Te veel bestraling is slecht *tout court*, dat weet iedereen. Het aantal mutaties in ons genetisch materiaal verhoogt gevoelig door onder andere externe factoren zoals bestraling. Zeker kinderen zijn zeer kwetsbaar, maar dat geldt ook voor volwassenen. Dat is dus een belangrijk aspect voor de

volksgezondheid. Het moet niet altijd alleen budgettair zijn, zeker niet. Ik meen dat het aspect gezondheid hier primordiaal is. Hierdoor maken wij echter ook middelen vrij om te investeren in minder schadelijke apparatuur. Het aantal CT's moet dus naar beneden gaan, dan kunnen wij meer magnetische resonantie gebruiken of wat er ook nog gaat komen dat minder straling betekent voor de patiënten. Het is belangrijk dat wij door de middelen die vrijkomen die invulling kunnen geven.

14.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw duidelijk antwoord. Ik hoop, maar ik hoor het al in uw antwoord, dat u vooral goed de resultaten zult monitoren, kort op de bal zult spelen, de zaak goed zult opvolgen en ook regelmatig zult communiceren ter zake.

14.06 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je pense que c'est une des grandes questions qui ont été posées aujourd'hui et un sujet important. Vous avez mille fois raison: on met en route des méthodes d'aide à la décision. Mais le problème de fond – c'est ce qui me revient et je ne vous dirai pas de la part de qui – c'est qu'on donne des instructions aux radiologues pour pratiquer ainsi, parce que c'est en partie une pompe à fric pour l'hôpital. C'est cela, le problème de fond. Et c'est cela qu'il faut pouvoir résoudre. Vous n'êtes nullement responsable de cet état de fait, dont il faut toutefois être conscient.

Je crois qu'il serait intéressant de faire une comparaison entre hôpitaux, une autre entre la situation en Belgique et chez nos voisins, afin de pouvoir "pointer" clairement ceux qui sont en faute de ce point de vue.

Je sais bien qu'il n'y a pas que l'aspect financier. Rien n'empêche de travailler sur les deux axes en même temps pour que l'on puisse améliorer les choses, tant sur le plan des radiations que sur le plan des moyens budgétaires qui sont toujours trop limités. L'économie qui serait ainsi engendrée, ...

La **présidente**: (...)

14.07 Jean-Jacques Flahaux (MR): Excusez-moi, madame la présidente, mais quand c'est vous qui interrogez, il n'y a pas de temps limité!

La **présidente**: Pensez à terminer, monsieur Flahaux.

14.08 Jean-Jacques Flahaux (MR): Ce serait déjà fait si vous ne m'aviez pas interrompu, madame la présidente.

Donc, dans ce contexte, je crois qu'il faut vraiment agir. Cela doit être une de nos priorités.

La **présidente**: Il est bon de rappeler de temps en temps d'être synthétique. Je ne dis pas "stop", mais "attention".

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zelfstandige verpleegkundigen en zorgkundigen" (nr. 15950)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal verpleegkundigen aan bed" (nr. 16340)

15 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les infirmiers et les aides-soignants indépendants" (n° 15950)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre d'infirmiers(ères) au chevet du patient" (n° 16340)

15.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik weet niet waarom deze vragen gekoppeld werden, want het zijn twee heel andere vragen.

Wat het statuut van de zelfstandigen betreft, werd vanuit de praktijk gesignaleerd dat de wet het moeilijk maakt voor zelfstandige verpleegkundigen om bij instellingen aan de slag te gaan. Zo zouden zelfstandige verpleegkundigen die in een huisartsenpraktijk ingeschreven zouden willen worden, dat niet kunnen onder hun statuut omdat zij voor bijvoorbeeld praktijkondersteuning geen honoraria kunnen verkrijgen. Vandaag

zien we wel dat er een speciale masteropleiding is, waarin de Universiteit Antwerpen pionier was, die voorziet in een bijkomende opleiding van verpleegkundigen net om die huisartsenpraktijk te ondersteunen. Het lijkt mij dus noodzakelijk om die trend beleidsmatig te ondersteunen. Ik hoor trouwens dat dit in Nederland wel mogelijk zou zijn.

Hetzelfde zou zich voordoen bij zorgkundigen die worden tewerkgesteld in de thuisverpleegkunde. Vandaag kan dat enkel in loonverband, niet onder het zelfstandigenstatuut. Erkent u dat het voor zelfstandige verpleegkundigen vandaag onmogelijk is om onder dat statuut aan de slag te gaan bij een huisartsenpraktijk of een dienst voor thuisverpleging? Heeft u er oren naar om dit probleem op te lossen? Op welke manier dan?

Mijn tweede vraag is een heel andere en betreft het aantal verpleegkundigen aan bed. Ik volg dit dossier al veel langer en kaart vooral de erbarmelijke toestand aan waarin onze verpleegkundigen vandaag in de zorg aan de slag moeten. Ik heb het dan niet alleen over de verpleegkundigen in de instellingen, maar ook over de zelfstandigen. Vandaag betreft mijn vraag vooral de verpleegkundigen in de instellingen. Wat het zorgpersoneel betreft, is er zoiets als een normbestaffing die de minimumbestaffing bepaalt en de financiering die daartegenover staat.

Ik heb er in plenaire vergadering al op gewezen dat dit in de zestiger jaren werd vastgesteld. Het klopt dat er sindsdien een aantal bijstellingen zijn gebeurd, maar zeker niet genoeg om de enorm toegenomen zorgzwaarte op te vangen, evenals de vooruitgang in de medisch-technologische evoluties. Kort gezegd, mensen worden vandaag veel sneller naar huis gestuurd met een veel intensere problematiek, waardoor de werkdruk tijdens de kortere periode waarin patiënten in het ziekenhuis verblijven, enorm is gestegen.

Ik vroeg u ook al naar de besteding van het budget van financiële middelen. Ik was zeer verbaasd dat u niet nagaat of de enveloppen die aan de ziekenhuizen worden uitbetaald, ook worden besteed in overeenstemming met de doelstellingen waarvoor ze worden uitbetaald. Klopt het dat u als minister niet weet hoeveel verpleegkundigen er vandaag aan het bed van de patiënt staan? Op zich wordt wel de omgekeerde redenering gemaakt: het aantal verantwoorde bedden en de zorgzwaarte bepalen het recht op een specifieke enveloppe die, onder andere, het verpleegkundig personeel omvat. Wordt er nooit gecontroleerd of het geld daaraan wordt besteed? In de praktijk weten we dat wel, want er zijn studies die aantonen dat er meer verpleegkundigen dan de normbestaffing aan het bed staan, maar dat wil men als regering toch ook weten.

Ik vraag mij dus af: hoe gebeurt die berekening? Wat is de huidige normbestaffing per dienst? Wie gaat die op welke manier na? Indien ze wordt nagegaan, zijn er in werkelijkheid gemiddeld meer verpleegkundigen dan de normbestaffing? Uit studies blijkt dat. Hebt u daar ook cijfers over?

Op basis van de berekening B2 van het budget van financiële middelen zou u toch moeten weten hoeveel verpleegkundigen gefinancierd worden? Het moet toch mogelijk zijn om die omgekeerde berekening te maken.

Ik kom tot mijn laatste vraag. Bent u zich ervan bewust dat de werkdruk voor het zorgpersoneel in onze instellingen onhoudbaar wordt? U beloofde eerder die aan te pakken bij de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Toen u daarvan een stand van zaken gaf, hebt u er echter geen woord aan gewijd en verwees u naar het feit dat dit sinds de zesde staatshervorming naar de deelstaten is overgeheveld.

Ik vraag u nu naar uw mening. Zelfs als de normbestaffing moet worden bepaald op deelstaatsniveau, dan moet u daarvoor nog altijd in de nodige financiering voorzien.

Als u het ermee eens bent dat de normfinanciering omhoog moet, kunt u hierover in de IMC contact opnemen met uw deelstaatcollega's. Als die deelstaatcollega's het eens zijn, zult u dan in de nodige financiering voorzien?

15.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, u stelde twee vragen, die door de diensten samengevoegd zijn. Ik zal ze afzonderlijk beantwoorden.

Er is inderdaad niet in een specifieke nomenclatuur voorzien voor verpleegkundigen die verstrekkingen uitvoeren in een huisartsenpraktijk. Een verpleegkundige die werkzaam is in een huisartsenpraktijk, kan ongeacht zijn tewerkstellingsstatuut wel de verstrekkingen van artikel 8 van de nomenclatuur aanrekenen

indien aan de voorwaarden voldaan is.

In de nomenclatuur staat bijvoorbeeld dat er geen honoraria voor de verpleegkundige verschuldigd zijn wanneer de verstrekte verzorging integraal deel uitmaakt van een raadpleging, een bezoek of een technische verstrekking uitgevoerd door een geneesheer.

De gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen definieert de zorgkundige en stelt de voorwaarden vast waaronder de zorgkundige zijn beroep kan uitoefenen.

Daar is het een ander paar mouwen: daar laat de huidige wetgeving de zorgkundige toe om bepaalde verpleegkundige activiteiten uit te voeren onder toezicht van een verpleegkundige en binnen een gestructureerde equipe.

De minimale attesteringsvoorwaarden voor de activiteiten uitgevoerd door zorgkundigen worden ook beschreven in het KB van 22 november 2013 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Deze voorwaarden moeten natuurlijk ook gerespecteerd worden. De voorwaarden in artikel 8 van de nomenclatuur leggen geen beperkingen op inzake het tewerkstellingsstatuut van de betrokken zorgkundige.

Wat uw vraag over het aantal verpleegkundigen in de ziekenhuseenheden betreft, kunnen sommige gegevens uit de Minimale ZiekenhuisGegevens (MZG) worden gehaald, die te vinden zijn bij de FOD Volksgezondheid, andere uit FINHOSTA en ook uit de verplichte jaarlijkse rapporteringen van de ziekenhuizen. Tot 2014 werd het aantal voltijdse equivalenten per verpleegeenheid vier keer per jaar verzameld via de Minimale ZiekenhuisGegevens. Deze gegevens zijn dus met andere woorden een momentopname.

De erkenningsnormen leggen inderdaad het aantal VTE's per bezet bed op. Ik kan u verzekeren, op basis van de door de ziekenhuizen gerapporteerde VTE's op de hospitalisatie-eenheden, dat de reëel aanwezige bestaffing beduidend hoger is dan de bestaffing die door de erkenningsnormen wordt opgelegd. Ik heb een tabel voor u die een aantal illustraties bevat van deze vaststelling voor een aantal bedtypes. U ziet dat voor elk type de aanwezigheid per bezet bed telkens hoger ligt dan de norm. Soms is dat veel hoger, soms is dat net erover.

Ik denk dus dat het niet direct aan de orde is om die normen te herzien. We kunnen dat wel eens navragen bij de deelstaten. Dat is geen gemakkelijke discussie. We kunnen het daarover eventueel hebben in de IMC. Volgens mij is daar in de deelstaten weinig belangstelling voor.

Ik kan het altijd vragen. Als u het wilt, kan ik dat vragen.

15.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): (...)

15.04 Minister Maggie De Block: Dat is daar allemaal aan gelieerd. Ik zal u de lijst laten bezorgen. U kunt het al eens bekijken. Wij zitten overal boven de norm.

Wat de financiering betreft, weet u dat het BFM een zeer complexe zaak is. In het kader van een andere financiering van het ziekenhuislandschap laten wij momenteel een ontrafeling uitvoeren van het BFM. Wij hopen dat wij daaruit bepaalde conclusies zullen kunnen trekken.

15.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt!

Wat het aan de slag zijn van de zelfstandigen betreft, moet ik er de wet waarnaar u verwijst zeker nog eens op nalezen, want als ik uw antwoord goed begrijp, is een en ander wel mogelijk omdat niet alle verstrekkingen al zijn opgenomen. We moeten dus bekijken wat daar nog mogelijk is.

Wat het aantal verpleegkundigen betreft, vind ik het heel fijn dat u dit punt wilt opnemen met uw deelstaatcollega's. Heel graag!

Wij wachten in spanning op de oefening van het ontrafelen van het BFM. Ik meen dat dit de ideale

gelegenheid vormt om ziekenhuizen te belonen die net meer inzetten op verpleegkundig personeel en zorgpersoneel aan het bed. Vandaag is de financiering zeer prestatiegericht en helemaal niet op basis van de kwaliteit. Men kan er dan wel op wijzen dat er gemiddeld meer verpleegkundigen zijn dan de normbestaffing vereist, waardoor een verhoging van het aantal niet nodig is, maar ik meen dat het vooral ook een kwestie van financiering is. Wij als overheid moeten ziekenhuizen belonen die het goed doen als zij bijvoorbeeld inzetten op meer verpleegkundigen aan bed omdat wij weten dat dit de kwaliteit van de zorg verbetert.

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

16 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de supplementen voor de zorgverstrekkingen" (nr. 15952)

16 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les suppléments pour les soins dispensés" (n° 15952)

16.01 Yoleen Van Camp (N-VA): In vorige discussies kwam ter sprake dat de overheid de supplementen die worden aangerekend door gedeconventioneerde zorgverleners of instellingen niet bijhoudt. Waarom is dat zo? Bent u van plan om dat in de toekomst wel te doen?

16.02 Minister Maggie De Block: De reden voor de situatie die u schetst, is dat de ziekenfondsen slechts sporadisch op de hoogte worden gesteld van dergelijke supplementen. Wij zijn aangewezen op de informatie van de ziekenfondsen. De patiënten bezorgen immers hun betalingsbewijs aan de ziekenfondsen, die het bedrag op hun beurt terugbetalen. Zij zijn ook niet op de hoogte van het supplement. Zij vragen de informatie aan de patiënt. Die informatie krijgen ze ook. U ziet hierover vaak publicaties verschijnen.

De wet op de financiële transparantie voorziet in een kwijting voor de patiënt, indien de derde-betalersregeling van toepassing is in combinatie met de elektronische facturatie of indien terugbetaalde samen met niet-terugbetaalde verstrekkingen worden aangerekend. Dan weet de patiënt wat er terugbetaald wordt, wat zijn persoonlijk aandeel is en hoeveel het supplement precies bedraagt. Dan weet de patiënt het wel, maar het ziekenfonds daarom nog niet, en wij al helemaal niet.

We zijn nu met verschillende sectoren, onder meer de artsen, besprekingen aan het voeren met het oog op de mededeling aan de ziekenfondsen van de supplementen op de facturen en getuigschriften van verstrekte hulp. Het gaat dus niet alleen om de artsen, maar ook om tandartsen en iedereen die een honorarium aanrekent. Ik hoef u niet te vertellen dat dat geen eenvoudige besprekingen zijn, maar we zijn ze aan het voeren.

16.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat doet me zeker plezier. Eenvoudig of niet, de overheid voorziet in een belangrijke compensatie voor geconventioneerde zorgverstrekkers. We hebben met hen ook verschillende overlegmomenten om daarop in te zetten. Dan vind ik het ook niet meer dan logisch dat we op zijn minst een zicht hebben op het supplement aangerekend door wie niet tot de conventie toetreedt.

Ik hoop dus dat die gesprekken goed vorderen, zodat hierover meer transparantie is.

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

La présidente: La question n° 15955 de Mme Becq est transformée en question écrite.

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tariefverhoging van de tandartsen" (nr. 15967)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tariefakkoord met de tandartsen" (nr. 15991)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verhoging van de tandartstarieven" (nr. 16044)

17 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des tarifs des dentistes" (n° 15967)

- **Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accord tarifaire conclu avec les dentistes" (n° 15991)**

- **Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des tarifs des dentistes" (n° 16044)**

17.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, daarnet was er al een vraag over het miniakkoord met de artsen. Daar is er zeker licht aan het einde van de tunnel, maar het tariefakkoord met de tandartsen is nog hangende. Ook dat akkoord blijft uit, waardoor er ook voor die beroepsgroep geen tariefzekerheid meer is.

