

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 24 APRIL 2018

Namiddag

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

du

MARDI 24 AVRIL 2018

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 14.15 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.15 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

De **voorzitter**: De vraag nr. 22929 van mevrouw Renate Hufkens wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

01 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge du lymphoedème" (n° 22937)

01 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van lymfoedeem" (nr. 22937)

01.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le lymphoedème concernerait environ 400 000 personnes dans notre pays. Comme vous le savez, le lymphoedème désigne une accumulation de liquide visible et palpable dans l'espace interstitiel. Il est le plus souvent localisé au niveau des membres. Mais il peut aussi apparaître au visage, dans le cou, sur le buste et les organes génitaux externes féminins et masculins.

Comme vous le savez également, il existe des lymphoedèmes primaires qui reposent sur une perturbation du développement du système lymphatique d'origine génétique. Ils peuvent également être secondaires, faisant ainsi suite à un cancer comme celui du sein.

Sa prise en charge demeure à ce jour complexe. De nombreux patients belges se rendent d'ailleurs actuellement en Allemagne, dans un centre spécialisé.

Madame la ministre, un projet pilote vient d'être lancé chez nous. Trois hôpitaux ont été sélectionnés dans ce cadre, à savoir l'UZ Leuven, Mont-Godinne et César de Paepe.

Des études récentes ont-elles été menées sur le lymphoedème? Quelle semble être la prise en charge la plus efficace dans ce cadre? Une approche multidisciplinaire et/ou chirurgicale est-elle à privilégier?

Combien de candidatures ont-elles été déposées dans le cadre du projet pilote? Sur base de quels critères les hôpitaux ont-ils été sélectionnés? Quelle approche a-t-elle été choisie pour la prise en charge du lymphoedème dans ce cadre?

Le projet porte, semble-t-il, sur une durée de quatre ans. Pourquoi avoir prévu une période aussi longue? Comment et par qui sera-t-il évalué?

Quels types de lymphoedèmes pourront-ils être traités dans le cadre de ce projet et qu'en sera-t-il pour l'accessibilité des patients concernés? En termes d'accessibilité pour les patients, qu'en sera-t-il des structures de plus petite taille, de proximité, plus proches des citoyens?

01.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, monsieur Senesael, je confirme qu'une convention pilote a été conclue avec des centres multidisciplinaires dans le cadre du traitement conservateur du lymphoedème. Cette approche consiste en un traitement non invasif prévoyant essentiellement un drainage lymphatique manuel, un bandage de décongestion et de l'exercice physique.

Auparavant, pour ce traitement, de nombreux Belges se rendaient dans des centres spécialisés à l'étranger, surtout en Allemagne et aux Pays-Bas. Jusqu'en 2013, les mutualités pouvaient intervenir dans les coûts de ces traitements effectués à l'étranger.

La modification de loi résultant de la transposition de la directive européenne relative aux soins de santé transfrontaliers a changé la donne.

En Belgique également, plusieurs centres hospitaliers ont investi, ces dernières années, dans le traitement conservateur. Cependant, ce traitement n'est que partiellement remboursable dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé. Il faut savoir qu'entre autres, les traitements de kinésithérapie de longue durée et de l'approche multidisciplinaire s'y trouvent.

L'objectif poursuivi par cette convention est de pouvoir proposer cette offre de soins aux patients en Belgique pour leur éviter un déplacement à l'étranger. Il existe également un traitement chirurgical du lymphoedème. Certains partisans de cette approche regrettent que le projet pilote ne vise que le traitement conservateur. Il faut néanmoins souligner que le traitement chirurgical est, depuis longtemps déjà, spécifiquement remboursé dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé. Il n'est donc pas question de discrimination.

Au total, huit hôpitaux ont introduit un dossier. Logiquement, les critères d'évaluation appliqués pour juger ces dossiers concernent surtout l'expérience et l'expertise spécifique en matière de traitement conservateur multidisciplinaire du lymphoedème, l'expérience clinique et scientifique du médecin responsable et du coordinateur, l'expérience théorique et pratique des autres thérapeutes de l'équipe, le nombre de patients que le centre a traités au cours des années antérieures suivant l'approche conservatrice et les résultats y afférant, la formation des kinésithérapeutes périphériques qui assurent le suivi des patients à domicile après leur phase de traitement intensif aux centres locaux et l'infrastructure spécifique disponible pour le traitement conservateur du lymphoedème.

Il était possible de conclure la convention avec trois à cinq centres. La convention a été conclue avec trois centres ayant obtenu le score d'évaluation le plus élevé dont un en Wallonie, un à Bruxelles et un en Flandre. Les trois centres sélectionnés étaient les seuls ayant obtenu un score supérieur à 50/100. Les autres centres ont obtenu au minimum 20 points de moins sur 100 que les centres sélectionnés.

Vous savez à quel point j'accorde de l'importance à la concentration de l'expertise plutôt qu'à la dilution de celle-ci et ce, dans l'intérêt du patient.

J'estime qu'une période de quatre ans n'est pas exagérée pour une phase pilote. Une évaluation statistique approfondie de la convention sera effectuée non seulement en fin de phase pilote mais aussi de manière intermédiaire déjà après deux ans, sur la base des données que les centres enregistreront uniformément. La période d'enregistrement doit être suffisamment longue pour pouvoir tirer des conclusions fondées dans le cadre de l'évaluation.

Vous me demandez qui va faire l'évaluation. Un Conseil d'accord est créé dans le cadre de la convention. Il est composé de membres du Collège des médecins-directeurs et des responsables des centres. Ce Conseil d'accord est responsable de l'évaluation.

La convention est destinée aux patients atteints d'une forme modérée ou grave de lymphoedème nécessitant un traitement multidisciplinaire ainsi que certaines interventions qui ne sont actuellement pas suffisamment couvertes par les remboursements prévus dans la nomenclature.

L'œdème doit se trouver à un stade avancé de gravité. Il doit y avoir une augmentation de volume minimale de la partie du corps affectée pour pouvoir bénéficier d'un remboursement. Ce minimum de 10 % est sciemment maintenu à un faible pourcentage afin de ne pas exclure d'avance certains patients pour qui le traitement intensif multidisciplinaire s'avère néanmoins utile.

Les centres seront appelés à réserver le traitement aux patients qui en ont le plus besoin. Les personnes atteintes de lymphœdème entrent également en ligne de compte moyennant la présence d'une composante lymphatique manifeste. Une des missions du Conseil d'accord susmentionné est de préciser les critères médicaux d'inclusion sur la base des expériences acquises dans le cadre du projet pilote.

Enfin, vous me posez des questions concernant l'accessibilité des centres pour les patients. À ce propos, je peux répondre que les patients suivent, en principe, le traitement au centre pendant quelques jours successifs. Si la situation d'un patient le justifie, le traitement peut être donné à l'hôpital dans le cadre d'une hospitalisation mais, en principe, le traitement après est ambulatoire.

Voilà mes réponses à toutes les questions de M. Senesael.

01.03 Daniel Senesael (PS): J'allais vous le dire, madame la ministre. Voilà des réponses précises à l'ensemble des questions qui ont été posées! Je vous en remercie. Vous me permettrez de les réexaminer de manière attentive et au calme.

01.04 Maggie De Block, ministre: Surtout au calme!

La **présidente:** Je pense que c'est effectivement nécessaire!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide apportée aux enfants souffrant d'hyperactivité et autres troubles associés" (n° 22989)

02 Vraag van mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hulpverlening voor kinderen met ADD of ADHD" (nr. 22989)

02.01 Nawal Ben Hamou (PS): Madame la ministre, le TDA/H ou trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité touche environ 96 000 enfants de moins de 14 ans en Belgique. Ce trouble cause des difficultés aux enfants pour inhiber et pour contrôler les idées, les gestes, les comportements et les émotions. Ces enfants peuvent être fortement distraits; ils peuvent avoir du mal à se concentrer, à assimiler des informations, et sont plus souvent impulsifs et à fleur de peau.

Ces troubles peuvent avoir de grandes répercussions sur ces enfants, leur apprentissage et leur évolution. Ces enfants ont donc besoin d'une prise en charge et d'infrastructures adaptées. Pourtant il apparaît qu'à l'heure actuelle en Belgique, leur encadrement est loin d'être suffisant. Même si je n'évoque pas le cas de l'école, pourtant indispensable mais ne relevant pas de nos compétences, ces enfants ont besoin d'être pris en charge correctement dans tous les autres aspects de leur vie.

Madame la ministre, quel est l'encadrement psycho-médical proposé à ces enfants? Un traitement médical leur est-il proposé? Si oui, quelle est son efficacité? Ce traitement est-il totalement remboursé? Comment pourrait-on encore améliorer l'encadrement de ces enfants afin de leur permettre d'en mieux s'intégrer dans la société?

02.02 Maggie De Block, ministre: Madame Ben Hamou, vous abordez un important problème de santé publique. C'est dans cette optique que de mai 2016 à fin 2017, j'ai financé un projet pilote dans l'ensemble des réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents. Au sein de chaque réseau, un expert des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité a été chargé de favoriser les circuits de soins pour les enfants et les adolescents atteints de ce trouble déficitaire. De plus, une enquête a été réalisée auprès de tous les partenaires impliqués, afin d'analyser les différences régionales et d'envisager quelles solutions pourraient être mises en place pour améliorer la prise en charge. Ces experts ont également développé un outil qui reprend les recommandations en matière de prise en charge et de diagnostic des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité. Cet instrument, qui reprend de nombreux outils, sera finalisé et diffusé largement vers tous les partenaires lors du premier semestre de cette année.