Er wordt gezegd dat ongeveer 60 % van de tandartsen geconventioneerd is. Dat is een zeer laag aantal. Door het uitblijven van een akkoord kan een grote groep geen tariefzekerheid meer bieden aan de patiënten. In afwachting van een nieuw akkoord stelt het Verbond der Vlaamse Tandartsen aan de geconventioneerde tandartsen voor om hun ereloon met niet meer dan de gezondheidsindex van 2,5 % te laten stijgen.

Het VVT is milder dan de VBT, die oproept tot een stijging van 3 tot 5 %. Het is logisch dat ook hier een uitkomst nodig is en dat er zowel voor de beroepsgroep als voor de patiënten klaarheid moet zijn over de tariefzekerheid; vandaar mijn vraag naar de laatste stand van zaken in het overleg tussen u en de tandartsen.

Zijn er naast de tandartsen, de artsen – waarvoor min of meer een oplossing in zicht is – en de kinesisten nog beroepsgroepen die plannen hebben om de conventie op te zeggen? Bent u voorstander van onze vele voorstellen die wij hebben gedaan om de verspillingen in de gezondheidszorg nog meer aan te pakken, zodat er niet aan de honoraria geraakt moet worden en er meer middelen naar de zorgverleners kunnen gaan? Vooral dat heeft de malaise in de sector veroorzaakt. Wij staan daar expliciet niet achter, zeker als wij de vele rapporten daarover erop naslaan en zien, zeker ook weer in het recente OECD-rapport dat specifiek over verspillingen in de gezondheidszorg gaat, hoeveel er daar te rapen is. Het is onverantwoord om dan aan de tarieven van onze zorgverleners te raken.

17.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik zal de inleiding van collega Van Camp niet herhalen. Het probleem is geschetst.

Ik heb hierover al een schriftelijke en een mondelinge vraag gesteld, maar ik wil er nog aan toevoegen dat de deconventionering, deels of volledig, inderdaad een serieus probleem is, omdat patiënten op die manier echt niet meer weten wat zij moeten opleggen. Iemand die deels gedeconventioneerd is, is dat op bepaalde uren in de week, en dan is er eigenlijk helemaal geen duidelijkheid meer voor de patiënt.

Ik wil hieraan nog toevoegen dat dit zeker problematisch is voor de gezondheidskloof, want tandzorg is echt een graadmeter bij uitstek voor verschillen tussen rijkere en armere patiënten.

Uit een andere vraag is duidelijk geworden dat bij de federale commissie "Rechten van de patiënt" de klachten zeker vorig jaar heel vaak gingen over de kwaliteit van de tandzorg en over de gepeperde facturen die de patiënten kregen.

Ik heb hierover de volgende vragen, mevrouw de minister.

Hebt u nog overlegd met de tandartsen? Komt er een einde aan de impasse? Wat zult u doen tegen de deconventioneringstendens? Zult u erover waken dat de gezondheidskloof in de tandzorg niet verbreedt? Welke maatregelen zult u nemen om komaf te maken met het gebrek aan tandartsen in bepaalde regio's en de vergrijzing van het beroep?

17.03 Minister Maggie De Block: Het is correct dat momenteel nog geen nieuw akkoord met de tandartsen is afgesloten. Het vorig akkoord liep af op 31 december 2016. Ondertussen is er in werkgroepen verder gewerkt en heeft de Technisch Tandheelkundige Raad de voorstellen die in het ontwerp van akkoord van 15 december 2016 staan, verder uitgewerkt. Deze werden voorgelegd aan de vergadering van de Nationale Commissie Tandartsen-Ziekenfondsen op 23 maart, deze week dus. De werkgroepen MyCareNet en telematica vergaderen over de operationalisering van de elektronische facturatie door de tandartsen, om er de kinderziekten uit te halen. Een specifieke werkgroep boog zich over de bijzondere problematiek van de registratie van tandnummers en patiëntenprofielen. Deze problematiek past in het kader van de aanpak van verspilling en ondoelmatig gebruik in de gezondheidszorg.

Er is dus een voortschrijdend overleg. Ik hoop ook daar binnenkort een akkoord te kunnen sluiten, zodat de patiënten opnieuw tariefzekerheid hebben bij de tandarts.

Mevrouw Van Camp, als u zegt dat u niet voor die besparingen op de honoraria bent, dan mag ik wel zeggen dat die besparingen eigenlijk een beslissing van de hele regering waren. Uw partij maakt daarvan ook deel uit. We moeten toch politiek enigszins eerlijk blijven.

17.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat onderschrijf ik ook. Als er niet tijdig werk wordt gemaakt van hervormingen en het aanpakken van de verspilling, dan is natuurlijk het moment aangebroken om maatregelen te nemen die veel pijnlijker zijn. Daarom pleit ik er vooral voor om zo snel mogelijk werk te maken van onze hervormingen en van de vele voorstellen die we hebben gedaan om verspilling aan te pakken.

17.05 Minister Maggie De Block: Precies. Dat doen we nu ook en zullen we ook voor de tandartsen doen. Het oneigenlijk gebruik en de verspilling van middelen moeten ook daar tegengegaan worden. Daar zullen we allemaal beter van worden. Daar ben ik het mee eens.

17.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Het positieve in uw antwoord is dat u zeker die tandnummers onder het vergrootglas zult leggen, waardoor u het oneigenlijk gebruik kunt opsporen. Daar is immers inderdaad wat aan de hand. Los daarvan blijf ik wijzen op het probleem van de deconventionering omdat dit ten koste gaat van de mensen met de laagste inkomens.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de niet-alcoholische leververvetting" (nr. 15977)

18 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la stéatose non alcoolique" (n° 15977)

18.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): In december 2016 verscheen in *De Standaard* een interessant artikel over leveraandoeningen, gebaseerd op een recent onderzoek van het UZ Gent, waaruit blijkt dat de niet-alcoholische leververvetting de afgelopen tien tot twintig jaar de tweede belangrijkste oorzaak van levercirrose is. Ons voedingspatroon en het sedentaire leven verklaren veel, maar niet alles. Soms is de oorzaak genetisch. Ook patiënten met type 2-diabetes krijgen vaak een vette lever door hun levensstijl.

Bij obese kinderen zou er ook een hoog risico bestaan. Ook daarover is er een recente studie, ditmaal van het UZ Leuven. Een derde van de obese kinderen heeft duidelijk gestoorde levertesten. Dat heeft te maken met een teveel aan fructose in onze voeding, zeker bij kinderen. Tegen fructose hebben we minder afweermechanismen. Obese kinderen systematisch screenen op leververvetting, zoals Amerikaanse wetenschappers voorstellen, is geen oplossing, want de diagnose kan alleen maar gebeuren via een biopsie.

We weten dat obesitas bij kinderen gezondheidsproblemen met zich meebrengt en het baart me zorgen dat ingrijpende ziekten, zoals leverproblemen en levercirrose, in opmars zijn.

Welke afspraken staan er in het sectorconvenant om het fructosegehalte in voeding gericht op kinderen, te verminderen? Hoe zult u die afspraken afdwingen?

Bent u voorstander van vermageringsprogramma's of denkt u veeleer aan een systematische screening op leververvetting bij obese kinderen?

Kortom, welke maatregelen bent u van plan te nemen?

18.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, in 2016 werd een eerste overeenkomst gesloten met de voedingssector, inclusief de frisdrankproducenten, met daarin concrete verbintenissen om het gemiddeld energiegehalte in hun producten tegen het einde van 2017 met 5 % te verminderen.

Wij zijn momenteel opnieuw in overleg met de voedingssector en met de frisdrankproducenten over een

verdere energievermindering. Wij streven ernaar om concrete verbintenissen vast te leggen om het gemiddeld suikergehalte in producten tegen eind 2020 met nog eens 5 % te verminderen.

Er werd nog geen specifiek overleg rond fructose gevoerd met die sectoren, maar wij nemen dat mee. Het is wel iets wat ook in de voedingssector leeft. Recent hebben wij vernomen dat de kinderijssjes van een bepaalde producent nu suikervrij zouden zijn en tagatose zullen bevatten. Ik denk dat dat een goede tendens is.

Momenteel wordt het obese kind, dat wordt opgevolgd in het kader van een ambulante multidisciplinaire begeleiding voor gewichtsverlies, niet gescreend op leverbeschadiging. Men kan een echo doen, maar om een hepatologische diagnose te kunnen stellen, moet men een punctie doen. Die blijkt problematischer bij kinderen wat stolling betreft.

De preventie van obesitas bij kinderen gebeurt voornamelijk op het vlak van voedselvoorlichting, zowel in het gezin als op de school. Programma's voor preventie en promotie van gezonde voeding zijn essentieel in het kader daarvan. Het is dus van primordiaal belang dat ook de Gewesten en Gemeenschappen hun taak op het vlak van sensibilisering en voorlichting van de bevolking verzekeren, zodat kinderen al niet vanaf jonge leeftijd aan ernstige ziektes beginnen te lijden.

Op federaal niveau zet ik de hefboomen in die ik tot mijn beschikking heb. Naast het convenant doe ik onder andere ook mee aan acties zoals "Gezond eten op school". Voorts onderzoeken mijn diensten of het wenselijk is om een front-of-packlabel in te voeren in België dat de consument kan helpen bij een gezonde keuze.

Ten slotte zijn wij in gesprek met de voedingsindustrie over verantwoorde reclame en marketing van voedingsproducten gericht op kinderen. Het convenant bevat al een aantal afspraken daaromtrent.

De vrijwillige afspraken die daarover worden gemaakt, moeten een groter marktaandeel bestrijken en ook stringenter worden.

Dat maakt allemaal deel uit van een gezamenlijk plan van aanpak, waartoe ik in maart 2016, samen met mijn bevoegde collega's van de deelstaten, heb besloten in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Men gaat daar voort met de onderhandeling en de uitvoering.

Dat moet vrijwillig zijn, omdat producten smakelijk moeten blijven. Zo niet kopen de mensen veeleer buitenlandse producten met een daling van de consumptie van de eigen producten tot gevolg. Voor de volksgezondheid gaat het dan misschien de verkeerde weg op.

18.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord. Het antwoord gaat vooral over uw overeenkomst met de sector en de Interministeriële Conferentie. In het voorstel van resolutie van mevrouw Gerkens en mijzelf staan nog heel wat voorstellen die federaal kunnen worden opgenomen. Ik stel voor dat u en uw medewerkers ze eens grondig lezen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de Baha-toestellen" (nr. 15982)

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kostprijs van hoorapparaten" (nr. 16589)

19 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des appareils Baha" (n° 15982)

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le prix des appareils auditifs" (n° 16589)

De **voorzitter**: Mevrouw Jiroflée is afwezig.

19.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik stelde u hierover eerder al vragen. U verwees

toen naar de terugbetaling van een cochleair hoorimplantaat, maar een BAHA is iets helemaal anders. Zeker voor kindjes zonder trommelvlies en met een gesloten gehoorgang, zoals bij 18q-deletie, biedt enkel een BAHA een oplossing en een cochleair hoorimplantaat niet. U verwees toen ook al naar een project dat liep om te bekijken wat juist de hoge kostprijs bepaalt, of dat bijvoorbeeld door supplementen komt.

Mevrouw de minister, is dat project al afgerond en, zo ja, wat is eruit gebleken?

U stelde daarnaast dat de overeenkomstencommissie de terugbetaling beter wilde afstemmen op de indicatie en het technologisch niveau van het hoorapparaat. Wat is daar precies beslist?

Zoals ik al in de inleiding zei, een cochleair implantaat wordt wel volledig terugbetaald, maar een BAHA eigenlijk niet. Waarom is dat zo? Het valt ook onder de terugbetalingsregeling van de klassieke hoorapparaten, terwijl het toch iets helemaal anders is. Voor kindjes met een werkend middenoor biedt een BAHA trouwens net een veel betere en goedkopere oplossing dan een cochleair implantaat. Tot de leeftijd van vijf à zes jaar kan het op een softband worden geplaatst en daarna, als de schedel van het kindje dik genoeg is, kan het worden geïmplanteerd. Hoe dan ook is de kostprijs ervan ongeveer 12 000 euro voor beide kanten, waarvan slechts ongeveer 2 500 euro wordt terugbetaald. Ik heb het nagekeken. Ouders van een kindje met 18q-deletie staan in dat geval voor de keuze: bijna 10 000 euro ophoesten of hun kind zijn gehoor ontnemen, essentieel voor de ontwikkeling.

Waarom wordt slechts 2 500 euro van de 12 000 euro terugbetaald? U verwees in een vorig antwoord naar de supplementen, maar die kunnen toch geen 10 000 euro bedragen? Een processor heeft op zich een heel hoog prijskaartje, dat helemaal niet wordt gedekt door 2 500 euro.

18q-deletie is een zeldzame aandoening, maar er zijn wel wat aandoeningen waarbij de trommelvlies of de gehoorgang niet ontwikkeld zijn. Hoeveel mensen vragen eigenlijk een terugbetaling voor een BAHA? Hoe vaak worden deze toestellen geplaatst en terugbetaald, om in te schatten of de overheid de ruimte heeft om de terugbetaling op te trekken?

Tot slot, ik vind het raar dat kinderen met een middenoorproblematiek voor een cochleair hoorapparaat en ook voor een uitwendige spraakprocessor wel worden vergoed, terwijl kinderen met een gesloten gehoorgang niet. In de praktijk komt het er in beide gevallen op neer — zo zien mensen dat — dat de kindjes niet kunnen horen zonder het juiste hoorapparaat. Zij kiezen zelf niet welke aandoening zij hebben en of zij dus een CI of BAHA nodig hebben.

Erkent u dat verschil? Wat zult u daaraan doen?

19.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, mijn diensten kunnen momenteel de supplementen van enkel de BAHA-toestellen niet extraheren uit de globale cijfers van supplementen die nu beschikbaar zijn.

De Overeenkomstencommissie audiciens-verzekeringsinstellingen heeft in juli 2016 een limitatieve lijst van alle terugbetaalde hoortoestellen gepubliceerd en deze reeds geactualiseerd in december 2016. Deze lijst zorgt ervoor dat in de toekomst per toestel kan worden bekeken hoeveel supplement er betaald wordt voor alle toestellen afgeleverd na 1 oktober 2016.

Het project om de terugbetaling af te stemmen op de indicatie en het technologisch niveau loopt nog en wordt verder behandeld.

Gelet op de Europese richtlijn 93/42 dient de geluidsprocessor geclassificeerd te worden als een klasse IIa *medical device*. Deze hulpmiddelen behoren dus tot artikel 31 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en kunnen niet via regelgeving voor de implantaten worden vergoed.

In artikel 31 wordt een terugbetaling vastgesteld per afgeleverd hoortoestel, met een bijkomende terugbetaling per toestel met begeleiding, bijvoorbeeld een BAHA-toestel. Deze terugbetaling bedraagt momenteel, voor één oor, 1 145 euro voor kinderen en 651 euro voor volwassenen, met een bijkomende terugbetaling van 96 euro voor toestellen met begeleiding. Ik kom hierop meteen terug.

In 2015 werden er ongeveer 200 hoortoestellen met begeleiding terugbetaald.

De verschillende types van toestellen en implantaten hebben een verschillende functionaliteit en zijn ontwikkeld voor specifieke types van gehoorproblemen. Een BAHA is geschikt voor een persoon met een licht tot matig conductief gehoorprobleem, maar niet voor iemand die volledig doof is. Hierdoor zijn er verschillende criteria om in aanmerking te komen voor een specifiek type toestel.

Het is inderdaad moeilijk te begrijpen dat twee personen, met een op het eerste gezicht soortgelijk gehoorprobleem, daardoor voor een terugbetaling van een verschillend type van toestel in aanmerking kunnen komen. Zoals zonet uitgelegd, vallen hoortoestellen en BAHA's onder artikel 31 en worden de vergoedingen, supplementen en voorwaarden waaraan voldaan dient te worden, bepaald door de Overeenkomstencommissie audiciens-verzekeringinstellingen.

Voor de andere implantaten, de middenoorimplantaten en de cochleaire implantaten, worden de vergoedingen en de vergoedingsvoorwaarden voorgesteld door de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

Het gaat dus om twee verschillende trajecten voor de terugbetaling. De vergoedingsmodaliteiten voor beide regelgevingen zijn totaal verschillend. Bovendien moet elke commissie zich bij de vaststelling van de vergoedingsbedragen baseren op de budgettaire enveloppe die zij heeft.

U zegt dat het voor de mensen moeilijk te begrijpen is. Ik vind dat ook. Het gaat echter om twee verschillende commissies en twee verschillende manieren van terugbetaling. En het gaat zeker om verschillende indicaties. U hebt een punt, als u zegt dat het ene volledig wordt terugbetaald en het andere niet. Er is echter een andere geschiedenis aan verbonden. De BAHA is volgens mij recenter dan het andere. Mogelijk evolueert dit, maar er zullen toch twee verschillende trajecten blijven.

19.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt, mevrouw de minister. Het is goed dat u de problematiek erkent. De mensen die daarmee op het terrein geconfronteerd worden, zullen het zeker een opsteker vinden dat u uitlegt waarom een en ander in een andere vergoedingsprocedure is opgenomen.

Als ik het goed begrijp, maakt vooral de Europese richtlijn dat de BAHA niet vergoed kan worden zoals de andere implantaten. Het is blijkbaar op het verzekeringsoverleg met de audiologen dat moet worden nagegaan of de terugbetaling verhoogd kan worden. Aangezien ik u hoor zeggen dat het slechts om een tweehonderdtal patiënten gaat, moet dit dus wel mogelijk zijn. Ik begrijp dat u er als minister mee achter staat. Hopelijk zult u er ook mee voor ijveren.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 16000 van mevrouw Hufkens wordt omgezet in een schriftelijke vraag. De samengevoegde vragen nrs 16005 van mevrouw Somers en 16094 van mevrouw Van Peel worden omgezet in schriftelijke vragen. Vraag nr. 16025 van mevrouw Becq wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

20 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nachtspalen bij hallux valgus" (nr. 16033)

20 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les orthèses de nuit pour hallux valgus" (n° 16033)

20.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ook over deze kwestie stelde ik in het verleden al een vraag. Toen zei u dat de Overeenkomstencommissie orthopedisten-verzekeringinstellingen zou nagaan of alle prefab-orthesen uit artikel 29 van de nomenclatuur wel verantwoord zijn met het oog op terugbetaling en dat ze een en ander dus zou herevalueren op basis van de nieuwe wetenschappelijke inzichten in het kader van een project inzake prijstransparantie. Ook voor het redressieapparaat, dat onder andere wordt voorgeschreven bij hallux valgus, zou dat het geval zijn.

Is deze oefening al afgerond? Zo ja, wat zijn de bevindingen?

20.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de oefening die aan de gang is, gaat wat ruimer en kadert in het project prijstransparantie, waarin alle orthesen uit artikel 29 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen opnieuw onderzocht worden op basis van een wetenschappelijke onderbouwing. Het project voorziet ook in een nieuwe en correcte terugbetaling voor al

deze producten. Dit houdt in dat voor elk soort product naast een wetenschappelijke evaluatie ook prijsafspraken gemaakt moeten worden binnen de Overeenkomstencommissie. Ook moet er een oplistings worden gemaakt van alle betrokken producten op de Belgische markt.

Om dit systeem volledig in voege te laten treden, is de betrokken Overeenkomstencommissie de modaliteiten aan het uitwerken. Ook het RIZIV is aan het nagaan hoe de achterliggende systemen opgezet kunnen worden. Het werk gaat dus voort. Het gaat dus om meer dan enkel de problematiek van de nachtspalken bij hallux valgus.

20.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik begrijp dat de oefening nog aan de gang is. Ik zal hier later nog eens naar polsen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 16062 de Mme Katrin Jadin est transformée en question écrite.

Nous allons donner le temps d'arriver à M. Carcaci.

De vragen nr. 16149 van mevrouw Valerie Van Peel en nr. 16176 van mevrouw Nathalie Muylle worden omgezet in schriftelijke vragen. Les questions n° 16156 de M. Philippe Blanchart, n° 16180 de Mme Nathalie Muylle, n° 16124 de Mme Karin Jiroflée, n° 16248 de Mme Els Van Hoof et n° 16458 de Mme Anne Dedry, n° 16249 et n° 16250 de Mme Els Van Hoof, n° 16295 de Mme Anne Dedry, n° 16302 de M. Philippe Blanchart sont transformées en questions écrites.

Comme M. Daniel Senesael ne nous a rien dit, sa question n° 16306 est retirée.

La question n° 16326 de Mme Katrin Jadin est transformée en question écrite.

21 Questions jointes de

- **M. Vincent Scourneau à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le raccordement au '1733' pour les postes de garde de médecine générale en Brabant wallon" (n° 16328)**

- **M. David Clarinval à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le transport médical urgent" (n° 17167)**

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente" (n° 17173)**

21 Samengevoegde vragen van

- **de heer Vincent Scourneau aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het koppelen van het nummer 1733 aan de huisartsenwachtposten in Waals-Brabant" (nr. 16328)**

- **de heer David Clarinval aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het dringend ziekenvervoer" (nr. 17167)**

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dringende medische hulp" (nr. 17173)**

21.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, les services ambulanciers actifs dans l'aide médicale urgente ont manifesté devant votre cabinet le 10 mars dernier pour dénoncer le manque de moyens mis à disposition du secteur. L'Association professionnelle belge des services d'ambulances, la Fédération royale des Corps de Sapeurs Pompiers de Belgique et la Brandweervereniging Vlaanderen dénoncent notamment le fait que les montants forfaitaires actuels sont trop peu élevés pour couvrir les frais réels engendrés par le véhicule, le carburant, le matériel de soins utilisé et la présence obligatoire de deux ambulanciers-secouristes diplômés en permanence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ils ont également invoqué le problème des factures impayées qui ne sont remboursées qu'en partie par le Fonds AMU. Les manifestants ont demandé que vous souteniez l'avis émis par le Conseil national des secours médicaux d'urgence, avec une attention spéciale à accorder au volet financement.

Dans cet avis de janvier 2017, le Conseil national des secours médicaux d'urgence a émis six recommandations sur le financement, sur les différents volets du financement, sur les tickets modérateurs, sur la création d'un fonds, sur les sources extérieures de financement et sur les synergies. Je ne les citerai pas ici. Elles figurent dans la question qui vous a été transmise.

Madame la ministre, pouvez-vous nous éclairer sur les échanges menés lors de cette rencontre? Quels sont les engagements que vous avez pris par rapport à leur demande de soutenir les recommandations émises par le Conseil national des secours médicaux d'urgence, au mois de janvier?

21.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chère collègue, pour ce qui concerne le déploiement du 1733 au niveau national, les nouveaux cercles de médecins généralistes et les nouvelles zones de garde devraient, en principe, avoir la possibilité de se joindre au système, à partir de l'automne 2017.

21.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, n'y a-t-il pas une confusion dans vos réponses? Ma question porte sur les services ambulanciers.

Ma question a été jointe à celle sur le 1733, mais comme son auteur n'est pas présent, celle-ci devient sans objet. Cela dit, ce n'est pas très grave. Continuez votre réponse, madame la ministre.

21.04 Maggie De Block, ministre: Les nouveaux cercles de médecins généralistes et les nouvelles zones de garde devraient en principe avoir la possibilité de se joindre au système dès l'automne 2017. Pour savoir à quel moment le poste de garde pourrait le faire, il faut d'abord attendre que le poste de garde réponde à tous les critères qui seront précisés dans les prochains mois. Comme vous le savez, le transport non urgent relève des compétences des entités fédérées. Cet accord a été conclu au sein de la Conférence interministérielle cette semaine-ci avec le consentement de toutes les entités fédérées. Je tiens à préciser qu'actuellement, seules les ambulances agréées dans le cadre du 112 sont autorisées à utiliser une sirène et des gyrophares et, en ce sens, l'accord est en fait une mise en œuvre de la réglementation existante selon laquelle l'utilisation de gyrophares et de sirènes est réservée au transport urgent uniquement.

L'accord prévoit aussi une nouvelle catégorie de véhicules intermédiaires: les ambulances chargées essentiellement du transport non urgent et qui, occasionnellement, sont utilisées dans le cadre du 112. Elles auront désormais leurs propres caractéristiques extérieures et devront respecter les procédures et répondre aux critères relatifs à la qualité et à la tenue requise dans un cadre de système 112. Elles devront également disposer d'une autorisation pour exploiter ce type de véhicules.

Mes collaborateurs ont développé un plan relatif à l'aide médicale urgente. Celui-ci met l'accent sur deux piliers:

- d'abord sur une programmation garantissant aux citoyens que, dans 90% des cas, une des ressources de l'aide médicale urgente apte à prester des actes de *advanced life support*, sera sur place dans les 15 minutes;
- une réforme de financement des ambulances avec pour fer de lance une augmentation du financement des permanences.

Comme je l'ai déjà dit, ce dossier nécessite de demander un budget au Conseil des ministres de concert avec mon collègue M. Jan Jambon, ministre de l'Intérieur. Ce plan est entièrement basé sur les avis du Conseil national de secours médicaux d'urgence. Je tiens à souligner que les services d'ambulance ne sont pas venus protester mais qu'ils sont venus témoigner de leur soutien à ce plan. Ils avaient des lettres pour tous les vices-premiers ministres et leurs cabinets. Ils étaient très gentils et n'ont pas allumé leurs sirènes lors de mes interviews. Cela en dit assez, je crois, sur leurs motivations!

Ils ont été aussi consultés pendant tous les travaux réalisés.

J'ai également abordé le problème du sous-financement de l'aide médicale urgente auprès des partenaires du gouvernement afin de pouvoir libérer les moyens nécessaires pour financer ce plan. Mais il faut dire que c'est un secteur qui a été sous-financé pendant des années et des années. Dans la réforme des services d'incendie, on n'a pas tenu compte, à ce moment-là, des aspects santé publique et aide médicale urgente, cette dernière étant selon moi déplorable. C'est aussi un dossier dont j'ai hérité mais on va essayer de trouver des moyens. On a un plan mais il faut des moyens.

21.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie.

C'est un enjeu extrêmement important, à savoir garantir la rapidité et la qualité de la prise en charge. Le cœur de la demande est donc bien d'avoir un financement, non pas de luxe car telle n'est pas leur demande, mais un financement correct pour assurer cette qualité et cette rapidité de prise en charge.

À cet égard, il est tout de même intéressant de comparer et voir que la même aide médicale urgente est prise en charge par les ambulances aux Pays-Bas. Elle y est dix fois plus chère. En Belgique, pour une mission de dix kilomètres, on peut facturer un peu plus de soixante euros. Aux Pays-Bas, rien que le fait de démarrer l'ambulance produit une facture de six cents à sept cents euros. Cette comparaison est interpellante.

Vous allez faire la demande d'un financement complémentaire au gouvernement. Pouvez-vous déjà nous donner un délai? Ce n'est pas pour moi mais pour relayer les informations aux services ambulanciers? Est-ce que ce sera avant le prochain ajustement ou dans le cadre de celui-ci?

21.06 Maggie De Block, ministre: Dans le cadre du prochain ajustement.

21.07 Catherine Fonck (cdH): Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la logopédie" (n° 16086)**

- **M. Aldo Carcaci à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des frais de soins en logopédie pour un enfant handicapé de type 2" (n° 16697)**

22 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "logopedie" (nr. 16086)**

- **de heer Aldo Carcaci aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van logopedie voor een gehandicapt kind dat onderwijs type 2 volgt" (nr. 16697)**

22.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'aimerais refaire le point par rapport à la logopédie. Il y a un an, le 7 mars 2016, les unions professionnelles des logopèdes et les organismes assureurs ont signé une convention. Cette convention prévoit de nombreuses mesures. Un an plus tard, je voudrais faire le point sur ces mesures.

Il y avait un volet sur une réforme de la nomenclature avec l'introduction du *locked-in syndrome*, les codes de nomenclature de guidance parentale et les normes concernant la flexibilité. Où en est-on? Il y avait un volet sur l'intervention financière de l'INAMI à l'utilisation d'un logiciel homologué, donc une prime télématique. Où en est-on? Quelles sont les conditions pour en bénéficier? Quel est le calendrier de travail? Il y avait un volet sur une modification de l'arrêté royal du 20 octobre 1994 pour qu'un bilan puisse être réalisé par un logopède sans prescription d'un médecin, ce qui était un non-sens, je trouve, d'abord et avant tout pour les enfants mais parfois les adultes, et donc les familles concernées et l'État puisque ça demandait une consultation supplémentaire. Cela coûtait donc plus cher à tout le monde. Reviendra-t-on là-dessus?

Il y avait un volet sur l'estimation chiffrée de l'impact budgétaire sur les dépenses de logopédie par rapport aux effets du vieillissement de la population. Cette étude a-t-elle été lancée au niveau du SPF? Enfin, il y avait également un volet sur des solutions à apporter par rapport à la pléthore de logopèdes. Merci d'apporter différentes réponses à ces questions.

22.02 Aldo Carcaci (PP): Madame la présidente, madame la ministre, un enfant handicapé de type 2 doit fréquenter l'enseignement spécial pour son épanouissement.

Il n'a droit à un encadrement médical spécialisé que pendant cinq ans.

Les infrastructures scolaires sont bien souvent mal adaptées et les différents types de handicap sont mélangés, notamment le type 2 et le type 3, ce qui n'est déjà pas favorable à leur développement.

Les transports scolaires sont mal gérés également dans le sens où la prise en charge de l'enfant ne peut se faire que vers l'établissement scolaire spécialisé le plus proche, même si celui-ci n'est pas le premier choix des parents.

De plus, les frais de logopédie ne sont pas remboursés, alors que pour des enfants non reconnus

handicapés type 2, ils le sont.

Madame la ministre, pourquoi ne rembourse-t-on pas les frais inhérents aux soins de logopédie?

22.03 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, monsieur Carcaci, les dispositions prévues par la convention ont, en effet, été transposées dans un arrêté royal du 20 février 2017 et entrent en vigueur le 1^{er} avril 2017. Le *locked-in syndrome* a été ajouté à la nomenclature en tant que nouveau trouble à part entière. Le patient atteint de ce syndrome peut obtenir une intervention de l'assurance soins de santé dans un traitement logopédique à raison de 150 séances de traitement au cours de la première année et 100 séances pour chacune des années suivantes sans limitation dans le temps.

La guidance parentale permet, pour certains troubles, de puiser un nombre de séances dans le quota global accordé, à concurrence de 10 séances individuelles ou collectives, ou de les affecter à des séances en présence des personnes chargées de l'éducation de l'enfant, auxquelles l'accord de traitement a été donné évidemment et ce, pour leur enseigner les stratégies spécifiques d'intervention ciblée pour soutenir et augmenter l'efficacité du traitement logopédique de l'enfant.

Les normes concernant la flexibilité se réfèrent en fait à la possibilité de traiter des rechutes pour certains des troubles de la nomenclature, c'est-à-dire pour conserver un certain nombre de séances puisées dans le quota global accordé pour le trouble à concurrence de maximum 30 % de ce quota et d'utiliser ces séances après la fin de la durée totale maximale de traitement, tel que prévu par la nomenclature. Cette rechute doit être traitée dans un délai qui commence six mois après la fin du traitement et se termine deux ans après cette fin. Il ne s'agit donc pas, à proprement parler, d'un allongement de la période de traitement actuellement prévue – deux ans pour la plupart des troubles – mais d'une période supplémentaire postérieure à la fin de cette période normale.

L'octroi de la prime télématique est, en effet, demandé dans le cadre de la convention mais n'a pas encore fait l'objet de négociations approfondies au sein de la Commission de convention et un calendrier n'est pas fixé pour aborder cette question. Par contre, l'octroi d'un régime d'avantages sociaux, appelé "statut social", aussi prévu par cette convention, a fait l'objet de la publication d'un arrêté royal du 27 novembre 2017 et est d'application à partir de l'exercice 2016.

La suppression de l'obligation de prescription préalable du bilan initial reste une demande de la commission et implique une modification, par le SPF Santé publique, de l'arrêté royal du 20 octobre 1994.