Même si le financement du projet pilote est terminé, les coordinateurs de chaque réseau en santé mentale pour enfants et adolescents auront pour objectif de diffuser le plus largement possible les nombreux outils à destination des patients, des parents, des médecins généralistes, des centres psycho-médico-sociaux et centres de promotion de la santé à l'école et des enseignants, qui ont été développés dans le cadre de ce

projet.

De plus, nous sommes en train d'évaluer la possibilité d'organiser dans le courant de l'année 2018 une journée d'étude sur cette thématique qui implique de nombreux acteurs. Les avis du Conseil supérieur de la santé et toutes les études pertinentes en matière de traitement et diagnostic du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ont été bien évidemment pris en compte dans la rédaction des recommandations pour les experts du diagnostic de ce trouble. Les alternatives non médicamenteuses doivent effectivement si possible être privilégiées. Il est important que les enfants qui n'ont absolument pas besoin de médicaments n'en prennent pas afin d'éviter le plus possible les effets secondaires, qui sont loin d'être anodins. Il faut bien évidemment veiller à une durée de prescription adaptée.

Enfin, pour avoir le détail sur le remboursement existant actuellement, je vous conseille de consulter ma réponse à la question écrite de Mme Van Camp. Je peux vous la communiquer.

02.03 Nawal Ben Hamou (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour ces réponses. Je voudrais bien recevoir la réponse que vous aviez donnée à Mme Yoleen Van Camp. Je vous remercie pour ces informations. Je suis ravie d'entendre que vous prenez la problématique au sérieux et à bras-le-corps. Il est important que les parents, les patients et les professeurs soient informés de cette problématique. Ce n'était pas le cas dans le passé. Je suis très enthousiaste suite à votre réponse. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers potentiels de l'ibuprofène sur la fertilité" (n° 23120)

03 Vraag van mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijke gevaren van ibuprofen voor de vruchtbaarheid" (nr. 23120)

03.01 Nawal Ben Hamou (PS): Madame la ministre, une étude internationale a récemment démontré que la prise régulière et à fortes doses d'ibuprofène entraînerait un dérèglement hormonal chez les hommes. La molécule perturberait en effet la production de testostérone et de spermatozoïdes. Les médicaments contenant la molécule de l'ibuprofène sont généralement utilisés à court terme. En revanche, dans les milieux sportifs, la consommation apparaît beaucoup plus régulière, voire excessive.

Les résultats de l'étude ont ainsi démontré que les hommes qui avaient pris de l'ibuprofène à haute dose souffraient d'un déficit de testostérone habituellement constaté chez les hommes âgés. Le manque de cette hormone sexuelle est ainsi compensé par une surproductivité de l'hypophyse qui à long terme, peut se retrouver en *burn-out*, provoquant de la sorte un effondrement de la testostérone, mais aussi des problèmes osseux ou psychologiques.

Les suites de l'étude devaient se concentrer sur les conséquences en termes de fertilité féminine. En effet, pour le moment, tout le monde dispose d'une tablette d'antidouleurs dans son sac. Dans le monde du sport, les entraîneurs en prescrivent souvent à leurs jeunes joueurs pour résister aux chocs.

Si les antidouleurs causent à long terme des problèmes de stérilité chez les hommes et les femmes, il s'agit d'un véritable problème de santé publique auquel il convient d'accorder une attention toute particulière.

Madame la ministre, que pensez-vous de cette étude? Avez-vous eu connaissance d'autres résultats? Quelles seront les suites de cette enquête, en particulier pour les femmes, et dans quel délai? Une campagne de sensibilisation concernant une utilisation à trop fortes doses de ces antidouleurs pourrait-elle être envisagée, notamment chez les sportifs? D'autres antidouleurs, non nocifs pour la santé, pourraient-ils être suggérés aux consommateurs? Savez-vous si d'autres médicaments courants, délivrés sans prescription, entraînent des conséquences en termes de stérilité masculine et féminine?

03.02 Maggie De Block, ministre: Madame Ben Hamou, oui, j'ai bien pris connaissance de l'étude à laquelle vous vous référez. Elle a été menée au Danemark auprès de 31 hommes en bonne santé, 14 ayant pris de l'ibuprofène et 17 un placebo.

Cette étude suggère que l'ibuprofène à dose journalière de 1200 mg pendant six semaines affecterait la fonction testiculaire. Les résultats montrent cependant que, bien que réduit, le taux de testostérone reste

dans la norme.

Sachez que l'ibuprofène, comme tous les médicaments autorisés, fait l'objet d'un suivi de pharmacovigilance en continu, tant à l'échelle nationale qu'europpéenne.

L'Agence européenne des médicaments (EMA) a pris l'initiative d'examiner l'étude et décidera d'éventuelles mesures réglementaires.

Ceci étant dit, une revue préliminaire n'a pas soulevé de nouvelles inquiétudes concernant la sécurité de l'ibuprofène dans l'utilisation normale à court terme. En l'occurrence, il s'agissait d'une période de six semaines, ce qui n'est pas du court terme.

Sur base de ces données, il me semble prématuré de prendre des mesures nationales de précaution ou d'envisager déjà une campagne de sensibilisation. Soyez toutefois assurée que les services de pharmacovigilance de l'AFMPS suivent attentivement les recommandations européennes.

03.03 Nawal Ben Hamou (PS): Je remercie la ministre pour ses réponses.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de M. Michel de Lamotte à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi accordé aux recommandations faites par la commission spéciale chargée du dossier dieselpgate" (n° 23295)

04 Vraag van de heer Michel de Lamotte aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolging van de aanbevelingen van de bijzondere commissie belast met het dieselpgatedossier" (nr. 23295)

04.01 Michel de Lamotte (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, cela fait maintenant plus de nouveudeux ans qu'a éclaté le scandale révélant l'installation par le constructeur automobile Volkswagen d'un logiciel destiné à tromper les tests d'homologation de ses véhicules en réduisant temporairement les émissions polluantes qu'ils émettent.

En mars 2016, la commission spéciale chargée du suivi du dossier dieselpgate avait produit un rapport qui donnait toute une série de recommandations au gouvernement fédéral.

J'ai déjà interrogé vos collègues notamment en charge de l'Environnement et de l'Économie. C'est votre tour aujourd'hui.

En ce qui concerne vos compétences, la commission précitée demandait: de lutter contre toutes les émissions nocives et leurs effets, et de miser sur une réduction non seulement des émissions de NOx, mais aussi de particules fines et d'ozone, ainsi que de tout autre polluant; de poursuivre l'analyse des effets sur la santé publique des émissions excessives de NOx par les véhicules diesel et d'en tirer notamment les conséquences en termes d'objectifs de santé susceptibles de prévenir et d'en réduire l'impact; de renforcer les analyses d'impact des particules fines sur la santé publique, avec une attention particulière pour toutes les personnes à risque; de plaider pour que le niveau européen veille à ce que l'impact sur l'environnement et la santé publique soit mieux pris en compte lors du processus de décision au niveau européen dans le cadre de l'effort consenti en matière de lutte contre les émissions de NOx, de CO₂ et de particules fines du secteur automobile.

Madame la ministre, aujourd'hui quelles mesures concrètes ont-elles été prises en ce sens? Pouvez-vous nous dresser le bilan de votre suivi des conclusions de cette commission?

04.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur de Lamotte, pour ce qui concerne la première recommandation que vous avez mentionnée, à savoir celle relative à la lutte contre toutes les émissions nocives, comme je vous l'ai déjà fait remarquer, cette matière est du ressort d'autres collègues. Je pense ici, par exemple, à l'augmentation des accises sur le diesel qui relève de la compétence du ministre des Finances. Les normes d'émissions Nm et Euro des véhicules à moteur sont également importantes. Les actions des Régions et des villes et communes sont bien évidemment cruciales. Je pense notamment à l'instauration de la zone basses émissions en Région bruxelloise et à Anvers.

Par ailleurs, pour ce qui concerne l'analyse et la prévention des effets d'émissions excessives de NOx par les véhicules diesel sur la santé publique, l'administration fédérale de l'Environnement et de la Santé a contribué aux travaux de la Cellule Nationale Environnement-Santé.

Il s'agissait des projets "Villes et Pollution" et "*Belgian Mortality Monitoring*". Le rapport de la Conférence interministérielle Environnement-Santé (CIMES) est entre-temps arrivé. Plusieurs études scientifiques ont bien évidemment démontré l'impact significatif et nocif des émissions.

Je vous rappelle que le fédéral n'est compétent que pour traiter des épisodes de pollution très graves. Il s'agit de la gestion de crises pour lesquelles sont principalement compétents les ministres de la Santé publique et de l'Intérieur.

À la suite des résultats de l'étude CIMES, l'Institut de Santé publique a élaboré des recommandations "santé" qui ont été discutées au sein du groupe de travail "fortes chaleurs et pics d'ozone", le vendredi 2 mars.

En ce qui concerne les analyses d'impact des particules fines sur la santé publique, mes services auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, continueront à suivre l'état d'avancement et à soutenir la recherche scientifique nationale et internationale sur l'impact des particules fines sur la santé publique.

La recherche effectuée dans le cadre des travaux de la Conférence interministérielle Environnement-Santé a mis en avant que les personnes à risque diffèrent en fonction du polluant, de la fragilité respiratoire ou cardiovasculaire mais aussi de la saison.