À titre transitoire, la nouvelle version de la nomenclature en vigueur à partir du 1^{er} avril 2017 prévoit que cette prescription de bilan puisse être établie par un médecin généraliste et non plus obligatoirement par un spécialiste, afin de simplifier la procédure administrative de demande d'interventions, dans la mesure où il était parfois plus difficile d'obtenir un rendez-vous chez une spécialiste que chez un généraliste. Mais cela ne concerne que le bilan. La prescription du traitement logopédique à proprement parler reste de la compétence du médecin spécialiste.

Vous savez qu'il existe des listes d'attente de deux ans ou plus pour qu'un enfant puisse faire l'objet d'un bilan. Cette situation est très interpellante. En effet, avant de définir un traitement, un bilan est toujours nécessaire. Le médecin généraliste est également en mesure de faire ce bilan. Les listes sont connues. Je pense qu'il aura plus de temps...

22.04 Catherine Fonck (cdH): (...)

22.05 Maggie De Block, ministre: Non, il faut passer par le généraliste.

22.06 Catherine Fonck (cdH): (...) L'arrêté sera modifié et on continuera à passer par le généraliste.

22.07 Maggie De Block, ministre: C'est cela!

En ce qui concerne les effets du vieillissement de la population sur les dépenses de logopédie, l'étude n'a pas encore été réalisée, mais cela reste une préoccupation de la Commission de conventions entre les logopèdes et les organismes assureurs.

La commission précitée m'a adressé des courriers exposant la problématique liée à la pléthore de

logopèdes. Elle est d'avis que cette problématique doit aussi être envisagée sur le plan de l'enseignement qui forme les futurs logopèdes qui relève de la compétence des entités fédérées. Dès lors, des réunions de concertation avec celles-ci ont déjà eu lieu. Mais des mesures concrètes n'ont pas encore été définies.

J'en arrive ainsi à la question de M. Carcaci. Cher collègue, je vais vous envoyer une copie des réponses très techniques que j'ai données lors de la discussion du budget. Le problème n'existe pas seulement du côté francophone. Une modification a, en effet, été apportée. Ainsi, les enfants suivant leur scolarité dans une école normale, peuvent, maintenant, bénéficier d'un traitement logopédique et kinésithérapeutique.

Auparavant, c'était dans l'enseignement spécial, où ces prestations étaient parfois incluses. Je vous ferai parvenir la réponse.

22.08 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Tel est le souci quand on dépose une question en janvier et que la réponse est donnée fin mars. Entre-temps, l'arrêté royal est sorti. Tant mieux! J'irai lire cet arrêté royal.

22.09 Maggie De Block, ministre: N'avez-vous pas un avertisseur qui vous annonce la publication de chaque nouvel arrêté royal?

22.10 Catherine Fonck (cdH): Je commençais à trouver le délai long. J'avais été appelée par quelques logopèdes. Je me suis donc dit qu'il serait bon de remettre un petit coup de pression. Peut-être cela a-t-il poussé à activer les choses... Je plaisante...

Je me réjouis de la publication de cet arrêté.

En ce qui concerne la guidance parentale, associer les parents pour assurer une continuité du traitement au quotidien est une bonne chose. J'estime que la même réflexion pourrait être appliquée en milieu scolaire.

Vous vous rappellerez que j'avais un peu insisté sur la prise en charge de la logopédie en milieu scolaire. Associer les enseignants pourrait également apporter une plus-value, d'autant plus que les enfants qui connaissent des problèmes de logopédie présentent d'autres "dys" associés (dyslexie, etc.).

Enfin, en ce qui concerne le régime transitoire, il est urgent d'agir. Il y a de nombreux enfants en attente pour consulter un ORL. Je suis contente que ce soit le 1^{er} avril. C'était indispensable, car la situation était catastrophique. On prenait un retard énorme et on repoussait des prises en charge de logopédie, ce qui est évidemment néfaste pour tous.

22.11 Aldo Carcaci (PP): Madame la ministre, je vous remercie. Malgré cette longue attente, je suis ravi que l'huissier me transmette la réponse déjà donnée au préalable. N'étant pas membre de cette commission, j'ignore ce qu'il s'y passe: les questions qui ont déjà été posées et auxquelles une réponse a été apportée. Veuillez m'en excuser! Aucun signal n'avertit qu'une question est posée. On aurait pu aller repêcher votre réponse. Je vous remercie de prendre la peine de m'envoyer la réponse.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

23 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toepassing van artikel 81 van het koninklijk besluit van 21 december 2001" (nr. 16335)

23 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'application de l'article 81 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001" (n° 16335)

23.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik stelde eerder al vragen over de artikel 81-procedure. Ik begrijp wel dat we hierover niet altijd alle details kunnen krijgen. Het blijft toch iets ontransparant. Ook het antwoord op mijn vraag hierover riep bij mij meer vragen op dan het oploste.

Het verslag van het Rekenhof waarschuwt ervoor dat het budget dreigt te ontsporen door de toepassing van dit artikel. Als ik het goed begrijp, wordt artikel 81 heel vaak ingeroepen voor middelen waarvan de CTG aangeeft dat ze een meerwaarde hebben, maar nogal duur zijn. Dat laat dan de ruimte om, bijvoorbeeld binnen de portefeuille van een firma, na te gaan welk ander middel in prijs zou kunnen dalen om de

prijsstijging in het budget voor het nieuw terugbetaalde geneesmiddel te compenseren.

Ik heb de gegevens opgevraagd, maar die waren mij niet geheel duidelijk. Zijn er ook andere vormen van artikel 81? Hoe gaat dat dan precies in zijn werk?

Wordt bij de waarschuwing van het Rekenhof rekening gehouden met de prijsdalingen die vaak worden afgesproken voor een ander geneesmiddel? Als dit mee in rekening wordt gebracht, waarom waarschuwt het Rekenhof dan voor een ontsparing van de budgetten?

Hoe staat het met de hervorming van de CTG, die u eerder hebt aangekondigd? Ik had begrepen dat een van de aspecten daarin een versoepeling van de artikel 81-procedure inhield. Klopt dat? Waarom zou die procedure nog versoepeld worden?

Ik vind het heel vreemd dat de mutualiteiten bijna de helft van de zetels hebben in de CTG. Wat hebben zij eigenlijk te maken met wetenschappelijke gegevens over kosten-batenanalyses? Het zijn toch gezondheidseconomen, wetenschappers, die daarin vertegenwoordigd moeten zijn. Waarom zitten de mutualiteiten daarin? Hebt u plannen om hen daaruit te schrappen?

23.02 Minister **Maggie De Block**: Wanneer een geneesmiddel in een artikel 81-procedure terechtkomt, zijn er verschillende mogelijkheden. Er kan inderdaad een prijsdaling doorgevoerd worden, ofwel voor het geneesmiddel zelf, ofwel voor een ander geneesmiddel uit de portfolio van het farmaceutisch bedrijf.

Het gaat dan om dalingen van de faciale publieke prijs. Vaak echter wenst het bedrijf zijn faciale prijs te behouden, bijvoorbeeld om redenen van prijszetting in andere Europese landen. In dat geval kan er gekozen worden voor andere budgettaire compensatiemechanismen waarbij het bedrijf een confidentiële terugstorting doet.

Dit budgettaire compensatiemechanisme kan verschillende vormen aannemen, zoals een storting aan het Instituut van een percentage van de omzet, gerealiseerd door de betrokken specialiteit in België, moduleerbaar in functie van deze omzet en/of van de ingeschatte omzet.

Ofwel een storting aan het Instituut van een bedrag dat overeenstemt met het geheel of een gedeelte van het verschil tussen de voorziene uitgaven en de werkelijke uitgaven voor het betrokken geneesmiddel. Als er een nieuw geneesmiddel komt, zegt men altijd door hoeveel personen het gebruikt zal kunnen worden, en hoeveel het bijgevolg zal kosten. Herinnert u zich de hepatitis-C-terugbetaling: het zou toen om 800 mensen gaan, maar uiteindelijk zijn wij gestrand op 1 500.

Het kan ook gaan om een vermindering van de vergoedingsbasis voor andere geneesmiddelen die door dezelfde aanvrager in de handel worden gebracht.

Het kan ook gaan om een storting aan het Instituut van het verschil tussen de voorgestelde basis van tegemoetkoming en de waarde, overeenstemmend met de evaluatie van de criteria, voor de verpakkingen die vergoed werden in de loop van de overeenkomst; of om elke andere modaliteit ten laste van de aanvrager die toelaat de uitgaven te beperken. Soms doen zij ook zelf voorstellen.

Het kan ook gaan om een combinatie van de bovenvermelde modaliteiten.

Op dit ogenblik wordt in de communicatie van de uitgaven en terugstortingen in het kader van artikel 81 geen rekening gehouden met de prijsdalingen. Voor een volledige therapeutische geneesmiddelenklasse, terugbetaald via artikel 81, worden contracten opgesteld die tot doel hebben de kosten voor de hele klasse te beheersen. Verder wordt op dit niveau van de begroting vanaf 2017 het principe van het netto farmaceutisch budget toegepast.

Zo wordt in 2017 bij het nettobudget voor de farmaceutische specialiteiten ook rekening gehouden met de 238 miljoen euro aan terugstortingen voor artikel 81-contracten. Door de invoering van het voorschottensysteem in 2017 zal in 2017 ook 56 miljoen euro extra teruggestort worden. Dit bedrag is inbegrepen in die 238 miljoen euro.

Dat is om het transparanter te maken als we spreken over het budget.

Een wijziging van het KB dat de terugbetalingsprocedures voor geneesmiddelen regelt, is gepland voor oktober 2017. Eén van de wijzigingen bestaat erin dat de minister de mogelijkheid zal hebben om na een negatief advies van de CTG aan een bedrijf voor te stellen om een contractprocedure op te starten. Deze mogelijkheid is voor uitzonderlijke situaties voorbehouden, en stelt de minister in staat om een overeenkomst te vinden of trachten te onderzoeken.

Ten slotte was er uw vraag waarom vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen binnen de CTG gerechtvaardigd zijn. Het gaat niet alleen om de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, het gaat ook om wetenschappers, zoals u zegt. Zij zijn medebeheerders van het gezondheidszorgsysteem en ze zijn ook vertegenwoordigers van de patiënten. Het is ook in de wet bepaald dat zij daardoor vertegenwoordigd zijn binnen de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

23.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat was zeer duidelijk, dank u.

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

24 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van het pneumokokkenvaccin" (nr. 16338)

24 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du vaccin contre le pneumocoque" (n° 16338)

24.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Er zou in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) gediscussieerd zijn over een aanvraag tot terugbetaling van een vaccinatie voor pneumokokken. Maar daar zou de algemene terugbetaling afgewezen zijn, omdat een en ander niet kostenefficiënt is. Een terugbetaling zou dan weer wel mogelijk zijn voor bepaalde doelgroepen, bijvoorbeeld voor ouderen.

Hoever staat het met die discussie?

Wanneer wordt er voor welke doelgroepen in een terugbetaling voorzien?

24.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, ten eerste moeten we een onderscheid maken tussen de vaccinatie van kinderen en die van volwassenen. Voor de kinderen is de vaccinatie tegen pneumokokken gerealiseerd in het kader van de programma's voor gratis vaccinaties op het niveau van de Gemeenschappen. Die worden uitgevoerd door Kind en Gezin en door het Office de la Naissance et de l'Enfance in de Franse Gemeenschap.

Voor de vaccinatie voor de volwassenen is nog geen enkel vaccin terugbetaald door het RIZIV. In België worden twee vaccins aanbevolen tegen pneumokokken bij oudere mensen, namelijk de polysaccharidevaccins en de samengestelde vaccins. Het gespecialiseerde Pneumo 23, of het polysaccharidevaccin waarin zich 23 serotypes bevinden, zat in een evaluatieprocedure door de CGT in 2011. De verantwoordelijke firma heeft die aanvraag teruggetrokken voordat de toenmalige minister van Sociale Zaken een beslissing kon nemen over de terugbetaling ervan.

Ondertussen heeft de firma geen aanvraag voor Pneumo 23 meer gedaan.

Anderzijds is er het geconjugeerde vaccin Prevenar 13. Dat is de enige specialiteit die in Europa is goedgekeurd bij de volwassenen. Die heeft meer recent ook een evaluatie gekregen door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Op basis van het advies, dat ik heb gekregen van de CTG, werd in juni 2016 beslist om Prevenar niet in te schrijven op de lijst van de terugbetaalde geneesmiddelen. De resultaten qua effectiviteit bij oudere mensen waren niet overtuigend. Er werd een farma-economische studie uitgevoerd door het KCE, die de vaccinatie tegen pneumokokken bij oudere mensen evalueert.

Het advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen luidde om te wachten op de aanbevelingen van het KCE voor het eventueel vaccineren van risicogroepen in plaats van alle ouderen. De studie van het KCE werd gepubliceerd in oktober 2016 en de conclusie luidt dat geen enkel van de twee vaccins zijn effectiviteit bewezen ziet bij personen die ouder zijn dan 80 of 85 jaar, en evenmin bij personen met een verhoogd risico op infectie. Kortom, het ene vaccin is niet beter dan het andere wat de klinische impact betreft.

Het rapport van het KCE onderstreept ook nog dat de 11 serotypes, present in het PPV23 en afwezig in het PCV13 nu eigenlijk 42 % van de invasieve ziekten vertegenwoordigen en 24 % van de longontstekingen die niet invasief zijn.

Als Prevenar toegediend wordt aan een patiënt, moet ook nog een vaccinatie volgen met PPV23, omdat de patiënt anders niet volledig is beschermd tegen alle serotypes.

De Hoge Gezondheidsraad heeft in 2014 een ander advies gegeven, namelijk om eerst PCV13 te geven, gevolgd door PPV23 met acht weken interval. Dat moet worden gegeven aan alle gezonde personen tussen 65 en 85 jaar, aan personen tussen 50 en 85 jaar die een comorbiditeit vertonen en aan personen tussen 19 en 85 jaar met een verhoogd risico.

Er zijn dus veel aanbevelingen, maar tot nu toe is in geen enkele terugbetaling voorzien voor een of ander vaccin tegen de pneumokokken. Om een medicijn terugbetaald te krijgen, moet de firma die het product commercialiseert in België, een aanvraag indienen bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Tot nu toe is er nog geen procedure opgestart voor een vaccin tegen pneumokokken.

Ik meen dat dit nog een vervolg zal krijgen. Wij wachten af. Het is ook niet duidelijk hoe wij beide adviezen met elkaar kunnen laten sporen, want ze gaan een tegenovergestelde kant op.

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen zou zelf kunnen beslissen om de terugbetaling aan te raden, maar wij wachten beter af tot er wetenschappelijk uitsluitsel komt over het te volgen schema en de doelgroep.

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

24.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijn vraag nr. 16339 mag worden omgezet in een schriftelijke vraag.

La **présidente**: La question orale n° 16381 de Mme Katrin Jadin est retirée.

25 Questions jointes de

- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la concrétisation de la loi relative aux soins palliatifs" (n° 16434)**

- **Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'élargissement de la définition des soins palliatifs" (n° 16573)**

25 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de concrete tenuitvoerlegging van de wet betreffende de palliatieve zorg" (nr. 16434)**

- **mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verruiming van de definitie palliatieve zorg" (nr. 16573)**

25.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, en juin dernier, nous avons adopté une loi qui élargit le statut du "patient palliatif" et différentes mesures doivent être prises pour la concrétiser.

Dorénavant, les soins palliatifs sont prodigués dès le moment où le patient est identifié comme palliatif jusqu'à et y compris la phase terminale. Les soins palliatifs peuvent également être entamés alors que des traitements sont déjà en cours, jusqu'aux soins liés pour les proches et aidants proches jusqu'après le décès. Idéalement, le recours aux soins palliatifs se fait de façon progressive, en fonction des besoins et souhaits en matière de soins, quelle que soit l'espérance de vie.

La loi prévoit que "le Roi fixe les modalités de mise en oeuvre des directives scientifiques appliquées tant pour l'identification du malade comme palliatif que pour l'évaluation des souhaits et des besoins en matière de soins".

Fin 2016, lors des débats de la note de politique générale et du budget 2017, vous avez rappelé la décision prise de demander un avis à la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs et ce, à la suite des résultats de l'étude PICT. La Cellule s'est engagée à formuler, dans un cadre budgétairement neutre, des propositions pour la mise en oeuvre de l'outil PICT ainsi que pour l'optimisation des soins palliatifs, selon le statut du patient.

Dans cette demande d'avis, une attention spécifique a également été demandée à la planification préalable des soins. Une fois que cet avis aura été fourni par la Cellule, les propositions pourront être analysées par l'INAMI.

Certains aspects des soins palliatifs peuvent certainement faire partie intégrante des soins de santé. En ce sens, il est donc recommandé que la définition des soins de santé y réponde. Les soins palliatifs vont cependant bien au-delà des seuls soins de santé puisqu'ils nécessitent une approche holistique.

Madame la ministre, existe-t-il un timing défini de manière concrète afin que nous puissions prendre connaissance des avis de la Cellule fédérale?

Le forfait palliatif de deux fois un mois dans la période de décès attendu dans les trois mois au domicile est toujours bien d'application. Quand les modifications de suppression de délai peuvent-elle être attendues? Cette disposition pourra-t-elle entrer en vigueur avant celle relative aux différentes phases qui pourraient être organisées dans le suivi du patient?

A-t-on déjà des informations sur les augmentations de patients qui résulteraient de la suppression des délais antérieurs au décès et des adaptations de personnel qui seraient nécessaires?

Existe-t-il une organisation des transferts entre le fédéral et les Régions des subventions des plates-formes et des cellules de soutien en soins palliatifs, en lien avec les modifications envisagées dans le statut des "patients palliatifs" et des soins qui y sont accordés?

25.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, étant donné que la question de Mme Van Hoof était jointe, je répondrai en néerlandais à ce qui a été demandé en néerlandais.

Op 23 december 2016 is er een advies gekomen van de federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg betreffende het vroegtijdig detecteren van potentiële palliatieve patiënten en het voorstel om de Palliative Care Indicator Tool (PICT) te gebruiken.

Op 27 februari 2017 is er ook het bijkomende advies gekomen over vroegtijdige zorgplanning. Het vertrekpunt is dat we aan de hand van deze zorgplanning willen bepalen wat de therapeutische doelstellingen zijn op basis van de waarden en prioriteiten van de patiënt. Het gaat dus om een proactieve en anticiperende manier van werken waarbij het makkelijker zal zijn om beslissingen te nemen, de zorgtevredenheid te verbeteren, onnodige behandelingen te vermijden en zo ook emotionele chaos bij patiënten en hun naasten te voorkomen.

Nous sommes en train d'examiner ces deux avis, étant donné les implications importantes liées à leur mise en œuvre. Dans le cadre de l'assurance obligatoire en matière de soins de santé, il convient de procéder à de nombreuses adaptations. En outre, sur le statut palliatif, il faut changer certains points dans la nomenclature mais il y a aussi le forfait palliatif, etc.

Tant que la décision relative à l'utilisation de ces instruments et que les modalités techniques ne seront pas au point, évidemment, le forfait palliatif actuel restera d'application. La compétence des plates-formes ainsi que des équipes palliatives a été transférée aux entités fédérées. Dès que je me serai prononcée sur la base de l'avis de la cellule fédérale en ce qui concerne la modalité de prise en charge des patients palliatifs, je vais mettre ce point à l'agenda de la commission interministérielle. Il y en a eu une cette semaine-ci. La prochaine est prévue pour le 3 juillet, donc encore avant les vacances. Après, ce sera septembre et décembre. En Santé publique, nous en avons quatre par an. Certaines n'ont pas été réunies. On va essayer de travailler aussi vite que possible mais j'espère que ce sera pour le 3 juillet, sinon ce sera pour septembre.

25.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): J'espère qu'on pourra avancer rapidement dans la concrétisation mais en tenant évidemment compte de toutes les parties.

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

26 Questions jointes de
- M. Éric Massin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit sur les maisons

médicales" (n° 16542)

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres médicaux" (n° 16633)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les maisons médicales" (n° 17161)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maison médicale de Menin" (n° 17483)

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le centre de santé de première ligne 'De Piramide' à Menin" (n° 17498)

26 Samengevoegde vragen van

- de heer **Éric Massin** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de audit over de wijkgezondheidscentra" (nr. 16542)

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de medische centra" (nr. 16633)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wijkgezondheidscentra" (nr. 17161)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het wijkgezondheidscentrum in Menen" (nr. 17483)

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het eerstelijnsgezondheidscentrum (ELG) De Piramide in Menen" (nr. 17498)

26.01 **Éric Massin** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le secteur des pratiques forfaitaires a connu un important développement ces dix dernières années. Plus de 300 000 patients bénéficient de soins de première ligne dans des équipes ayant opté pour ce mode de financement, soit 3 % de la population belge.

Dans le cadre des mesures d'économie en matière de soins de santé, le gouvernement a décidé de faire sept millions d'euros d'économies pour les futures maisons médicales au forfait.

Vous avez cependant exposé, le 16 décembre 2016, lors de la discussion du budget, que les nouveaux projets de maisons médicales qui avaient été déposés avant le 8 octobre 2016 seraient encore traités par le groupe de travail permanent chargé de ces dossiers à l'INAMI. Pour les autres, vous avez décrété un moratoire afin, avez-vous dit, de réaliser un audit du secteur.

Vous imaginez bien que des craintes sont exprimées concernant le fait que le modèle des maisons médicales existant aujourd'hui pourrait être totalement remis en question. Or ce secteur, qui développe un modèle de soins global et pluridisciplinaire, a démontré son efficacité en termes tant de santé publique que de lutte contre les inégalités.

Madame la ministre, pourriez-vous nous expliquer quels sont les objectifs précis de cet audit? Quelle sera la composition du groupe de travail en charge dudit audit? Les acteurs de la commission chargée de l'application de la réglementation relative au paiement forfaitaire de certaines prestations seront-ils impliqués dans cet audit?

Ma question ayant été déposée voici déjà un certain temps, pouvez-vous me préciser si cet audit a déjà commencé? Selon certaines sources, il devrait être finalisé à la fin du mois de juillet 2017. Confirmez-vous cette échéance?

Quelle sera la prochaine étape? Sous quelles conditions de nouvelles maisons médicales pourraient-elles ouvrir à partir de juillet 2017? Peut-on s'attendre à la fin des pratiques au forfait dans les maisons médicales?

26.02 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai une question très spécifique. Vous avez appliqué un moratoire et un audit avec un projet d'évaluation. Je veux vous interroger sur un cas très précis. Il s'agit d'une maison médicale. Je vais vous l'expliquer, vous ne pouvez pas ne pas le savoir, d'autant que l'actualité est explosive en la matière.

Madame la ministre, l'Open Vld de la commune de Menin a publié un tract, un pamphlet dirigé contre la demande d'installation d'une maison médicale sur sa commune. Je ne veux pas croire que vous ne l'ayez pas à votre disposition. Les extraits sont incroyablement virulents, puisque ce tract affirme que les maisons

médicales portent atteinte à la liberté de choix des patients et des prestataires. Le tract dit:

“Minister De Block heeft terecht beslist om het systeem van ELG’s af te bouwen.” Af te bouwen!

Je continue: "la gratuité" – quelle gratuité? – "le financement forfaitaire est néfaste pour les finances publiques et contraire au principe de responsabilité". "Il s'agit d'une concurrence déloyale pour les prestataires à l'acte". "Moins de médecins viendront s'installer dans la commune de Menen" et "les maisons médicales attirent des personnes pauvres dans une commune".

Madame la ministre, comme j'ai déposé ma question depuis un petit temps, je pensais vous interroger sur ce tract de l'Open Vld. J'espérais que vous alliez me dire que vous ne confirmez pas que vous allez démanteler le système de centres de soins de première ligne et donc des maisons médicales et que vous alliez clairement vous mettre en faux par rapport au contenu de ce véritable pamphlet.

Mais cette semaine-ci est pleine d'actualité, puisque ce 20 mars 2017, ce dossier de la maison médicale La Pyramide est passé. Il a été présenté ce lundi 20 mars 2017 pour avis au Comité de l'assurance. Une étude extrêmement profonde de ce dossier a été faite car des plaintes avaient été déposées par des prestataires à l'acte. Suite aux différentes réactions des uns et des autres, ce dossier a été étudié avec soin par les organismes assureurs. Il ne concerne absolument pas le moratoire, puisque le dossier a été déposé avant la date fixée par vous-même du moratoire.

Les organismes assureurs ont finalement estimé pouvoir accorder, sur des bases sérieuses, leur accord d'agrément. Là, branle-bas de combat, puisque M. Bert Winnen, commissaire du gouvernement, a décidé d'appliquer le veto, votre veto, sur ce dossier, non pas sur la base des éléments clairement identifiés et qui permettaient aux organismes assureurs de donner leur accord d'agrément, mais sur la base de l'article 52. C'est du jamais vu! Ce n'est jamais arrivé! Il a donc décidé de bloquer ce dossier.

Madame la ministre, je n'ose même plus vous demander ce que vous pensez du pamphlet car j'imagine que vous êtes d'accord avec ce pamphlet rédigé par l'Open Vld local car vous avez mandaté M. Winnen comme commissaire du gouvernement à aller devant la Commission ad hoc bloquer ce dossier au Comité de l'assurance en votre nom pour des raisons politiques. Madame la ministre, j'attends une explication.

26.03 Maggie De Block, ministre: Monsieur Massin, madame Fonck, concernant l'audit et sa composition, c'est un bureau indépendant qui l'a réalisé; comme toujours et comme on a procédé avec les postes de garde. Nous avons demandé un audit dans lequel il faut justement déterminer les points sur lesquels doit porter l'examen.

De opdracht geven wij zelf, maar de audit wordt door een onafhankelijk bureau uitgevoerd. Wij kennen de uitkomst daarvan dus niet.

Er is een ontwerp van opdrachttekst gemaakt. Dan zal worden overlegd tussen mijn beleidscel en de verantwoordelijke instanties over de eventuele besluitvorming of adviesgeving die nog moet voorafgaan aan de toewijzing van de opdracht voor een externe audit.

En ce qui concerne le moratoire, il est vrai que l'on enregistre un retard. Il a été décidé au mois d'octobre mais cela a traîné un peu au sein du SPF Santé publique, de l'INAMI, dans le service de M. De Ridder.

Je suis en concertation avec les membres du gouvernement pour décider de la façon d'harmoniser les différentes composantes de ces décisions budgétaires en tenant compte du fait que le texte gouvernemental précise qu'aucun dossier concernant des maisons médicales ne sera approuvé avant les conclusions de l'audit.

Les résultats de cette concertation seront transmis aux instances de l'INAMI, de sorte que l'Institut pourra communiquer à ce sujet avec les maisons médicales ayant introduit une demande de conclusion d'accord après le 8 octobre 2016.

Ondertussen zijn alle dossiers die al ingediend waren en positieve adviezen hebben gekregen, door het Verzekeringscomité beoordeeld.

Pour ce qui concerne le pamphlet de l'Open Vld, je pense me souvenir que c'est Mme Karin Jiroflée qui est

venue en commission avec ledit pamphlet. Le contenu de ce dernier m'a beaucoup étonnée. En effet, il est faux de prétendre qu'il entre dans mes intentions de diminuer le nombre de maisons médicales.

26.04 Catherine Fonck (cdH): (...)

26.05 Maggie De Block, ministre: Non. Comme je l'ai fait avec les postes de garde des médecins généralistes, j'essaie de voir s'ils ont la même méthode de travail notamment d'un point de vue budgétaire, mais aussi au niveau d'éléments très importants, zoals de continuité van de dienstverlening.

Wij hebben wachtposten gezien die van 09 u 00 tot 12 u 00 en van 14 u 00 tot 16 u 00 open waren en waar de mensen voor en na niet wisten wat te doen. Zo willen wij ook weten wat er allemaal gebeurt in de *maisons médicales*.

Wij weten dat er kleintjes zijn. Er zijn er hele grote. Er zijn er ook die zeer dicht bij mekaar liggen. Wij willen dat er daar echt transparantie is. Daar gaat veel geld naartoe, elk jaar. Wij willen dat dit geld goed besteed wordt. Ik heb het reeds gezegd, voor mij gaat het over goed bestuur, maar ook over de kwaliteit van de dienstverlening aan de patiënten.

Het laatste rapport van het KCE over die *maisons médicales* dateert van 2008. Het is nu een andere situatie.

Het is zeker niet mijn bedoeling om het aantal te verminderen, maar wel om te weten dat de centra op een goede manier worden gefinancierd, maar ook om te vermijden dat ze overgefinancierd worden. Ik lees ook dat er een financiering komt van de provincies, van vzw's, van bepaalde gemeentebesturen enzovoort. Ik stel de vraag wat er gebeurt met al die financiële stromen en hoe die zich tot elkaar verhouden.

Ce pamphlet de l'Open Vld n'a été écrit ni par moi, ni par un de mes collaborateurs. Je peux vous assurer qu'ils ont agi de leur propre initiative. Cela a été confirmé par le président de l'Open Vld local. C'est une guerre politique. Cela existe aussi à Menin. C'est vrai.

En ce qui concerne l'ouverture et le financement d'une nouvelle maison médicale à Menin, il est exact que mon représentant au Comité de l'assurance m'a informée d'une délibération et d'un avis rendu lors de la séance du 20 mars du Comité. J'ai demandé à M. De Cock le procès-verbal de cette réunion pour savoir ce qui y a été dit. Nous n'avons pas désapprouvé le dossier. Nous avons simplement dit que des plaintes nous avaient aussi été adressées par d'autres prestataires de soins de Menin, qui nous ont fait part de leurs soucis pour les patients, pour les soins aux patients, pour leur libre choix, pour la qualité de leur traitement.

Madame Fonck, si j'ai des doutes à ce sujet, même si cette situation est inédite, j'agis en conséquence. Cela signifie que je fais mon travail. C'est le patient que je dois protéger. C'est ce que j'ai fait. J'ai pris mes responsabilités. Je connaissais le pamphlet. Si je voulais éviter les difficultés, je ne l'aurais pas fait. Mais j'avais des doutes sur l'organisation et le développement du projet. J'ai pris mes responsabilités. Rien n'empêche que la prochaine fois, cela passe au Comité de l'assurance. Vous dites que c'est inédit, mais il est déjà arrivé que faute de temps en fin de séance, des projets aient été renvoyés à la prochaine réunion.

Rien de grave ne s'est passé. Je n'ai pas écrit ce pamphlet. Je n'ai pas pour habitude d'écrire des pamphlets. Je trouve que certains points qui y figurent ne sont pas vrais concernant ma politique. Les responsables en sont le président et son entourage, qui n'est pas uniquement de l'Open Vld, il faut le dire aussi.

Certains de ces acteurs dans les soins de santé ne font pas partie de la formation Open Vld.

26.06 Éric Massin (PS): Madame la présidente, je ne vais pas entrer dans le débat concernant cette maison médicale.

Madame la ministre, j'entends votre réponse. Vous dites que c'est un audit et qu'il sera donc indépendant. Je suppose que vous avez lancé une procédure de marchés publics. Je voudrais connaître la société qui a été désignée à l'issue de cet appel d'offres.

Comme vous ne précisez pas les objectifs précis de cet audit, pourriez-vous me transmettre le cahier spécial des charges et ce, pour en vérifier l'objet, les conditions, les délais? Ce serait la moindre des choses pour assurer la transparence du dossier.

J'ai bien pris acte du retard entre la date de prise de décision du moratoire, c'est-à-dire en décembre 2016, et l'échéance de juillet 2017. Il est clair que pendant ce temps, vous réalisez une économie.

Enfin, j'entends bien qu'on attend les résultats d'un audit pour savoir si on rouvre le robinet. J'espère qu'on n'en limitera pas le débit et que l'objectif n'est pas de procéder à des fermetures.