Une augmentation des particules fines durant les mois les plus chauds de l'année a un impact sur la mortalité cardiovasculaire des plus de 65 ans et sur la mortalité respiratoire des plus de 85 ans. En hiver, par contre, ces particules sont associées à la mortalité respiratoire surtout chez les 25 à 64 ans. L'impact sur la morbidité est aussi un aspect qui est suivi par les Régions.

En ce qui concerne la quatrième et dernière recommandation que vous mentionnez, différentes réglementations ont été votées et sont en cours de discussion au sujet des émissions de polluants. Pour en savoir plus, je vous suggère d'interroger aussi les ministres compétents, dont le ministre de la Mobilité.

Le deuxième paquet européen "*Real Driving Emissions*" concernant le NOx a été voté fin 2015, est entré en vigueur en septembre 2017 pour les nouveaux types de véhicules et entrera en vigueur d'ici septembre 2019 pour tous les véhicules neufs.

La réglementation "*Worldwide harmonized Light vehicles Test Procedures*", votée en juin 2016, permet de tester le véhicule de manière plus adaptée à notre conduite actuelle. Cela inclut, par exemple, le comportement dans les files.

Les contraintes sur tous les polluants sont donc augmentées. Le test est entré en vigueur en septembre 2017 pour les nouveaux types de véhicules. Il entrera en vigueur en septembre 2018 pour tous les véhicules neufs.

Le troisième paquet "*Real Driving Emissions*" vise, entre autres, les particules fines et a été voté le 20 décembre 2016.

Le quatrième paquet "*Real Driving Emissions*" concernant la conformité en service ainsi que le cas particulier des véhicules hybrides est encore en discussion.

04.03 **Michel de Lamotte** (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse et cet état des lieux de l'évolution du travail. J'entends bien ce qui est en cours. Ma question vise plutôt à savoir si vous allez vous inspirer ou prendre en main les conclusions de ces groupes de travail pour traduire en circulaires ou arrêtés royaux des questions importantes en termes de santé publique.

J'attends de votre part que vous me fassiez savoir quand les conclusions de ces groupes de travail pourront être mises en œuvre.

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

05 **Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beroepsgeheim van artsen" (nr. 23333)**

05 **Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le secret professionnel des médecins" (n° 23333)**

*Voorzitter: Yoleen Van Camp.
Présidente: Yoleen Van Camp.*

05.01 **Valerie Van Peel (N-VA):** Mevrouw de minister, ook al is het al even geleden, het assisenproces van de diaken des doods zal iedereen nog wel iets zeggen. Dat gaf aanleiding tot interessante discussies, vooral over het beroepsgeheim, dat immers een belangrijk aspect in dat assisenproces was.

Wim De Troyer, een van de psychiaters die de man had gezien, bond de kat de bel aan. Na de biecht van de bewuste Ivo Poppe dat hij meer dan tien personen de dood had ingejaagd, was die tot het besluit gekomen de hulp van een collega in te roepen voor een tweede opinie. Nadien heeft hij in samenspraak met de Orde beslist de feiten aan te geven, ondanks het beroepsgeheim, waaraan psychiaters vanzelfsprekend gebonden zijn, wat dan resulteerde in het proces.

Mijns inziens en naar mijn persoonlijk aanvoelen hebben de psychiaters in kwestie heel correct gehandeld. Het is heel belangrijk te onderstrepen dat het beroepsgeheim een van de fundamenteën van een goede zorgverlening is. Ik wil daaraan ook niet raken. Zeker voor artsen en psychologen is dat van uiterst groot belang voor het uitbouwen van een veilige relatie.

Het beroepsgeheim is echter niet absoluut, wat ik in andere discussies ook al uittreuren heb moeten beargumenteren. Het is niet absoluut en is ook nooit absoluut geweest. Het heeft ook nooit die absolute bedoeling gehad.

Naar mijn inschatting waren de feiten in het betreffende geval dermate ernstig dat van een noodsituatie kon worden gesproken. De psychiater in kwestie heeft ook het nodige overleg gepleegd, vooraleer hij zijn beslissing heeft genomen.

Er was echter nog een psychiater vóór hem, die al van dezelfde feiten op de hoogte was, maar een geheel ander besluit had genomen. Hij was van oordeel en is dat vandaag nog steeds dat het beroepsgeheim in de zaak in kwestie niet had mogen worden doorbroken.

De huidige regels rond het beroepsgeheim zijn voldoende evenwichtig. Ik herhaal dat het beroepsgeheim niet absoluut is. In noodsituaties of wanneer er van minderjarige of kwetsbare volwassen slachtoffers sprake is, is er een specifiek spreekrecht. Dat is gemoduleerd, opdat ernstige schendingen van de fysieke integriteit niet geheim zouden blijven. Het komt erop neer dat in sommige situaties mag en in sommige situaties in principe zelfs moet worden gesproken.

Mevrouw de minister, acht u het, gelet op het debat naar aanleiding van de rechtspraak in het dossier – het interessantste in de kranten de daaropvolgende dagen waren inderdaad de debatten tussen de verschillende psychiaters over het beroepsgeheim –, niet nuttig te overleggen met de Orde der Artsen over de eventuele opmaak van duidelijkere richtlijnen?

Ik heb immers de indruk dat sommige zorgverleners zich net iets te vaak beroepen op het beroepsgeheim om zichzelf te beschermen, en dus de verantwoordelijkheid, die zij maatschappelijk hebben, eigenlijk van zich afduwen.

05.02 **Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Peel, u zult mij willen excuseren dat ik niet inga op de specifieke casus, waarnaar u verwijst. Ik merk op dat het beroepsgeheim is opgenomen in artikel 458 van het Strafwetboek. Het beroepsgeheim is de hoeksteen van de vertrouwelijkheid van de therapeutische relatie tussen een verstrekker en een patiënt. Schending van het beroepsgeheim wordt gekwalificeerd als misdrijf, wat met zich meebrengt dat de regels hieromtrent de openbare orde raken. Dat neemt niet weg dat de principiële zwijgplicht ethische dilemma's kan veroorzaken bij beroepsbeoefenaars in de

gezondheidszorg. Dat was al het geval in tal van andere gevallen, waar het ging om mishandeling van en geweld tegen onder andere kinderen.

U vraagt of de Orde van Artsen zich kan uitspreken over het beroepsgeheim van een beroepsgroep. De orde is tot nader bericht eigenlijk een tuchtcollege. Het lijkt dus geen taak voor de orde, gezien de eerder geformuleerde vaststelling dat het beroepsgeheim onderworpen is aan regels van openbare orde en bepalingen in het Strafwetboek.

Ik kan mij wel vinden in de stelling dat het beroepsgeheim niet als absoluut dient gekwalificeerd te worden. Het Hof van Cassatie heeft ter zake dan ook twee belangrijke arresten gevelde. Op 9 februari 1988 stelde het Hof van Cassatie dat artikel 458 geenszins kan worden ingeroepen om de dader van een misdrijf waarvan de patiënt het slachtoffer is, vrijuit te laten gaan. Dat lijkt me bij uw casus meer het geval te zijn geweest. In het arrest van 29 oktober 1991 stelde het hof ook uitdrukkelijk dat het medisch beroepsgeheim niet absoluut is. Er zijn dus juridische precedents.

Ten slotte bestaat er ook rechtspraak met betrekking tot het afwenden van het medisch beroepsgeheim van zijn ware doel, dus de therapeutische relatie, ingeval de drager van het beroepsgeheim zich in een noodtoestand bevindt. Het komt mijn collega van Justitie toe om u verder toe te lichten of de bestaande jurisprudentie volstaat, dan wel of er een noodzaak is om bij wet formele uitzonderingen toe te staan. De beoefenaar zal zich desgevallend nooit op adviezen van de Orde van Artsen kunnen beroepen wanneer hij of zij het beroepsgeheim schendt.

Ofwel geeft de bestaande rechtspraak genoeg vrijheid aan de arts om zich van zijn beroepsgeheim te ontdoen in meerdere gevallen. Ofwel vindt men dat het beroepsgeheim te allen tijde moet worden bewaard.

Veel hangt af van de interpretatie door de arts zelf. Men leest dat soms door twee verschillende brillen. In het aangehaalde geval heeft de arts geoordeeld dat hij, bij het vaststellen van de moord, zijn beroepsgeheim naast zich moest neerleggen. In andere dossiers werden misschien ooit feiten verzwegen.

05.03 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, het is vooral het tweede deel wat mij interesseert. U zegt dat een en ander niet de taak van de Orde der Geneesheren is. Ik begrijp wat u zegt, zeker als het over het strafrechtelijke gaat, maar dat gaat over het doorbreken van het beroepsgeheim. Ik maak mij echter meer zorgen over het niet doorbreken van het beroepsgeheim, wat vandaag door een psychiater wordt verdedigd. In de sector van zowel de gezondheidszorg als van het maatschappelijk werk delen velen het standpunt dat er geen enkele reden kan zijn om het beroepsgeheim te doorbreken.

Ik maak mij daarover zorgen, want ik vind dat het maatschappelijk belang bij maatschappelijk werkers en zorgverleners moet doorwegen en dat een en ander nu niet genoeg is uitgebalanceerd.

Ik vraag mij af of de beroepsgroepen of de Orde der Geneesheren hierin geen rol kunnen spelen en het debat kunnen uitkristalliseren bij de beroepsgroepen. Nu zijn er immers twee kampen. Er is het kamp dat de mogelijkheden in de wet gebruikt om in bepaalde situaties toch het beroepsgeheim te doorbreken, ook al is dat geen gemakkelijke zaak. Het andere kamp zal, aangezien er geen verplichting bestaat – hoewel dat juridisch voor interpretatie vatbaar is, want de uitspraken ter zake zijn niet eenzijdig – zelfs niet overwegen om met zaken naar buiten te komen.