J'attends donc que soient transmis au parlement le cahier spécial des charges, le nom de la société désignée et le délai dans lequel elle doit travailler.

La **présidente**: En effet, il serait intéressant de disposer de ces éléments.

La date a changé mais vous ne connaissez pas la nouvelle échéance?

26.07 **Maggie De Block**, ministre: Non, car cela a pris du retard au sein de l'administration.

La **présidente**: Le cahier des charges ne prévoyait-il pas une durée maximale estimée en mois?

26.08 **Maggie De Block**, ministre: Ils n'ont commencé qu'en janvier.

26.09 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, cela ne me dérange pas que nous organisions un audit pour que nous nous assurions que le budget soit correctement utilisé par les maisons médicales.

Je reviens sur ce tract: "Nieuw medisch samenwerkingsverband De Piramide is een slechte zaak voor Menen". Puisque vous ne savez pas très bien ce qui s'est passé au cours de ce Comité de l'assurance, je vais vous le dire.

Un accord est intervenu entre les membres du Comité de l'assurance. Je le redis: c'est votre commissaire du gouvernement qui est de votre cabinet que je sache, M. Bert Winnen, qui a, en effet, utilisé un droit de veto sur une décision qui a pourtant suivi la procédure classique prévue par l'INAMI.

Vous vous êtes faites le porte-voix de débats politiques locaux. C'est un déni du Comité de l'assurance, un déni des acteurs du Comité de l'assurance. Cette situation, pour laquelle j'éprouve un profond malaise, est malsaine. Vous créez un précédent extrêmement interpellant pour la gouvernance de l'assurance des soins de santé. Je le répète: c'est un déni du Comité de l'assurance. En pratique, vous imposez votre propre décision nourrie d'intérêts politiques. Vous savez aussi bien que moi que l'assurance maladie fonctionne normalement sur un travail de commission compétente qui analyse les éléments à charge et à décharge de manière objective et avec expertise.

Dans ce dossier, le cadre légal a été respecté. Il n'y avait pas d'entrave à la liberté thérapeutique, ni à la liberté d'entreprendre ni à celle du patient puisque la commission avait statué unanimement. De plus, vous utilisez prétendument l'intérêt du patient tel un cache-sexe pour défendre des idéologies et intérêts partisans. À mon avis, l'approche des élections communales ne doit pas être étrangère à cela.

26.10 **Maggie De Block**, ministre: Vos accusations vont trop loin! Vos accusations sont graves!

26.11 **Catherine Fonck** (cdH): Ce qui s'est passé est trop grave!

Vous implémentez un système de santé avec une décision du fait du prince ou plutôt de la princesse. Je vous assure que ce que vous faites là, madame la ministre, est une véritable gifle à la gouvernance des soins de santé et au Comité de l'assurance. C'est un déni complet à l'égard de ces acteurs. C'est du jamais vu ce que vous avez fait! Ce n'était pas une fin de réunion parce qu'on n'avait pas eu le temps! C'est inacceptable!

26.12 **Minister Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik wil toch nog iets zeggen. Mevrouw Fonck doet hier alsof ik dat pamflet heb geschreven en alsof ik op basis van dat pamflet mijn beslissing neem, via de regeringscommissaris.

Dat is allemaal niet waar!

Mevrouw Fonck, neem de beschuldigingen die u maakt op u. Ik ontken ze volledig. U zegt dat u weet wat

daar gebeurd is. Was u daar aanwezig? Was u daar zelf aanwezig? Dan kunt u dat weten. Als u daar niet was, en er is nog geen proces-verbaal, kunt u dat niet weten.

Ik neem uw beschuldigingen niet, mevrouw Fonck. U mag hier aan politiek doen, u zit hier om aan politiek te doen, maar het moet toch een beetje intellectueel eerlijk blijven.

Dit is niet de waarheid: ik heb daar de vrije keuze van de patiënten en de kwaliteit van de zorg gevrijwaard willen zien blijven. Of het nu De Piramide of De Totempaal noemt, mij kan het niet schelen, maar het is mijn taak om tegen de patiënten te zeggen dat er de nodige voorzichtigheid moet zijn als er klachten zijn.

26.13 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'ai ici la conclusion...

26.14 Minister **Maggie De Block**: (...)

La **présidente**: Madame la ministre, veuillez laisser Mme Fonck terminer son intervention.

26.15 Catherine Fonck (cdH): On applique le Règlement. Le dernier mot revient au parlement.

Madame la ministre, j'ai ici le dossier qui contient l'accord relatif aux paiements forfaitaires pour cette maison médicale. Il a recueilli l'unanimité. Vous n'avez pas écrit le pamphlet. Cependant, à la réunion de cette semaine – oui, je persiste et signe –, vous avez manifestement envoyé votre représentant user d'un droit de veto. La concomitance de ces événements...

26.16 Maggie De Block, ministre: Cela suffit!

26.17 Catherine Fonck (cdH): C'est la première fois que cela arrive.

La **présidente**: C'est l'interprétation de Mme Fonck. Vous n'êtes pas obligée d'être d'accord.

26.18 Catherine Fonck (cdH): Vous avez donc suivi une ligne partisane et vous n'avez en rien respecté la gouvernance de l'assurance des soins de santé et le Comité de l'assurance. Je trouve que ce qui se passe ici est très grave.

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

La **présidente**: Les questions jointes n°16556 de M. Senesael et 16644 de Mlle Van Camp, les questions n° 16624 et 16625 de Mme Jiroflée, 16645, 16646, 16647 de Mlle Van Camp, les questions jointes n° 16648 et 16649 de Mlle Van Camp, la question n°16693 de Mme Hufkens, les questions jointes n° 16709 de Mlle Van Camp, 16737 de Mme Fonck et 16846 de Mme Dedry, la question n°16721 de Mme Fonck, les questions jointes n°16722 de M. Calomne et n°17351 de Mme Jadin, les questions jointes n° 16725 de M. Verherstraeten et n°16729 de M. Crusinière, et la question n°16767 de Mme Fonck sont transformées en questions écrites.

27 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les kits à usage exceptionnel pour les situations palliatives et de sédation palliative" (n° 16768)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les kits à usage exceptionnel pour les situations palliatives et de sédation palliative" (n° 17465)

27 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kits voor uitzonderlijk gebruik in palliatieve situaties en bij palliatieve sedatie" (nr. 16768)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kits voor uitzonderlijk gebruik in palliatieve situaties en bij palliatieve sedatie" (nr. 17465)

27.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, le 23 juin 2016, la Chambre a adopté une proposition de résolution relative à la légalité du stockage et du transport des médicaments pour l'usage palliatif.

Je ne répéterai pas ici la totalité des dispositions de cette résolution. Elles figurent dans la question écrite qui vous a été communiquée.

Cela dit, j'avais déposé un amendement reprenant une série de recommandations consensuelles, respectueuses des recommandations des acteurs sur la sécurité dans la mise à disposition rapide et en quantité suffisante des médicaments et du matériel concernés et de l'intérêt prioritaire des patients visés. Cet amendement avait le mérite de rassembler de très nombreux acteurs et, en tout cas, tous ceux concernés par ce dossier. Mais la majorité avait décidé de ne pas tenir compte de ces recommandations élaborées par les acteurs de terrain directement au fait de la problématique.

Les fédérations de soins palliatifs et des représentants de l'APB se sont réunis après l'adoption de la résolution et ont élaboré une proposition d'encadrement à la mise à disposition de kits à usage exceptionnel pour les situations palliatives et de sédation palliative aux infirmiers des équipes d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs, alias équipes de soutien.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de cette proposition d'encadrement? Qu'en pensez-vous? Comptez-vous mettre en oeuvre la résolution adoptée en juin 2016? Dans quel délai? Selon quelles modalités? Tiendrez-vous compte de la fructueuse réflexion menée par les fédérations de soins palliatifs et les représentants des pharmaciens, dans la droite ligne des recommandations qui avaient été émises par les fédérations, mais aussi par les pharmaciens en collaboration avec les mutuelles?

27.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question est la même. C'est vrai que j'avais été heurtée, lorsque notre résolution a été adoptée, qu'il ne soit pas tenu compte du travail collectif réalisé par les plateformes de soins palliatifs et les représentants des pharmaciens. Après notre travail, ils nous ont soumis une douzaine de propositions d'encadrement, pour concrétiser les mesures prévues ou proposées. J'aimerais aussi savoir ce que vous avez mis en place pour concrétiser la résolution tout en tenant compte de leurs propositions.

27.03 Maggie De Block, ministre: Mesdames, j'ai demandé à l'AFMPS de se concerter avec les organisations professionnelles représentatives de pharmaciens pour adapter la liste des médicaments et des dispositifs médicaux devant se trouver en tout temps et en quantité utile dans les pharmacies, en y ajoutant les substances actives destinées aux soins palliatifs. Il s'agit de l'annexe 2 de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instruction aux pharmaciens.

La liste des ajouts pour soins palliatifs a été proposée par l'Association pharmaceutique belge, après concertation avec les fédérations de soins palliatifs, à la Commission belge de pharmacopée. Cette dernière est chargée d'approuver cette liste. Les ajouts ont bien été approuvés par cette commission et la nouvelle version de l'annexe 2, incluant les produits pour soins palliatifs, est actuellement en cours de publication par l'AFMPS.

27.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'espère qu'on pourra le traduire. Le minimum qu'on peut attendre, c'est qu'un tel travail, réalisé par les acteurs de terrain, qui a permis de réunir un consensus complet, encadré par la Cellule fédérale d'évaluation en soins palliatifs, soit traduit et ce, au bénéfice du patient, de la qualité des soins avec quelque chose qui colle directement à la réalité. J'ose espérer que ce sera le cas.

27.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je formule évidemment le même espoir. Je pense qu'il faut vraiment profiter de tous ces moments où les acteurs travaillent ensemble pour aboutir à des conclusions et ce, à travers des lieux d'intervention différents et émanant des trois Régions du pays. Cela vaut vraiment la peine d'intégrer leur travail dans les mesures à prendre.

Vous avez demandé à l'Agence fédérale des médicaments de prendre contact. Quel est le timing pour la suite?

27.06 Maggie De Block, ministre: On m'a dit qu'ils sont en cours de publication. Le travail a été fait et la Commission a approuvé la nouvelle version. Ils sont en train de faire les démarches pour la publication.

27.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): C'est donc imminent. Merci.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions jointes n° 16776 de M. Hedebouw, n° 16806 de Mme Dedry et n° 17209 de Mme Van Hoof sont transformées en questions écrites de même que les questions n° 16799 de Mme Dedry, n° 16824 de M. Miller, n° 16871 de Mme Jadin et n° 16874 de Mme Jiroflée.

28 **Question de M. Éric Massin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le futur centre de protonthérapie de Charleroi" (n° 16887)**

28 **Vraag van de heer Éric Massin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toekomstige centrum voor protontherapie in Charleroi" (nr. 16887)**

28.01 **Éric Massin (PS)**: Madame la ministre, on le sait, la protonthérapie semble être l'une des techniques importantes à devoir mettre en œuvre dans le cadre du traitement de cancers. Des projets ont été développés entre autres à Charleroi. C'est la société wallonne IBA qui a décroché le marché pour l'installation de ce nouveau centre.

Cette société, numéro un mondial, dont nous pouvons être particulièrement fiers en Belgique, a été désignée à la suite d'un appel d'offres européen mené par les quatre universités impliquées dans ce projet, à savoir l'ULB et les universités de Liège, Mons et Namur. Cela veut dire que c'est l'ensemble des universités présentes en Wallonie, à l'exception de Louvain même s'il y a un grand rapprochement entre Namur et Louvain.

Ce projet aurait pour vocation prioritaire la recherche de nouvelles techniques dans le traitement des cancers, à laquelle s'ajouterait, mais de manière accessoire, une activité thérapeutique. La Région wallonne a prévu d'investir 47 millions d'euros et le centre devrait être opérationnel d'ici 2020.

Le 20 février dernier, vous avez exprimé votre volonté de ne reconnaître qu'un seul centre de ce type en Belgique. Il semblerait que comme la KUL, l'UCL et l'Université de Gand devraient inaugurer, dès l'année prochaine, leur centre de protonthérapie sur le site de l'hôpital universitaire de Gasthuisberg, et que ce projet est plus avancé dans le temps, celui de Charleroi pourrait ne pas avoir l'agrément accordant un remboursement aux patients qui s'y feraient soigner.

Vous imaginez dès lors que cela pourrait être une déception majeure pour les partenaires de ce projet, pour la Région wallonne et au-delà, pour Charleroi qui a tout mis en œuvre pour que ce centre vienne s'implanter sur le campus de l'hôpital civil Marie Curie. Il y a d'ailleurs plusieurs sites hospitaliers concernés en la matière.

Madame la ministre, pourriez-vous nous dire concrètement pourquoi un seul centre pourrait être reconnu en Belgique? Quels seraient les arguments en la matière? La question de l'accessibilité géographique ne doit-elle pas aussi être prise en considération dans ce cadre? Ce centre carolorégien de protonthérapie est-il en danger? Ne recevra-t-il pas l'agrément nécessaire aux remboursements des patients qui désirent y être soignés?

28.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, monsieur le député, il s'agit de deux centres différents. Pour le centre de Gasthuisberg, cinq universités ont participé à son financement, sans notre intervention.

Les mêmes firmes qu'à Charleroi débiteront les constructions le 28 avril.

Le centre prévu à Charleroi par le ministre Marcourt, ministre de l'Économie et de la Recherche scientifique et non de la Santé, ne sera pas implanté dans un hôpital mais sur un site industriel à Charleroi.

Je n'ai pas imaginé qu'il était destiné à traiter des patients car il n'y a pas de service de radiothérapie alors que les patients nécessitent un encadrement en cas d'œdème ou de saignement. Il appartiendra au ministre de prendre ses responsabilités.

Pour ma part, j'ai annoncé l'octroi d'un montant pour ce type de thérapie et qu'une procédure était prévue pour les patients qui souhaitaient bénéficier de ce traitement. Le montant alloué leur permettra, grâce à une convention, de bénéficier de ces traitements dans les pays limitrophes.

Nous constatons que peu de patients désirent actuellement avoir accès à la protonthérapie mais cette situation pourrait évoluer lorsque d'autres informations seront disponibles.

Je n'ai jamais été informée du but que poursuivait M. Marcourt avec ce centre. Si vous avez plus d'informations, je vous invite à les partager. C'est un scanner qui sera installé par la Région wallonne, dans le cadre d'un Plan Marshall. Je demanderai à M. Prévot ce qu'il prévoit comme indications et à qui ce centre sera destiné. Ce centre sera situé dans un parc industriel, et cela ne me paraît pas évident pour les patients d'être transportés dans un tel endroit pour passer un examen, où le chef de service est un ingénieur industriel.

J'ai beaucoup de questions à poser, j'espère que je recevrai des informations dans les semaines à venir. En Flandre, ce ne sont pas seulement des universités flamandes, mais aussi l'UCL qui est concernée. Ils ont un plan financier. Il est évident qu'au lieu d'envoyer nos patients à l'étranger, nous allons les traiter ici dans ce centre.

Tout ce que je dis, c'est que l'incidence n'est pas si fréquente dans notre pays pour que nous ayons besoin de plus de centres. Si c'est pour la recherche, cela me paraît plus compréhensible que cela soit dans un parc industriel. Mais cela ne relève pas de ma compétence. Je trouve cela très bien, j'ai toujours été favorable à la recherche médicale.

Voilà ce que je peux vous répondre pour le moment. J'attends les informations de votre ministre de l'Économie, monsieur Massin. Cela ne me semble pas évident d'envoyer des patients aussi fragiles dans un parc industriel.

28.03 **Éric Massin** (PS): Madame la ministre, je suis particulièrement étonné de votre réponse. Si vous avez lu ma question, vous aurez constaté que ce n'est pas dans un parc industriel, mais sur le campus de l'hôpital civil Marie Curie - qui vient d'être inauguré. C'est pratiquement l'établissement de soins le plus moderne de Wallonie, qui travaille aussi avec le GHDC, lequel a pour objectif de construire un autre site dans la région de Charleroi dans le cadre des différentes restructurations hospitalières. Donc, ne venons pas parler de parc industriel! Ce n'est pas du tout le cas.

28.04 **Maggie De Block**, ministre: C'est ce que j'ai lu dans les journaux.

28.05 **Éric Massin** (PS): Oui, mais ce que j'ai aussi lu dans les journaux, c'est que ce projet est centré sur la recherche. Vous faites état de cinq universités qui s'associent en Flandre pour créer un centre de protonthérapie. Il s'agit ici de quatre universités wallonnes qui s'associent afin de soutenir un centre de recherche. En outre, la Région wallonne vient apporter des moyens financiers.

Au-delà du centre de recherche, s'y exerce aussi une activité thérapeutique. La question fondamentale qui se pose, et je vous interroge sur la base de vos déclarations, c'est de savoir si les personnes atteintes de cancer qui suivraient une thérapie sur le site hospitalier et sur celui du GHDC pourront bénéficier de la prise en charge par l'INAMI. Autrement dit, ces patients seront-ils remboursés? Vos déclarations relayées par la presse m'inquiètent à cet égard. En l'occurrence, le journal *L'Echo* est bien informé. Je parle de vos propos selon lesquels il n'y aurait qu'un seul centre agréé pour toute la Belgique. Cela signifie que les patients qui se feraient traiter à Charleroi, et non pas au Gasthuisberg, ne seraient pas remboursés. En effet, le remboursement ne serait autorisé que pour autant que l'on se fasse soigner dans le centre de protonthérapie de ce dernier hôpital universitaire. C'est assez clair.

28.06 **Maggie De Block**, ministre: Tout ce que j'ai dit, c'est que, vu le nombre de patients que l'on a en Belgique et qui n'atteint même pas cent personnes par an, un centre me semble suffisant. Si le ministre de l'Économie et de la Recherche scientifique veut en installer un autre pour des raisons claires pour lui, et en n'ayant jamais eu de contact avec moi, il faut au moins obtenir de lui de l'information, et avoir une discussion avec lui, pour voir si on a envie d'avoir deux centres pour traiter les patients. C'est évident!

28.07 **Éric Massin** (PS): Madame la ministre, vous savez que ce projet d'implantation d'un centre de protonthérapie à Charleroi date de l'époque où le ministre Demotte était ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Ne venez pas dire qu'on n'est pas au courant! Vous, peut-être, en tant que ministre, mais les services, et plus particulièrement l'INAMI, c'est impossible. Je vous dis que le projet a commencé à voir le jour à l'époque où M. Demotte était ministre, cela fait donc plus de dix ans. Ne venez pas dire maintenant que vous n'en aviez pas connaissance et qu'on ne vous a jamais contactée.

28.08 Maggie De Block, ministre: Si on a besoin de dix ans avant que le projet se développe, c'est une autre situation.

28.09 Éric Massin (PS): Madame la ministre, les services de l'INAMI sont parfaitement au courant. Quand vous recevez une question, je suppose que vous vous adressez quand même aux services compétents, et donc aux services de l'INAMI. Ou bien c'est l'INAMI qui vous ment, et alors j'aimerais bien le savoir. Il s'agit d'une prise en charge. Il faut savoir quoi.

28.10 Maggie De Block, ministre: Que voulez-vous de moi? Que voulez-vous que je dise maintenant, sachant que je ne connais pas le projet, et que je ne savais même pas où il se situait? Je n'ai pas l'habitude de prendre l'information, pour des dossiers tellement importants, dans les journaux.

28.11 Éric Massin (PS): C'est vous qui avez fait ces déclarations.

28.12 Maggie De Block, ministre: Je vous demande de demander à votre ministre de m'informer. C'est tout ce que je demande.

28.13 Éric Massin (PS): Et vos services, qui s'appellent INAMI, ne vous informent pas.

28.14 Maggie De Block, ministre: Tout ce que j'ai dit concerne le nombre de patients aujourd'hui comptabilisé en Belgique. Un centre de protonthérapie suffit. Mais comme ça concerne de la recherche, comme on le fait pour les autres scanners spécialisés, il y a des programmes dans lesquels les patients sont traités. C'est tout ce que je dis. Le premier qui sera mis en place, en raison de circonstances diverses, sera à Gasthuisberg. C'est vrai qu'on en parle depuis dix ans dans le Plan Marshall en Wallonie. Et maintenant, on a trouvé l'argent. C'est bien. Le financement est tout à fait...

28.15 Éric Massin (PS): Ici, c'est la même chose. Il n'y a pas un euro qui vous soit demandé. La seule chose c'est de savoir si un patient, parce qu'accessoirement il devrait être traité sur place, peut bénéficier du remboursement INAMI.

28.16 Maggie De Block, ministre: Pour vous répondre, je dois savoir où se trouve ce centre et quelle équipe sera là pour traiter les patients en cas de complications. Vous pensez que je vais accorder le remboursement comme ça? Je n'ai pas cette naïveté. Je me rappelle bien aussi les discussions chez M. Demotte aussi.

28.17 Éric Massin (PS): Ça m'étonnerait beaucoup.

28.18 Maggie De Block, ministre: J'étais aussi dans sa commission, à l'époque, de même que M. Flahaux.

La **présidente**: Je pense que la réponse de la ministre est claire même si elle ne vous satisfait pas.

28.19 Éric Massin (PS): Mais venir dire qu'on n'est pas au courant, c'est quand même étonnant.

La **présidente**: La démarche à faire est contenue dans la réponse de la ministre.

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

La question n° 16893 de Mme Caroline Cassart-Mailleux est transformée en question écrite, de même que la question n° 16911 de Mme Anne Dedry.

29 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les critères européens d'identification des perturbateurs endocriniens" (n° 17004)

29 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Europese identificatiecriteria voor hormoonverstoorders" (nr. 17004)

29.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ce mardi 28 février 2017, la Commission européenne faisait une nouvelle proposition aux États membres relative aux critères d'identification des

perturbateurs endocriniens en lien avec leur toxicité avec la santé humaine.

À nouveau, la Commission européenne n'a pas réussi à convaincre une majorité d'États membres sur ces propositions qui ont été considérées trop laxistes.

Madame la ministre, quel était le contenu précis des propositions de la Commission européenne? Quelle était la position de la Belgique et sur base de quels arguments? Enfin, quel est le timing et quelles sont les missions nouvelles confiées à la Commission européenne?

29.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, lors de la réunion du 28 février 2017, la Commission européenne n'est pas venue avec de nouvelles propositions. Le texte incluait juste les modifications apportées durant la réunion de décembre mais ces modifications n'avaient déjà pas permis d'obtenir une majorité qualifiée en décembre.

Durant la réunion, la Commission a expliqué certains points concernant la procédure et l'interprétation du texte et deux modifications ont été apportées au texte: d'une part, afin de rendre la clause de révision plus concrète en matière d'action pour la Commission et, d'autre part, pour clarifier le champ d'application et l'exclusion d'un mode d'action endocrinien intentionnel et déplacer le paragraphe afin de le dissocier des éléments explicatifs des critères mais toujours dans l'annexe.

Pour la Belgique, le paragraphe concernant une exclusion d'un mode d'action intentionnel ne relève pas des critères d'identification mais des mesures de réglementation. Il peut être pertinent d'autoriser certaines substances dont le mode d'action cible le système endocrinien d'organismes cibles mais leur autorisation doit se faire sous certaines conditions.

La Commission européenne a prévu une nouvelle réunion le 7 avril sur ce paragraphe qui pose problème à plusieurs États membres, mais uniquement en présence des experts biocides.

Aucune date n'a été fixée pour les produits phytopharmaceutiques.

Le dossier est très compliqué mais il progresse. Cependant, tant que nous ne sommes pas tous d'accord, il n'y a pas d'accord.

Le dossier évolue dans le bon sens, contrairement à ce qui se passait précédemment.

29.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): En effet, nous en avons déjà discuté ici et je désirais connaître les nouveaux éléments du dossier. Je vous remercie donc pour ces précisions. Nous aurons plus d'éléments après le 7 avril.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 17050 de Mme Yoleen Van Camp et la question n° 17090 de M. Daniel Senesael sont transformées en questions écrites.

30 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'impact financier des rémunérations au sein des conseils de direction hospitalières sur les équilibres budgétaires des hôpitaux et de l'INAMI" (n° 17098)

30 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiële impact van de aan de leden van directieraden van ziekenhuizen toegekende vergoedingen op het budgettaire evenwicht van ziekenhuizen en van het RIZIV" (nr. 17098)

30.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, chaque jour, la presse dévoile, à la stupéfaction générale des citoyens, les revenus extrêmement généreux que s'octroient les mandataires publics dans nombre de structures publiques et parastatales.

Ainsi, nous avons appris qu'au sein des hôpitaux de l'ISPPC (Intercommunale de santé publique du pays de Charleroi), le directeur général touchait la rémunération de 334 872 euros brut par an. C'est dommage que M. Massin soit parti. Il ne s'agit pas de M. Massin, mais d'un bourgmestre socialiste de la région de Charleroi.

Mon souci n'est évidemment pas de faire du populisme à bon compte. Trop en font. Toutefois, permettez-moi de vous demander si de telles structures existent dans les autres pays? Quels salaires sont-ils versés à leurs titulaires? Sont-ils aussi pharaoniques?

Madame la ministre, je ne cantonnerai pas ma critique aux seuls membres des partis de l'opposition. J'exclus d'ailleurs Ecolo qui n'est pas dans cette situation, je tiens à le dire. Le mode de fonctionnement de nos institutions et des pouvoirs qui en découlent concerne tous les partis ou presque.

Toutefois, madame la ministre, pouvez-vous nous dire quelle part ces revenus, très généreux envers nombre d'administrateurs, représentent dans les budgets des hôpitaux, qui ont souvent des difficultés budgétaires? Pouvez-vous nous indiquer la proportion de déficit qu'une politique de rémunérations plus mesurées pourrait compenser, au bénéfice de tous?

À un moment où, pour sauver notre système de protection sociale, la politique de gestion rigoureuse que vous menez est nécessaire, comment répondez-vous à ceux qui, dans l'opposition, poussent des cris d'orfraie pendant que les collègues de leurs partis qui siègent dans ces conseils d'administration gagnent des centaines de milliers d'euros?

Madame la ministre, comment agissez-vous ou comptez-vous agir, pour remettre de l'ordre dans les rémunérations, mais aussi dans la composition des conseils d'administration des services hospitaliers, afin que l'argent des cotisations sociales des travailleurs belges aillent à leur couverture sociale et non à la constitution de patrimoines conséquents pour certains administrateurs?

Les intercommunales étant sous l'autorité des Régions, avez-vous eu des contacts encourageants quant à la réalisation rapide et complète d'un cadastre des mandats et rémunérations dans les intercommunales hospitalières et sa transmission à vos services?

30.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, cher collègue, la rémunération de la direction et des membres du conseil de direction d'un hôpital est supposée être couverte par la sous-partie budgétaire B1 du budget des moyens financiers (BMF). Cette sous-partie couvre de manière forfaitaire les frais relatifs à l'administration d'un hôpital.

Il s'agit ici de la règle. Mais il est, toutefois, impossible de conclure des données comptables, dont dispose le SPF Santé publique, quels sont les montants dépensés et à quelle partie de l'administration de l'hôpital. Cela signifie qu'aucune information spécifique n'est disponible concernant la rémunération des membres individuels de la direction ou des conseils de gestion.

Je ne connais pas bien le cas, mais c'est compliqué. En effet, je ne pense pas que l'attribution de tels montants soit possible avec le B1.

La **présidente**: Il s'agit de fonds propres à mon avis.

30.03 Maggie De Block, ministre: D'autres fonds entreront en ligne de compte. Je connais un peu le financement des hôpitaux. Les montants dont j'ai connaissance via la presse ne sont pas compatibles avec le B1. Il existe d'autres sources pour accorder des rémunérations d'un tel montant. Mais cela ne relève pas de ma compétence.

La **présidente**: Comme c'est le cas pour de nombreux médecins spécialistes, il y a parfois des sur-rémunérations pour attirer des médecins, mais cela se fait sur fonds propres.

30.04 Jean-Jacques Flahaux (MR): En tout cas, ce qui me semble extrêmement intéressant dans ce que vous dites, c'est que normalement le B1 devrait suffire pour payer le directeur général d'un hôpital. Deuxièmement, on a manifestement prélevé de l'argent – je n'ai pas dit illégalement, mais moralement, on peut discuter – dans d'autres postes pour y parvenir. Un salaire qui est x fois celui du président du Parlement ou des premiers ministres, c'est quand même un petit peu surprenant. C'est le moins qu'on puisse dire!

30.05 Maggie De Block, ministre: Je peux dire que j'ai aussi été surprise.

La **présidente**: Oui, il y a parfois des choses étonnantes!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La question n° 17119 de M. Raoul Hedebouw est transformée en question écrite.

Les questions n°s 17120, 17129, 17151 de Mlle Yoleen Van Camp sont transformées en questions écrites.

La question n° 17133 de Mme Catherine Fonck est transformée en question écrite.

31 Questions jointes de

- **M. Daniel Senesaël à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription de médicaments génériques" (n° 17157)**

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évolution de la consommation de médicaments génériques" (n° 17228)**

31 Samenagevoegde vragen van

- **de heer Daniel Senesaël aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorschrijven van generische geneesmiddelen" (nr. 17157)**

- **de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evolutie van het gebruik van generische geneesmiddelen" (nr. 17228)**

31.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, un article récent mentionnait que l'utilisation accrue des médicaments génériques ferait économiser 150 millions d'euros à l'INAMI et 55 millions d'euros aux patients. Vous avez vous-même appuyé cette politique, notamment dans le cadre de l'accord passé avec les laboratoires pharmaceutiques. La Belgique est à la traîne par rapport à ses voisins mais progresse tout de même en passant de 24 à 30 % de consommation de ces médicaments.

Pouvez-vous nous dire si cette évolution s'est encore accentuée depuis la mise en place de votre politique du médicament?

Les laboratoires pharmaceutiques jouent-ils pleinement le jeu de cette évolution? Quels arguments avancent-ils pour justifier leurs réticences éventuelles?

Quelles actions mettez-vous en place pour faciliter cette transition?

Des craintes des patients se font encore entendre quant à la sécurité et la similarité des médicaments génériques par rapport aux originaux. Comment agissez-vous ou comptez-vous agir pour dissiper les craintes des patients qui souvent, par peur de mauvaises réactions, préfèrent que leur pharmacien leur donne les médicaments d'origine?

31.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, concernant ma politique, en 2016, 53 % des médicaments avec le statut le moins cher ont été prescrits par les médecins. Cela a en effet créé une dynamique concurrentielle entre les firmes pharmaceutiques en vue de baisser les prix. Il en est résulté une économie de 30 millions en 2015. Ce mécanisme de révision des prix à la baisse – comme à la Bourse! – se poursuit. C'est bien. Nous avons donc demandé de prescrire plus de médicaments moins chers.

Cela étant, il importe de préciser que ce ne sont pas forcément des génériques. En effet, des originaux se trouvent aussi dans les tiroirs les moins chers. Chaque fois qu'un médicament voit son prix diminuer, les concurrents le savent aussi et vont faire de même, en tenant compte du profil des médecins. Nous avons assisté à un tel phénomène lorsque le ministre Vandembroucke avait élaboré un mécanisme pour promouvoir les génériques. Mais, dans le présent cas de figure, ce sont aussi les originaux qui sont concernés. C'est bénéfique pour le patient.

Il est donc insensé de demander d'autres prescriptions, parce qu'alors le remboursement sera moins élevé. Le patient paiera beaucoup plus parce qu'il a envie d'un médicament plus onéreux.

En Belgique, quel que soit le prix d'un médicament, la qualité reste la même. Je pense aussi à la biodisponibilité. Nous en avons discuté il y a vingt ans. Madame Gerkens, cela ne nous rajeunit pas! Cela avait mal commencé à l'époque, puisqu'on parlait alors de "produits blancs" – ce qui a porté préjudice à la

réputation des médicaments concernés.