Daar zit een enorm spanningsveld. Ik vind het jammer dat een en ander niet meer wordt uitgekristalliseerd en dat er ter zake niet meer krijtlijnen worden getrokken. Het beroepsgeheim is inderdaad nodig voor een goede relatie met de patiënt en hem of haar de beste zorg te geven. Maar als men het beroepsgeheim nooit verbreekt, kan men toch ook een en ander op zijn kerfstok hebben, omdat men zaken had kunnen vermijden met andere slachtoffers. Ik blijf de kwestie moeilijk vinden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 **Question de Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la plagiocéphalie des nourrissons" (n° 23396)**

06 **Vraag van mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "plagiocephalie bij zuigelingen" (nr. 23396)**

06.01 Nawal Ben Hamou (PS): Madame la ministre, depuis plus de vingt ans, l'OMS conseille aux jeunes parents de faire dormir les nouveau-nés sur le dos afin de réduire les risques de mort subite du nourrisson. Une étude canadienne menée en 2013 démontre que, depuis lors, le nombre d'enfants atteints de plagiocéphalie a augmenté de 46 %. La plagiocéphalie est l'aplatissement du crâne du bébé. Les conséquences médicales sont, à l'heure actuelle, méconnues du corps médical, mais les études à ce sujet montrent qu'en plus de l'aspect esthétique disgracieux, la plagiocéphalie peut entraîner un mauvais positionnement des dents, de la mâchoire, des oreilles, et pourrait même avoir des conséquences neurologiques étant donné que le cerveau ne dispose pas de la place adéquate pour se développer.

Ces maux entraîneraient des prises en charge nombreuses et parfois lourdes, d'abord chez les kinésithérapeutes ou ostéopathes, ensuite chez les orthophonistes, ORL, neurologues, etc. Pour les cas les plus graves, le port d'une orthèse crânienne pendant plusieurs mois est requis. Indépendamment des autres frais liés aux visites chez les différents médecins et spécialistes, le prix d'une orthèse crânienne peut atteindre les 3 000 euros.

Au-delà du simple problème esthétique, la plagiocéphalie est un problème de santé onéreux, et la multiplication des cas est inquiétante. Par ailleurs, des voix s'élèvent parmi les parents d'enfants concernés. Ces parents se sentent incompris du corps médical, la plupart des pédiatres et des kinésithérapeutes rétorquant que cette déformation du crâne se résoudra d'elle-même avec l'âge.

Madame la ministre, êtes-vous au courant de ce phénomène? Disposez-vous de chiffres plus précis sur la question? Depuis l'application des conseils de l'OMS sur le couchage des bébés relatif à la prévention des risques de mort subite, on note une augmentation de 46 % des cas de plagiocéphalie. De nouvelles études ont-elles récemment été menées sur la question? La plagiocéphalie est-elle prise en considération? À l'heure actuelle, le corps médical, et le secteur pédiatrique en premier lieu, ont-ils été sensibilisés et formés à la question? Je vous remercie pour vos réponses.

06.02 Maggie De Block, ministre: Madame Ben Hamou, depuis les recommandations de l'OMS sur le couchage sur le dos afin de diminuer les risques de mort subite du nourrisson, une augmentation des cas de plagiocéphalie positionnelle du nourrisson est en effet rapportée. Cette pathologie peut, lorsqu'elle n'est pas reconnue à temps, conduire à des complications mécaniques sur le plan maxillo-facial ou cervico-brachial, voire à des conséquences cognitives. Lorsque la plagiocéphalie est installée, le traitement par kinésithérapie est souvent nécessaire. La plagiocéphalie qui demande un traitement par orthèse est, par contre, exceptionnelle.

Des études menées dans divers pays comme le Canada et la France suggèrent une augmentation de la plagiocéphalie positionnelle.

Étant donné que cette affection ne fait pas l'objet d'un enregistrement systématique, mes services ne disposent pas de chiffres recensant ce phénomène dans notre pays.

Dans certaines maternités, lors du séjour en post-partum, une sensibilisation des parents à la plagiocéphalie est abordée lors de l'information sur le mode de couchage des bébés, tout en rappelant les recommandations de l'OMS en matière de mort subite du nourrisson.

De même, tant l'ONE que Kind en Gezin cherchent à informer les parents de la problématique, notamment via leurs sites web et en donnant certains conseils et recommandations pour limiter le risque. Un exemple consiste à positionner de temps à autre le bébé en période d'éveil sur le ventre.

Enfin, en ce qui concerne votre question à propos de la formation de professionnels, je dois vous dire que les autorités compétentes sont les Communautés.

06.03 Nawal Ben Hamou (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. C'est une maman qui m'a interpellée pour m'avertir de cette problématique. Elle me disait que les pédiatres n'étaient pas suffisamment informés de cette malformation. Par exemple, dans le centre où elle a amené son enfant, il s'agit de quinze à vingt cas par mois. Cela concerne quand même un nombre important de bébés! Il serait peut-être intéressant de réfléchir à une solution afin d'aider ces parents à éviter ce genre de tracas. Je pensais peut-être aussi à une prise en charge financière par l'INAMI.

06.04 Maggie De Block, ministre: Je ne comprends pas comment vous pouvez disposer de chiffres que

nous n'avons pas.

06.05 Nawal Ben Hamou (PS): Ils proviennent de la dame de ce centre. Je peux vous fournir ses coordonnées. Elle est même prête à venir au Parlement ou à vous rencontrer pour vous faire part de tout ce qu'elle rencontre au quotidien et de ce nombre important de bébés qui sont aujourd'hui atteints de plagiocéphalie. Elle est prête à vous rencontrer et à en discuter avec vous. Aujourd'hui, ce sont aussi les parents qui subissent ...

06.06 Maggie De Block, ministre: Il est possible que les parents remarquent ce problème mais il y a aussi les infirmières de l'ONE qui pèsent l'enfant, qui mesurent le développement de son crâne, etc. Je ne comprends pas qu'un pédiatre ne soit pas au courant. Cela, je ne le comprends pas! C'est inquiétant!

06.07 Nawal Ben Hamou (PS): Les pédiatres disent souvent que, comme cela se produit avant les trois mois du bébé, cela va passer.

06.08 Maggie De Block, ministre: Non, rien ne se passe de la sorte.

06.09 Nawal Ben Hamou (PS): Cela va se remettre en place, mais pas quand le bébé a six mois.

De **voorzitter:** Mevrouw Ben Hamou, u heeft als parlamentslid het laatste woord maar kunnen wij het dossier hier afronden? Het format is 2-2-1 voor vragen. Iedereen wil graag dat zijn vraag aan bod komt, dus mag ik vragen om af te ronden.

06.10 Nawal Ben Hamou (PS): Si Mme la ministre est d'accord, je lui transmettrai les coordonnées du centre pour qu'elle en discute avec cette dame.

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

07 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een geneeskunde van twee snelheden" (nr. 23656)
- de heer **André Frédéric** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evolutie naar een geneeskunde van twee snelheden" (nr. 23742)

07 Questions jointes de

- **Mme Nathalie Muylle** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une médecine à deux vitesses" (n° 23656)
- **M. André Frédéric** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le développement d'une médecine à deux vitesses" (n° 23742)

07.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, deze vraag dateert van januari en is dus niet meer zo actueel, maar ik zou toch graag een stand van zaken krijgen in een zaak die veel opschudding veroorzaakte.

In het UZ Leuven zou men aan patiënten per brief hebben laten weten dat het opteren voor een eenpersoonskamer de enige garantie bood op een operatie door de professor zelf. Blijkbaar kan men die garantie niet krijgen wanneer men voor een meerpersoonskamer kiest. Ik had daar ook vragen bij, hoewel er veel zaken bij gehaald werden die niet tot de essentie behoorden.

Een van de eerste doelstellingen van een universitair ziekenhuis is studenten opleiden. Ik ben er dus absoluut voorstander van dat studenten ervaring kunnen opdoen. Daarmee heb ik helemaal geen probleem, maar ik heb er wel een probleem mee dat de uitvoering van een operatie door een hoofdarts of professor alleen gegarandeerd is als men voor een eenpersoonskamer kiest.

U hebt daarover ook uitspraken gedaan. U zou het verder bekijken, vandaar mijn vragen, mevrouw de minister.

Is er verder gevolg aan gegeven? Is dat probleem opgelost? Volgens mij gaat die regeling ook in tegen de ziekenhuiswet als de zorgkwaliteit gekoppeld wordt aan financieel vermogen. Elke patiënt moet dezelfde zorg kunnen krijgen, ongeacht zijn keuze voor een individuele of gemeenschappelijke kamer.

Welk gevolg hebt u daaraan gegeven?

07.02 André Frédéric (PS): Madame la ministre, j'ai eu l'occasion de vous interroger dernièrement en séance plénière sur cette pratique inacceptable de médecins refusant de pratiquer des interventions eux-mêmes parce que les patients ne choisissent pas de séjourner en chambre particulière, ce qui est tout à fait inacceptable. C'est ce que vous aviez évidemment soutenu en séance plénière.

Selon la presse, ces pratiques auraient encore cours et certains médecins précisent même que, si les clients n'optent pas pour une chambre individuelle, leur prise en charge et leur opération seront effectuées par des assistants ou des étudiants.

Ainsi, l'hôpital universitaire de Louvain a adressé une lettre à un de ses patients qui devait subir une opération des yeux, précisant qu'il bénéficierait d'un régime de faveur s'il optait pour une chambre individuelle. Il est intolérable que les soins prodigués aux patients diffèrent en fonction qu'ils aient ou non une assurance complémentaire, en fonction qu'ils aient ou non suffisamment de moyens pour choisir une chambre particulière.