Jusqu'à maintenant, ça augmente chaque année. Sans doute grâce aux mesures prises pour diminuer le prix des médicaments. Quand j'ai commencé, c'était un problème. On a trouvé des solutions moins onéreuses avec le concours volontaire des dentistes et les médecins. Et nous n'avons eu aucun problème.

31.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): À titre personnel, je suis très favorable aux médicaments génériques. Il incombe aux pouvoirs publics de les encourager. Certains laboratoires se sucent déjà suffisamment. Cela étant, il y a eu cette fameuse histoire en France, où il est apparu que les laboratoires Servier étaient aussi dans la commission d'examen des génériques. De ce fait, des gens ont aujourd'hui des doutes sur certains génériques. Tout ce qui peut être fait pour conforter ce que vous venez de dire va dans le bon sens. C'est le premier point.

La diminution du prix de certains originaux est également une bonne chose. Mais si je peux me permettre une suggestion... On va avoir dans quelques jours une augmentation du prix de certains antibiotiques et sprays nasaux. Il serait intéressant de voir dans l'indice des prix à la consommation ce que représente, d'une part, l'augmentation des médicaments dont on a beaucoup parlé aujourd'hui et, d'autre part, ce que représente la diminution par le biais des génériques.

Il faudrait voir si globalement dans le poids de l'indice des prix à la consommation, on observe effectivement une augmentation ou une diminution. De nombreux articles sont publiés sur le thème des augmentations mais j'estime qu'il serait intéressant aussi d'avoir une étude globale non seulement des diminutions mais de ce qu'elles représentent.

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

La **présidente**: À la demande de Mme Özen, excusée pour raisons médicales, j'ai accepté de reporter sa question n° 17238.

Les questions n° 17248 de Mme Jiroflée et n° 17318 de Mme Temmerman sont transformées en questions écrites.

À partir du point 110 de l'ordre du jour, on pouvait à nouveau demander à reporter ses questions.

Les questions jointes n° 17332 de M. Calomne et n° 17549 de Mme Heeren sont reportées.

32 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide à la re-musculation du périnée" (n° 17347)

32 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "hulpmiddelen voor de training van de bekkenbodemspieren" (nr. 17347)

32.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'utilisation et la réputation des boules de geisha pour aider les femmes à remuscler leur périnée n'est plus à démontrer.

En effet, ce dispositif vient en aide aux femmes qui viennent d'accoucher ou encore sont victimes de constipation ou font face à la ménopause.

Les femmes qui ont eu des accouchements difficiles peuvent aussi rencontrer ce problème de relâchement tissulaire dans le temps.

Sexologues, gynécologues et kinés ont recours à cet instrument pour aider leurs patientes à retrouver leur tonicité, soutenir les organes internes et lutter contre les problèmes d'incontinences. En France, cet objet est remboursé par la sécurité sociale mais pas chez nous.

Madame la ministre, est-il envisageable que l'achat d'un tel objet, dans un but médical, soit pris en charge par l'INAMI? Combien de femmes sont-elles concernées par ce relâchement musculaire en Belgique? À combien s'élèverait le coût de cette mesure? Est-elle supportable pour le budget de la sécurité sociale?

32.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur le député, votre question touche à l'intimité des femmes.

32.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Cela prouve que je m'intéresse aux femmes!

32.04 Maggie De Block, ministre: Certainement!

Des femmes peuvent faire face à des problèmes de périnée suite à un accouchement, à la ménopause ou pour d'autres raisons.

Par contre, l'INAMI ne possède pas de données détaillées concernant le nombre de femmes souffrant d'un relâchement musculaire du périnée.

Bien qu'en France, les boules de geisha, également connues sous le nom de boules Ben Wa soient remboursées, une recherche dans la banque de données PubMed ne fait référence qu'à une étude.

Une étude *Conservative treatment of stress incontinence with Geisha balls* de Glavind a été publiée en 2001 dans *l'International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. L'étude ne décrit que le cas de six patients – c'est quand même peu – qui ont eu une thérapie utilisant ce type de boules. Ainsi, il y a peu de preuves scientifiques disponibles qui peuvent justifier un remboursement de boules de geisha par l'INAMI. Or, ma collaboratrice me dit qu'on peut acheter ces boules de geisha pour douze euros. Ce n'est pas un montant insurmontable.

Néanmoins, la méthode la plus efficace pour entraîner le muscle du périnée est l'exercice de Kegel. Le cas échéant, la médecine peut prescrire de tels exercices qui consistent en des contractions et décontractions alternées des muscles qui forment le plancher pelvien ou le périnée. L'exercice est à répéter plusieurs fois par jour durant quelques minutes.

À partir de quelques semaines, l'exercice de Kegel amène vers un périnée renforçant une diminution de perte d'urine et améliorant la vie sexuelle. Là, on peut prescrire des sessions chez les kinésithérapeutes, mais il faut dire que ce sont des kinésithérapeutes spécialisés dans ce domaine parce qu'en fait, il faut mettre le Kegel dans le vagin et puis la femme doit contracter. Le kinésithérapeute voit alors l'amplitude de ces contractions. La patiente doit faire l'exercice à la maison. Mais si, pour ces exercices, elle a envie d'acheter des boules de geisha, ma collaboratrice me dit que leur prix est de douze euros.

32.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je vous remercie pour votre réponse. Je suis content de l'avoir posée, car il n'y a pas que les femmes qui doivent s'intéresser aux hommes mais la réciproque devrait exister également. Je n'ai jamais dû acheter de boules de Geisha et je n'en connais pas le prix. Vous m'éduquez. Après tout, on rembourse bien d'autres choses dans les pharmacies que cela. Je comprends bien que ce ne soit pas la priorité. En conséquence, j'enregistre positivement votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

33 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la surconsommation de certains examens médicaux dans de nombreux hôpitaux" (n° 17385)

33 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het overmatige aantal medische onderzoeken in talrijke ziekenhuizen" (nr. 17385)

33.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, le titre de la question n'est pas correct car ma question porte sur le VIH et ses conséquences et non pas du tout sur les examens médicaux. Il y a un copier-coller qui est mal passé.

Depuis la découverte du VIH, les médecins, les chercheurs, comme les personnes atteintes caressent l'espoir de vaincre un jour ce virus mortel. En attendant cet heureux jour, tout a été fait pour offrir aux patients des traitements toujours plus efficaces, avec le moins d'effets secondaires possibles, de manière à leur permettre de vivre de la meilleure façon possible leur pathologie, jusqu'au jour où, enfin, un traitement curatif permettra d'éliminer le virus dans toutes les parties du corps. Malgré tout, outre les effets secondaires persistants, le VIH entraîne un vieillissement accéléré de l'organisme sous l'effet d'un état inflammatoire permanent.

De nombreuses tentatives ont été menées par de nombreux centres de recherche. Des espoirs toujours déçus mais qui n'ont pas démotivé les scientifiques et leur ont permis d'avancer dans la connaissance du

fonctionnement du VIH et, donc, dans les divers moyens de le combattre.

En France, à Sophia Antipolis, le laboratoire Biosantech a mis au point un candidat vaccin, le TAT-OYI dont l'objectif est de neutraliser la protéine TAT qui favorise la multiplication du virus. Sur le point d'entrer en phase 2B de l'essai clinique, afin d'étudier le cas des patients en rétro-séroconversion avec arrêt de la trithérapie et observation d'une possible étape de guérison fonctionnelle, soit l'indéteçtabilité des cellules et particules virales, trois mois après l'arrêt de la trithérapie en question, le CNRS a imposé l'arrêt de toute recherche et de toute communication sur l'essai clinique.

Madame la ministre, avez-vous eu des informations via votre collègue actuelle, Marisol Touraine? Quelles sont les raisons de cet arrêt? Est-ce lié à la faible "cohorte" de patients impliqués dans la recherche? Le mot "cohorte" peut un peu surprendre.

Est-ce suite aux doutes émis par l'ANRS sur ces recherches?

Est-ce, comme le sous-entend la présidente du laboratoire, pour protéger les intérêts financiers des laboratoires qui fournissent les trithérapies?

Pouvez-vous nous indiquer si cet essai va être poursuivi?

Madame la ministre, pouvez-vous faire état de l'avancée de ces recherches notamment en Belgique? Est-il vrai qu'un protocole est en cours d'élaboration dans certains hôpitaux belges pour tester des vaccins sur des patients séropositifs?

Quelle est la position des laboratoires pharmaceutiques qui mettent sur le marché les traitements de lutte contre le VIH face à la survenue des vaccins thérapeutiques?

Je sais qu'en la matière il faut se garder de nourrir des espoirs non fondés susceptibles d'entraîner un relâchement de la vigilance dans les pratiques sexuelles. Toutefois, madame la ministre, les expérimentations en cours sont-elles suffisamment encourageantes pour tous les patients porteurs du VIH dans le monde? Je pense particulièrement aux pays du tiers-monde, dont certains voient leur avenir économique fragilisé par un VIH endémique. L'Afrique du Sud, notamment, est dans ce cas.

33.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, les études menées sur ce vaccin chez des patients atteints du VIH sont disponibles dans la littérature scientifique. Bien que cela semble très prometteur, il est encore recommandé d'observer une certaine prudence concernant les résultats des études à petite échelle et sur un petit nombre de patients.

À la connaissance de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), il n'y a aucun essai clinique en cours en Belgique pour ce vaccin. Si un essai avec vaccin était fait en Belgique, il serait évalué par l'AFMPS et par un comité d'éthique, en fonction du lieu où se déroule l'essai. Tout médicament pour lequel une demande pour essai clinique est soumise est évalué indépendamment de tout intérêt commercial.

S'il devait y avoir des études en cours sans que nous en ayons été avertis, cela poserait un grave problème vu que celles-ci auraient dû être soumises au préalable à l'AFMPS et au comité d'éthique concerné avant de pouvoir être menées. Avant qu'un vaccin thérapeutique efficace puisse être commercialisé, les autres thérapies comme celles qui existent maintenant et qui continuent à être développées seront toujours nécessaires.

D'autres thérapies seront, de surcroît, nécessaires pour les patients qui ne réagissent pas au vaccin. Il n'est en effet pas si évident de générer une réponse immunitaire chez des patients immunodéprimés et les résultats de l'étude doivent donc être attendus. On n'a rien retrouvé. Cela peut encore venir mais, pour avoir une étude, il est indispensable d'avoir auparavant l'avis d'un comité d'éthique et l'approbation de l'AFMPS pour des raisons de sécurité pour le patient.

33.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Je sais bien qu'elle n'est plus là que pour trois semaines mais pourriez-vous interroger votre collègue, Mme Touraine, sur les raisons de l'arrêt en France? Puis-je aussi demander au secrétariat de renommer différemment la question et indiquer plutôt comme titre "nouveau vaccin VIH"?

Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

33.04 Maggie De Block, ministre: On verra parce que je pense que Mme Touraine est prise par les élections.

33.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Probablement!

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Mme Jadin a demandé le report de sa question n° 17399.

34 Questions jointes de

- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêt de la Cour constitutionnelle annulant l'article 11 de la loi sur les professions de santé mentale" (n° 17428)**

- **Mme Laurette Onkelinx à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'annulation par la Cour constitutionnelle de l'article 11 de la loi réglementant les professions des soins de santé mentale" (n° 17455)**

34 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het arrest van het Grondwettelijk Hof tot nietigverklaring van artikel 11 van de wet betreffende de geestelijke gezondheidszorgberoepen" (nr. 17428)**

- **mevrouw Laurette Onkelinx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging door het Grondwettelijk Hof van artikel 11 van de wet tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen" (nr. 17455)**

34.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, la Cour constitutionnelle a rendu son arrêt relatif au recours en annulation des articles 11 et 12 de la loi du 10 juillet 2016. Il ne touche pas à l'article 12 mais annule les dispositions de l'article 11 considérant qu'elles portent un préjudice grave aux professionnels qui, avant l'entrée en vigueur de la loi, exerçaient en tant que psychothérapeutes, conformément aux dispositions de la loi du 4 avril 2014 qui devait aussi entrer en application au 1^{er} septembre 2016. Elle considère donc que cet article porte une atteinte aux attentes légitimes des personnes concernées, sans qu'un motif impérieux d'intérêt général puisse justifier l'absence de régime transitoire à leur égard. Il est considéré qu'il a été porté atteinte au principe de la confiance légitime et de la sécurité juridique.

Je n'entre pas dans les détails mais il résulte de cet arrêt que les personnes qui, avant l'entrée en vigueur de la loi, exerçaient la pratique de la psychothérapie sans satisfaire aux exigences de la loi de juillet 2016 peuvent continuer à exercer cette pratique en attendant que le législateur prenne les mesures transitoires nécessaires pour réparer l'inconstitutionnalité constatée par la cour.

Madame la ministre, comment allez-vous assurer le suivi de cet arrêt? Les associations de psychothérapeutes concernées seront-elles à nouveau rencontrées, afin de parvenir à la solution la plus juste et la plus adéquate vis-à-vis de ces psychothérapeutes de qualité et des personnes bénéficiant de leurs psychothérapies?

34.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, j'ai pris note de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 16 mars 2017. Une analyse juridique de cet arrêt est en cours. En fonction de cette analyse, je déciderai si une modification légale est nécessaire. Vu que d'autres recours sont actuellement pendants, je ne peux m'avancer plus dans ce dossier.

Je peux toutefois vous informer que ma priorité actuelle est la mise en œuvre de la loi du 10 juillet 2016, à savoir la constitution du Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale. Une fois que ce conseil d'avis sera mis en place, il pourra former des groupes de travail sur différents sujets dont la psychothérapie. Les groupes de travail seront composés de membre du Conseil mais aussi d'experts externes.

Il faut dire que ce n'est pas l'ensemble de l'article 11 qui a été annulé. C'est juste une partie. Pour le reste, on peut donc continuer le travail.

34.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Tout à fait, mais vous n'avez pas répondu à la question sur une

rencontre des associations de psychothérapeutes.

34.04 Maggie De Block, ministre: Je pense que le point de vue est connu depuis les auditions qu'on a eues, etc. Il ne faut pas recommencer ce travail. Nous avons quand même tous les deux autre chose à faire. On verra quand le Conseil fédéral se penchera sur cela. Par ailleurs, comme je l'ai dit, d'autres recours sont pendants. Il appartiendra au Conseil d'inviter les représentants ou les experts.

C'était juste la part sur les possibilités de transition. On dit que ce n'est pas assez large mais pour nous ça l'était. C'est l'objet de la discussion.

34.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Si je comprends bien votre réponse, on nomme les membres et on compose le Conseil des professions de la santé mentale et les groupes de travail et ce sont eux qui essayeront de trouver une solution, éventuellement en rencontrant les organisations.

34.06 Maggie De Block, ministre: Mais avant, nous sommes en train d'examiner cet arrêt. J'ai demandé un avis juridique. Ce n'est pas en une semaine qu'on obtient un tel avis.

34.07 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Tout à fait. Je vous encourage néanmoins. Même si les discussions ont déjà eu lieu, même s'il y a des désaccords, je pense que cela peut être intéressant de continuer à réfléchir ensemble aux solutions à trouver.

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

La **présidente**: Les autres questions sont reportées sauf la question n° 17431 de Mme Muylle qui a demandé à la transformer en question écrite. Donc, il y aura juste neuf points.

34.08 Maggie De Block, ministre: Je trouve qu'elle pourrait venir ici. Parce qu'on a déjà supprimé plusieurs de ses questions depuis deux ou trois séances. Si elle n'a pas envie de venir; il ne faut pas laisser faire tout ce travail...

La **présidente**: Je suis d'accord avec vous.

34.09 Maggie De Block, ministre: Un peu de respect pour les services.

La **présidente**: On lui fera passer le message. Donc, il n'y aura plus que neuf points pour la prochaine fois. Ce sont les parlementaires qui ont demandé le report; ce n'est pas vous.

34.10 Maggie De Block, ministre: Nous avons quand même fait un grand effort pour rattraper le retard mais il y a malgré tout des questions qui manquent d'intérêt.

*La réunion publique de commission est levée à 19.50 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 19.50 uur.*