Notre système de soins de santé est actuellement basé sur un principe de solidarité et d'équité. Nous refusons qu'il en soit autrement à l'avenir! Mais, il faut être honnête, si les hôpitaux tolèrent ce genre de pratiques, c'est parce qu'il s'agit d'un moyen pour eux d'attirer certains spécialistes en leur sein en raison, notamment, de la pénurie qui existe dans certaines spécialités, mais également en raison d'un problème structurel concernant leur financement.

La question des rétrocessions d'honoraires pose aussi toujours question à l'heure actuelle. Quoi qu'il en soit, nous nous insurgons clairement contre ces pratiques commerciales et contre le développement de ce type de médecine à deux vitesses!

Madame la ministre, nous le savons, plainte peut être déposée lorsque de telles pratiques sont constatées. J'aimerais dès lors savoir combien de plaintes ont été déposées pour ces raisons ces dernières années et auprès de qui. Des sanctions ont-elles déjà été appliquées? C'est le sens de la question de ma collègue. N'estimez-vous pas nécessaire de prendre des mesures supplémentaires pour empêcher de telles pratiques? Nous savons que nombre d'hôpitaux se trouvent dans une situation financière difficile, ce qui explique en grande partie le fait qu'ils tolèrent ce type de pratiques. Vous avez lancé une réforme du paysage hospitalier et de son financement.

Nous sommes cependant encore dans l'attente de la voir aboutir, bien que, entre le dépôt de la question et aujourd'hui, deux avant-projets sont passés juste avant le congé de Pâques: un avant-projet sur le financement forfaitaire pour le *cluster* 1 et l'autre sur les quelque 25 réseaux hospitaliers. Vous prévoyez également une réforme de la nomenclature mais, là aussi, un flou persiste sur sa concrétisation. Où en êtes-vous dans ces importantes réformes? Envisagez-vous sincèrement de vous attaquer à la question de la rétrocession des honoraires hospitaliers afin que le manque de moyens des hôpitaux ne soit pas compensé au détriment des patients et ne conduise au développement d'une médecine à deux vitesses? Je vous remercie.

07.03 Maggie De Block, ministre: Mevrouw Muylle, monsieur Frédéric, je vous remercie pour vos questions.

Je comprends votre indignation, parfaitement justifiée au regard des pratiques évoquées. Au demeurant, j'ai été fort contrariée en prenant connaissance des informations diffusées dans les médias à ce sujet. J'ai d'emblée jugé nécessaire de souligner le caractère totalement inadmissible de telles pratiques.

Mevrouw Muylle, zoals u weet staat dit inderdaad reeds in de ziekenhuiswet. Op mijn voorstel werd eind 2016 uitdrukkelijk in de ziekenhuiswet opgenomen dat, ongeacht de keuze voor opname in een individuele kamer, een tweepersoonskamer of een gemeenschappelijke kamer, de patiënt altijd recht heeft op hetzelfde aanbod aan kwaliteitsvolle gezondheidszorg. In de voorbereidende werkzaamheden bij deze wet werd verduidelijkt dat deze bepaling onder meer slaat op situaties waarbij de keuze qua behandelende arts wordt ingeperkt door de kamerkeuze of vice versa.

Het is dan ook volstrekt onwettig om de kwaliteit van de verleende zorg afhankelijk te maken van de door de

patiënt gemaakte keuze van het kamertype. Elke patiënt moet erop kunnen rekenen volgens zijn behoeften de best mogelijke dienstverlening te zullen ontvangen. Ik ben het ermee eens dat het daarbij niet altijd om de professor moet gaan, er zijn ook heel goede mensen in opleiding die hen met de beste zorg kunnen omringen.

Pour protéger ce principe majeur, nous avons également prévu l'incrimination des infractions commises à son encontre. Quiconque est confronté à ces pratiques ou en a connaissance peut, par conséquent, les signaler à la justice. Les patients qui en sont victimes peuvent également s'adresser au service de médiation d'un hôpital.

En tant que ministre fédéral de la Santé publique, je ne suis toutefois pas en mesure de vous informer du nombre de faits signalés ou de plaintes qui sont déjà parvenus à ces services de médiation. Cette compétence relève en effet des ministres des entités fédérées.

Er is wel een gemengde werkgroep geïnstalleerd binnen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV waarbij experts uit het werkveld betrokken zijn. Die werkgroep zal trachten om tot een afsprakenkader te komen tussen de vertegenwoordigers van artsen, ziekenhuizen en ziekenfondsen over de volgende thema's: ten eerste, de transparantie voor de patiënt over de kosten van de verstrekkingen verleend in het ziekenhuis, door de invoering van een voorafgaande kostenraming voor bepaalde opnames, door de aanduiding op de factuur van het aandeel van de erelonen en de ereloonsupplementen die worden afgedragen aan het ziekenhuis en door de actualisering van de bestaande regeling van aanrekenbare voorschotten; ten tweede, de optimalisering van het gegevensbeheer; ten derde, de correctie van ereloonsupplementen in bijzondere situaties en ook de invoering van een grensbedrag; ten vierde, de beheersing van de groei van de erelonen in en buiten de ziekenhuizen.

De werkgroep is bezig met die opdrachten en werkt die af. Naar Belgische gewoonte zal er een akkoord zijn over elk van de onderdelen als er over alles een akkoord is, maar dat zou wel een belangrijke stap vooruit kunnen zijn.

07.04 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik ben blij met het standpunt dat u inneemt.

Heb ik juist begrepen dat dit doorgegeven is aan Justitie en dat er nog altijd een onderzoek loopt? Is die praktijk in het universitair ziekenhuis vandaag nog altijd geldig, of is daar een einde aan gekomen?

07.05 Minister Maggie De Block: Nee, die praktijk is beëindigd. De heer Decramer heeft direct een verklaring uitgebracht over die brieven en heeft ook op andere diensten laten onderzoeken of er dergelijke brieven circuleren. Door een gunstige wind ontvangen wij soms ook van andere ziekenhuizen zulke brieven. In voorkomend geval wordt er meteen contact opgenomen om die brieven terug te trekken en om die praktijk ongedaan te maken.

Vorige week hebben wij bijvoorbeeld een brief ontvangen van iemand die een uitnodiging kreeg voor een consultatie en waarbij gezegd werd dat hij zich mocht onthouden als hij ten laste van het OCMW of als hij illegaal was. Het ging om een openbaar ziekenhuis en dat stond zo op papier. Ik denk dat dit ook redelijk ongepast genoemd mag worden.

07.06 Nathalie Muylle (CD&V): Dank u wel.

07.07 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse. J'étais persuadé que vous seriez tout autant indignée que nous.

Comme vous le savez, je n'appartiens pas au monde médical. Mon analyse est plutôt celle d'un simple citoyen. Cette question me préoccupe. En effet, si nous avons droit à un spécialiste ou à un débutant en fonction de l'état de notre portefeuille, cela n'a rien de rassurant pour une grande partie de nos concitoyens.

Il me semble que l'on réagit au coup par coup, selon les infos qui nous parviennent. Je me demandais, madame la ministre, s'il ne serait pas utile que vous preniez l'initiative de rappeler à toutes les institutions médicales de ce pays le caractère illégal de telles pratiques. Cela aurait le mérite d'éclaircir la situation.

Je vois que vous réfléchissez mûrement à ma proposition et vous remercie de l'attention que vous y avez

accordée.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Questions jointes de

- Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "*le binge drinking chez les jeunes*" (n° 23809)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "*l'étude relative à la limite d'âge pour la vente de boissons alcoolisées*" (n° 23958)

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "*bingedrinken bij jongeren*" (nr. 23809)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "*de studie over de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcoholhoudende dranken*" (nr. 23958)

08.01 Nawal Ben Hamou (PS): Madame la ministre, une récente étude menée par l'université de Vienne démontre les effets négatifs du *binge drinking* sur le cerveau mais aussi sur le squelette des jeunes. Cette pratique qui consiste à boire énormément d'alcool en peu de temps n'est pas récente mais le phénomène s'accroît, surtout chez les jeunes femmes.

Selon l'UCL, c'est aujourd'hui près de 30 à 40 % des jeunes de 16 à 20 ans qui consommeraient de l'alcool à l'excès. Les jeunes qui s'adonnent au *binge drinking* auraient une tendance plus grande à développer de l'ostéoporose en vieillissant. L'abus d'alcool diminuerait la masse musculaire mais également la mémoire et les capacités mentales, entraînant ainsi des conséquences importantes à long terme.

Outre les autres conséquences dues à l'abus d'alcool, les jeunes qui s'adonnent au *binge drinking* et qui consomment très régulièrement de l'alcool ont malheureusement trois ou quatre fois plus de chances d'être alcooliques à l'âge adulte. Si le phénomène n'est pas nouveau, c'est un vrai problème de santé publique auquel il faut s'attaquer!

Madame la ministre, envisagez-vous enfin des initiatives concrètes pour enrayer ce phénomène qui ne fait que s'accroître?

Votre gouvernement nous avait annoncé la mise en œuvre d'une stratégie globale de lutte contre la consommation excessive d'alcool. Y avez-vous définitivement renoncé? Une révision de la législation permettant aux jeunes d'acheter de l'alcool dès 16 ans est-elle envisagée? Une campagne de sensibilisation auprès des jeunes sur les dangers du *binge drinking* est-elle prévue, particulièrement dans les milieux étudiants?

08.02 Maggie De Block, ministre: Madame Ben Hamou, nous avons eu des discussions concernant un plan alcool au sein de la conférence interministérielle de santé publique. Lors de ce débat, j'ai souligné que je n'étais pas favorable à l'augmentation de l'âge minimum. L'étude dont vous parlez mentionne un manque de preuves, ce qui confirme ma conviction qu'une consommation responsable de produits alcoolisés n'est pas automatiquement liée à une augmentation de l'âge.

J'ai précisé à plusieurs reprises les mesures que je compte prendre. Concernant la vente d'alcool aux jeunes, je travaille à un projet de simplification et d'amélioration de la législation actuelle tant pour le consommateur que pour le vendeur. Ceci devrait aboutir sous cette législature.

J'ai également eu un premier contact avec le secteur des producteurs de boissons alcoolisées au sujet de l'étiquetage. Ce dossier n'est pas simple au vu de la diversité des producteurs et du cadre strict du marché interne européen.

Enfin, concernant la publicité, je souhaite que le Jury d'Ethique Publicitaire dispose de plus d'outils pour restreindre les publicités inappropriées.

La mise en place d'une éventuelle campagne de sensibilisation n'est pas une compétence fédérale mais bien une compétence des entités fédérées.

08.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister heeft geantwoord op vijf van de zes aspecten van mijn vraag nr. 23958, dus ik begrijp niet goed waarom deze vragen niet werden samengevoegd.

Als u die vraag wilt toevoegen aan de huidige vraag, het antwoord is dus al gegeven.

De **voorzitter**: Ik vraag het secretariaat of wij dat technisch kunnen oplossen.

08.04 Nathalie Muylle (CD&V): De titel is wat misleidend, maar de inhoud van de vragen is dezelfde.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voedsel etikettering" (nr. 23851)

09 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étiquetage des denrées alimentaires" (n° 23851)

09.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in de maand februari verschenen er berichten dat u onderzoekt of er eenvoudige labels op voedselverpakkingen moeten komen om aan te duiden hoe gezond of ongezond ons eten is. Hiermee zou België het voorbeeld volgen van Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. Ook Europa en de Wereldgezondheidsorganisatie roepen op tot betere informatie via voedsel etikettering.

Ik vind het goed dat u nu kijkt naar een manier om te zorgen voor transparante en ondubbelzinnige informatie over de gezondheid van ons voedsel. Ik heb dan ook al in juni 2015 hierover een resolutie ingediend waarin ik pleit voor een voedsel etiketteringssysteem. Deze resolutie is uiteindelijk geland in een globale resolutie van deze commissie.

In mijn toenmalige resolutie pleitte ik voor een brede consultatieronde met alle partijen betrokken bij de thematiek van voedsel etikettering. Mijn uiteindelijke doelstelling was te komen tot een interpretatief etiketteringssysteem. Volgens de berichten bent u op dit moment aan het onderzoeken of de invoering van zo'n systeem haalbaar is en of er een draagvlak voor bestaat.

Ik heb hierover een aantal vragen.

Ten eerste, hoever staat u in het onderzoek naar de invoering van het etiketteringssysteem? Wat is de timing van afronding van het onderzoeksproces? Heeft u al voor een systeem van etikettering gekozen? Er bestaan immers verschillende systemen. Zo ja, welk systeem heeft de voorkeur?

Ten tweede, welke overwegingen worden meegenomen in de uiteindelijke beslissing voor het uitwerken van het etiketteringssysteem? Ik lees dat u zal focussen op draagvlak en haalbaarheid. Hoe zal u deze zaken beoordelen? Op basis van welke factoren wordt een systeem gekozen?

Ten slotte, een etiketteringssysteem hoort voort te vloeien uit een dialoog met alle stakeholders. Is een consultatieronde opgestart met de betrokken partijen? Welke partijen werden hierbij betrokken?

09.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Hoof, ik ben er inderdaad van overtuigd dat een duidelijk label op voedingswaren kan helpen *to make the healthy choice the easy choice*. We weten immers allemaal dat winkelen snel moet gaan. Ik heb daarom aan mijn diensten gevraagd een brede consultatieronde te houden met alle betrokken stakeholders – consumenten, producenten, retailers – die trouwens een behoorlijk gamma huismerken verdelen – enzovoort.

Bovendien hebben mijn diensten in het buitenland bestaande systemen bestudeerd, het wetgevende en het reglementaire kader in kaart gebracht en de bestaande literatuur onderzocht. Ik laat de kwestie ook op de agenda plaatsen van de overlegvergaderingen omtrent voeding en gezondheid tussen mijn diensten en de gezondheidsadministraties, en kabinetten van de deelstaten. Het is immers duidelijk dat een label geen zin heeft wanneer het niet wordt gekaderd in de algemene sensibilisering omtrent evenwichtige en gezonde voeding waarvoor, zoals u weet, de Gemeenschappen bevoegd zijn.

Een eventueel label dat door België zou worden gefaciliteerd, moet voldoende eigenschappen hebben. Het moet gebaseerd zijn op wetenschappelijke criteria, het moet laagdrempelig en makkelijk begrijpbaar zijn voor de consument en het moet een voldoende draagvlak vinden bij producenten en verdelers zodat het op een groot gamma van producten kan voorkomen. Ik blijf hiervoor in overleg en hoop de komende maanden ook daaromtrent tot een consensus te komen.

Ondertussen zijn er ook bedrijven die al een label uitwerken voor hun huismerk. Vorige week bezocht ik een grote verdeler in het kader van de re-integratie, maar het ging natuurlijk ook over gezonde voeding. Die verdeler staat dicht bij de aankondiging van een gemakkelijk label voor zijn huismerk waarvoor hij zich inspireert op het Franse systeem. Het bedrijf heeft daarvoor de nodige research gedaan en dat zou het eenvoudigste, snelste, meest zichtbare zijn en zou mensen tijdens hun inkopen toelaten om een snelle en gezonde keuze te maken. Ik kijk daar samen met u naar uit.

09.03 Els Van Hoof (CD&V): Er is inderdaad veel overleg nodig, mevrouw de minister, maar België kan natuurlijk wel een systeem naar voren schuiven. Men kan dat systeem niet opleggen, maar kan het wel melden bij de Europese Unie.

Wat er vandaag gebeurt, is dat verschillende grote bedrijven zelf een voorkeursysteem kiezen. Het risico is natuurlijk dat sommige bedrijven voor Nutri-Score uit Frankrijk kiezen en andere voor het verkeerslichtensysteem, waardoor er geen uniformiteit voor de consument is. Ik voel dat het mogelijk is dat zeer snel zal worden gekozen voor diverse systemen en zou daarom vragen dat de overheid bepaalt welk systeem voor de consument het duidelijkst is.

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

10 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van intraveneuze antibiotica bij ambulante behandeling" (nr. 23857)

10 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'antibiothérapie intraveineuse en ambulatoire" (n° 23857)

10.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik stelde u in oktober reeds een vraag over vacuümtherapie en de terugbetaling en toepassing ervan ambulant. U zei toen dat er een pilootproject op touw werd gezet. Er is een gelijkaardig probleem met betrekking tot IV-antibiotica in de thuisverpleging.

Is daarvoor ook een pilootproject gepland of plant u er een?

Is er een aanpassing van de nomenclatuur of wetgeving gepland opdat de terugbetaling van antibiotica intraveneus thuis ook terugbetaald kan worden?

10.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, in januari gingen 12 pilootprojecten van start om formules van thuishospitalisatie te testen voor behandelingen die tot nu toe in het ziekenhuis plaatsvinden. Deze projecten gaan vooral over twee soorten behandelingen, met name kankertherapie via chemotherapie aan huis en intraveneuze toediening van antibiotica. De projecten richten zich dus op een thuisbehandeling, die in de plaats komt van een klassieke of daghospitalisatie en niet van de klassieke ambulante zorg thuis bij de patiënt. Er wordt dus een kader gecreëerd voor een behandeling die een opname in een ziekenhuis vermijdt of ten minste verkort.

Op dit moment zijn slechts enkele antibiotica die intraveneus worden toegediend, verkrijgbaar via zowel de voor het publiek opengestelde apotheken als via de ziekenhuisapotheken. De andere zijn vaak beperkt tot de ziekenhuizen en worden daarom dan ook alleen terugbetaald voor gehospitaliseerde patiënten. Dat heeft voornamelijk te maken met de veiligheid van de patiënt, gezien de eventuele kans op grove nevenwerkingen.

De doelstelling van de pilootprojecten is om na te gaan in welke mate de behandeling die nu alleen in een ziekenhuis kan gebeuren, ook thuis bij de patiënt kan plaatsvinden en in welke voorwaarden en voorzorgen wij moeten voorzien zodat de veiligheid van de patiënt gegarandeerd blijft.

De aflevering van de intraveneus toe te dienen antibiotica door de ziekenhuisapotheek is toegestaan in het specifiek kader van de pilootprojecten. De patiënt krijgt met andere woorden de geneesmiddelen

terugbetaald die anders niet verkrijgbaar zijn via de publieke officina. Wij zullen uit de evaluatie van de pilootprojecten dus lessen kunnen trekken rond de beschikbaarheid van intraveneus toe te dienen antibiotica in de ambulante zorg.

Na een positieve evaluatie in de pilootprojecten en bij eventuele veralgemening, zal dus een aantal aanpassingen aan de regelgeving nodig zijn, onder meer met betrekking tot de aflevering en terugbetaling van bepaalde medicatie die thuis kan worden gebruikt en via de gewone apotheker kan worden verdeeld, terwijl dit nu alleen door een ziekenhuisapothek kan worden verdeeld.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Mme Isabelle Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude portant sur le lien entre pollution de l'air et infarctus du myocarde" (n° 23875)

11 Vraag van mevrouw Isabelle Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie over het verband tussen luchtvervuiling en hartinfarcten" (nr. 23875)

11.01 Isabelle Galant (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le 8 février, le docteur en cardiologie, Jean-François Argacha, présentait devant la Belgian Society of Cardiology (BSC) les résultats d'une étude multidisciplinaire portant sur la relation entre pollution de l'air et infarctus du myocarde.

Menée auprès de 11 400 patients durant deux ans, cette étude démontre les effets des particules fines et du dioxyde d'azote sur le coeur. Ces particules sont essentiellement rejetées par les motorisations diesel que l'on retrouve en forte concentration dans nos grandes villes.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance des résultats de cette étude et des constats qu'elle dresse? Comment votre ministère aborde-t-il cette problématique? Les moyens accordés aux organismes de recherche en cardiologie moderne vous semblent-ils suffisants au vu de l'importance des travaux qui y sont menés?

11.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Galant, l'impact de la mauvaise qualité de l'air due aux particules fines et NOx émises par la combustion d'énergie fossile (comme le diesel) sur les maladies cardiovasculaires est démontré depuis de nombreuses années. J'ai bien pris connaissance de cette énième étude démontrant cet effet néfaste.

Pour l'Organisation mondiale de la Santé, la pollution de l'air représente d'ailleurs un risque environnemental majeur pour la santé. Elle a établi des lignes directrices relatives à la qualité de l'air. Celles-ci sont actuellement révisées pour prendre en compte les dernières évolutions des connaissances, notamment celles que vous mentionnez. Ces lignes directrices offrent des conseils sur la façon de réduire les effets sanitaires de la pollution de l'air.

Comme vous le savez, les solutions à aborder afin d'améliorer la qualité de l'air en Belgique ne font pas partie de mes compétences.

Le SPF Santé publique a mis en place, dans le cadre du "*National Environment and Health Action Plan*" (NEHAP) – le site web est www.nehap.be –, des formations destinées aux médecins généralistes et spécialistes en médecine environnementale, pour leur permettre de donner des conseils ciblés à leurs patients.

Le troisième plan NEHAP, qui sera élaboré cette année et au début 2019, tiendra bien entendu compte de la problématique de la qualité de l'air et de ses liens avec la santé. Nous y travaillerons en collaboration avec les Régions et les Communautés compétentes en santé et environnement.

Votre question se rapproche de celle de M. de Lamotte. Je vous recommande de lire les deux réponses.

11.03 Isabelle Galant (MR): Madame la ministre, je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitster**: Vraag nr. 23903 van mevrouw Kattrin Jadin wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

12 **Question de Mme Isabelle Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la gestion de l'épidémie de grippe par les hôpitaux" (n° 23915)**

12 **Vraag van mevrouw Isabelle Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beheer van de griepepidemie door de ziekenhuizen" (nr. 23915)**

12.01 **Isabelle Galant** (MR): Madame la ministre, nous souhaiterions vous interroger sur la gestion hospitalière de l'épidémie de grippe cette année.

En effet, comme vous le savez, et comme chaque année, nous devons faire face à la fameuse épidémie de grippe. Comme il arrive souvent, les syndicats des médecins et l'union professionnelle des médecins urgentistes émettent leurs recommandations afin de mieux gérer l'épidémie de grippe.

Le problème est que régulièrement, les hôpitaux sont débordés par l'entrée massive de patients, alors que les urgentistes réclament, si possible, que les patients n'ayant aucun symptôme grave restent à domicile et soient traités par un médecin généraliste. Dès lors, il s'agit pour ces deux professions d'améliorer leur collaboration et la répartition des charges durant cette période de l'année.

Madame la ministre, comment analysez-vous la gestion hospitalière de l'épidémie de grippe cette année? Comment s'est-elle déroulée par rapport aux années antérieures? Comment recevez-vous les demandes du terrain d'accentuer et d'améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et urgentistes durant cette période? En avez-vous récemment discuté avec les syndicats professionnels concernés et vos homologues régionaux? Je vous remercie.

12.02 **Maggie De Block**, ministre: Mevrouw de voorzitster, madame Galant, l'Institut scientifique de la santé publique est responsable du monitoring de l'incidence grippale en Belgique. En observant l'incidence des visites de médecins généralistes pour la saison de grippe passée, nous avons pu constater que l'incidence était plus élevée par rapport aux deux saisons précédentes.

Pour ce qui est des notifications en provenance du terrain, je peux vous dire que les inspecteurs d'hygiène fédéraux m'ont également tenue au courant du fait que dans certaines régions, on a constaté un impact en ce qui concerne l'épidémie de grippe. Les inspecteurs d'hygiène fédéraux, de par leur ancrage territorial, ont pu suivre de près la problématique au niveau local et ont prodigué des avis, mais ont aussi apporté leur aide pour remédier au problème, en donnant des conseils, en mettant à disposition des outils de gestion de la capacité, en rappelant les procédures relatives au plan d'urgence hospitalier, etc.

La gestion interne des hôpitaux, et en particulier la capacité en lits ne relève toutefois pas de la compétence de mes inspecteurs d'hygiène fédéraux, ni de celle de mon administration du SPF Santé publique. La responsabilité en la matière incombe aux gestionnaires, en étroite concertation avec leur personnel, les médecins et les infirmiers. Il en va de même pour les relations entre les médecins généralistes et les hôpitaux.

Les inspecteurs se sont cependant assurés qu'aucun problème notable ne se pose en milieu pré-hospitalier, problème susceptible de mettre une pression supplémentaire sur les moyens de l'aide médicale urgente ou d'engendrer une surpopulation dans les services d'urgence.

Dans ce dernier cas, les plans d'urgence des hôpitaux prévoient des procédures comprenant plusieurs niveaux d'escalade afin de pouvoir répondre à une augmentation de la demande d'aide. Ces plans d'urgence ont également prévu un rôle pour les inspecteurs d'hygiène, qu'ils assument le cas échéant.

12.03 **Isabelle Galant** (MR): Madame la ministre, je vous remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12.04 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, je profite de l'occasion. Je viens de vérifier à nouveau les dates et de nombreuses questions sont en attente. Cependant je constate que mon interpellation du 5 mars n'a toujours pas été traitée alors que l'article 130 du règlement de la Chambre est très clair en la matière. En effet, les interpellations doivent être développées et avoir reçu une réponse dans

les quinze jours qui suivent leur envoi. Je souhaite que l'on applique le règlement de la Chambre. Les semaines passent sans que cette commission, en tous cas sa présidence, ne l'applique. Je demande que le règlement soit appliqué.

De **voorzitter**: In het Reglement staat bijvoorbeeld ook dat de vragen om de zoveel weken worden beantwoord, zodat ze zich niet opstapelen. Dat is een vraag die ik steun en die ik bij deze graag aan het kabinet bezorg.

12.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je rappelle l'article 130 qui concerne les interpellations. Je vais vous en préciser l'alinéa. L'article 130 est le point 7 du règlement. Les interpellations ont un statut particulier par rapport aux questions. Je demande encore une fois que le règlement de la Chambre soit respecté.

De **voorzitter**: Nogmaals, zoals het secretariaat net bevestigt staat er in het Reglement ook dat de vragen om de twee weken moeten worden beantwoord, wat ook niet het geval is. Dit staat dus ook in de wachtrij. Bij deze bezorg ik dat ook graag aan het kabinet.

12.06 Catherine Fonck (cdH): Les questions viennent effectivement dans l'ordre, selon le règlement de la Chambre. Je rappelle une fois de plus l'article 130. Si vous n'entendez pas, j'irai en Conférence des présidents pour soulever ce point.

De **voorzitter**: Dat mag u doen. Ik weet niet of er vertaling naar het Frans is maar ik zeg dat ik uw vraag begrijp en dat ik niet ontken dat dit in het Reglement staat. Ik zeg alleen dat er verder ook in het Reglement staat dat de mondelinge vragen om de zoveel weken moeten worden beantwoord. Dat is een vraag die ik steun en die vanuit het voorzitterschap aan het kabinet zal worden bezorgd.

Ik stel voor dat we verder gaan met de vragen.

13 Question de Mme Isabelle Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lien entre le cancer et les aliments ultra-transformés" (n° 23917)

13 Vraag van mevrouw Isabelle Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verband tussen kanker en ultrabewerkte voedingsmiddelen" (nr. 23917)

13.01 Isabelle Galant (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous interrogeais il y a peu sur le lien entre le cancer et la consommation de sucre. En effet, des études montrent qu'une consommation trop importante et régulière de sucre est nocive et favorise l'apparition de cancers.

Récemment, une nouvelle étude réalisée en France auprès de 105 000 personnes s'est attardée aux effets que pouvaient avoir les aliments transformés sur l'émergence de cancers. Les conclusions de cette étude montrent que la consommation d'aliments ultra-transformés est associée à un risque global plus élevé de cancer. Il apparaît qu'une augmentation de 10 % de la proportion d'aliments ultra-transformés dans le régime alimentaire s'est révélée être associée à une augmentation de plus de 10 % des risques de développer un cancer en général et un cancer du sein, en particulier.

Madame la ministre, le pouvoir fédéral chapeautant la lutte contre le cancer dans notre pays, je me permets de vous interroger sur ce sujet. Cette étude est interpellante. L'avez-vous consultée? Que pensez-vous des conclusions de celle-ci? La classification internationale catégorise quatre types d'aliments dont ceux ultra-transformés. Ces derniers, mis en cause, ne devraient-ils pas être davantage portés à l'attention des citoyens en termes de protection de la santé publique? Qu'en pensez-vous? Avec votre collègue, le ministre des Consommateurs, ne croyez-vous pas qu'un étiquetage spécifique de ce type d'aliments soit envisageable à l'avenir?

13.02 Maggie De Block, ministre: Madame Galant, l'étude à laquelle vous faites référence est observationnelle. Il ne s'agit donc pas d'une étude d'intervention. Les conclusions de l'étude mettent en évidence que la consommation de produits ultra-transformés comme, par exemple, les pains, brioches, snacks sucrés ou salés, y compris les chips, barres de chocolat, bonbons, sodas, boissons sucrées, boulettes de viande ou de volaille, *nuggets* de poisson, nouilles et soupes instantanées, plats préparés surgelés, fabriqués principalement ou entièrement à partir de sucre, d'huile et de graisse, peut être liée au cancer.

Néanmoins, on ne peut dire que l'association soit causale. Il apparaît également que la seule qualité nutritionnelle ne peut expliquer cette augmentation et que d'autres facteurs sont probablement impliqués, tels que les contaminants de contact, les contaminants néoformes et le traitement.

Ceci étant dit, l'importance d'une alimentation équilibrée est bien connue depuis longtemps déjà. Nous avons entamé un travail de reformulation des denrées alimentaires, en ce compris celle des produits ultra-transformés, pour diminuer la quantité de graisse et de sucre dans le cadre de la Convention Alimentation Équilibrée, signée avec le secteur de l'industrie alimentaire et de la grande distribution.

Nous évaluons actuellement les efforts consentis jusqu'ici pour réduire les teneurs en graisse et sucre et envisager la définition des efforts pour les années à venir.

L'opportunité d'un système d'étiquetage informatif, tel que le Nutri-Score ou les systèmes de feux tricolores britanniques (*knipperlichten*) sont à l'étude auprès de mes services. Ceci permettrait de mieux identifier les produits riches en graisse, en sucre et en sel.

Cependant, parallèlement aux mesures prises au niveau fédéral, il est fondamental de travailler à des politiques de prévention efficaces au niveau des entités fédérées, notamment chez les groupes à risque, tels que les enfants et les personnes socio-économiquement défavorisées, afin de les guider vers l'adoption de régimes alimentaires sains et de styles de vie actifs.

13.03 **Isabelle Galant** (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Nous serons attentifs à l'évaluation des efforts qui seront consentis.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 **Question de Mme Isabelle Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur la lecture du génome complet" (n° 23918)**

14 **Vraag van mevrouw Isabelle Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg over de analyse van het menselijk genoom" (nr. 23918)**

14.01 **Isabelle Galant** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) s'est penché sur les analyses de génome entier qui permettent de lire l'ensemble des gènes sur un seul échantillon.

Au lieu de cibler certains gènes comme c'est le cas actuellement, le généticien a sous les yeux l'ensemble de nos 20 000 gènes afin de détecter d'éventuelles prédispositions aux maladies.

Le KCE recommande une plus grande transparence envers le patient. D'autres interrogations sont formulées dont l'embauche et la formation de nouveaux bio-informaticiens ainsi que la pertinence de sous-traitances à des firmes privées des analyses génétiques alors exclusivement réservées à des centres médicaux. En définitive, le KCE invite à la mise en place d'un projet pilote pour répondre à toutes ces problématiques.

Madame la ministre, avez-vous eu connaissance de ces recommandations? Quelle est votre analyse de ces dernières? Que pensez-vous de la recommandation qui vise à mettre en place un projet pilote en la matière? Une telle mise en place vous paraît-elle pertinente?

14.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, madame Galant, le rapport 300 du KCE explore plusieurs pistes relatives aux conditions auxquelles l'introduction du séquençage complet du génome (*whole genome sequencing*) peut être soumise dans notre pays.

La technologie doit permettre, à l'avenir, qu'une valeur clinique soit ajoutée grâce, notamment, à sa puissance de diagnostic supérieure aux autres techniques de séquençage car elle permet une meilleure détection des variantes avec moins de risques de passer à côté de l'un d'eux. Elle permet aussi de diminuer le délai pour obtenir un résultat (*turnaround time*) par rapport au test classique. Le revers de la médaille est qu'il génère des quantités considérables de données brutes qu'il faut analyser à l'aide d'outils informatiques extrêmement puissants ainsi que de nombreux résultats non sollicités ou dont on ne connaît pas encore la

signification clinique. La gestion de tout cela représente un grand défi en termes d'organisation.

Les recommandations issues du rapport que j'avais d'ailleurs demandé mentionnent clairement que l'introduction du *whole genome sequencing* découle du fait que davantage de données sont actuellement déjà utilisées dans les diagnostics des patients. Je me réfère notamment au séquençage de nouvelle génération (*next generation sequencing*) dans le diagnostic et le traitement du cancer que nous avons réalisé sous cette législation.

Il sera crucial d'introduire le *whole genome sequencing* de manière contrôlée et sous des conditions claires afin de garder cette technologie onéreuse et complexe sous contrôle en termes de capacité et de coût, et faire en sorte de ne la proposer que dans des cas hautement spécialisés.

Il est également ressorti du rapport que le séquençage complet du génome évoque de nombreuses questions éthiques et de morale. C'est pourquoi j'ai cherché aussi le Centre du Cancer auprès de Sciensano (Institut scientifique de santé publique) pour travailler en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin afin de répertorier en détail l'opinion publique sur la question d'utilisation d'informations génétiques dans les diagnostics et les traitements médicaux et ce, à l'aide de labos citoyens.

14.03 Isabelle Galant (MR): Je vous remercie, madame la ministre, pour ces études.

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

15 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vorming van locoregionale klinische netwerken" (nr. 23954)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuishervorming en de invoering van ziekenhuisnetwerken" (nr. 24048)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 26 februari 2018 met betrekking tot de toekomstige ziekenhuisnetwerken" (nr. 24089)

15 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation de réseaux cliniques locorégionaux" (n° 23954)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme hospitalière et la mise en place des réseaux hospitaliers" (n° 24048)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la CIM Santé publique du 26 février 2018 relative aux futurs réseaux hospitaliers" (n° 24089)

De **voorzitter**: De heer Senesael is afwezig. Zijn vraag nr. 24089 vervalt dus.

15.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb een vraag over de vorming van de locoregionale netwerken. Alle punten van mijn vraag zijn echter al tijdens de Ministerraad van april 2018 beslist.

Ik vraag immers wanneer de beslissing zal vallen en hoe de netwerken zullen worden gevormd. Daarover is al heel duidelijk gecommuniceerd. Ik heb begrepen dat het ontwerp door de regering in eerste lezing is goedgekeurd en dat het nu naar de Raad van State is verzonden. In die zin is mijn vraag dus niet meer à jour.

Mevrouw de minister, het enige wat ik mij nog afvraag, is het volgende. Het is ook de nog enige resterende vraag uit mijn oorspronkelijke vraagstelling.

Hoe gebeurt de verdere aanpak? Het ontwerp is nu naar de Raad van State. Wat is de verdere timing voor de vorming van de netwerken wanneer het terug naar de regering komt? Wanneer zijn afspraken met de Gemeenschappen gemaakt? Ik had begrepen dat een intentieovereenkomst zou volgen en dat er daarna in het najaar van 2018 een aanzet voor een regionale zorgstrategische planning binnen het netwerk zou moeten zijn.

Ik had dus graag een en ander van u vernomen, vooral qua timing.

Wat zijn bovendien de volgende stappen die zullen worden gezet?

15.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, dans ce dossier des réseaux, je suis interpellée par le fait que le terrain attend le cadre réglementaire. Une première lecture de l'avant-projet de loi a eu lieu. Mais l'avant-projet de loi n'est qu'une étape. Il y aura tous les arrêtés d'exécution. Par ailleurs, on n'en est jamais qu'à une première lecture et au Conseil d'État. Vous avez fait des annonces multiples depuis trois ans, avec des règles annoncées, aussitôt modifiées. En même temps, comme ministre, vous dites au terrain d'avancer et de mettre les réseaux en place. Vous savez parfaitement que développer un réseau qui serait ensuite non conforme au cadre réglementaire n'aurait aucun sens.

Madame la ministre, où en est la législation? Certes, je le disais, il y a eu une première lecture de l'avant-projet de loi, mais ce sont les arrêtés d'exécution qui vont régler, sauf si vous infirmez cela, une série d'éléments importants. Dans quel timing serez-vous au clair sur l'ensemble de la réglementation? Que ressort-il de la conférence interministérielle sur les réseaux? Pourquoi avez-vous envoyé un courrier aux hôpitaux néerlandophones et rien aux hôpitaux francophones? C'est d'autant plus étonnant que des réseaux sont manifestement en voie de création sur plusieurs entités fédérées.

Cela semble d'ailleurs assez logique. Pour ne prendre qu'un exemple, 30 % des patients des hôpitaux bruxellois ne sont pas bruxellois. La logique géographique, et surtout la logique des projets médicaux de longue date vont dans le sens, dans certains cas en tout cas, de réseaux qui ne soient pas centrés sur leur propre région, mais qui traversent les frontières régionales.

Je voulais également, par rapport à toute cette réglementation, que ce soit la loi ou les arrêtés d'exécution, revenir sur un principe important, à savoir que l'on travaille en *bottom-up* et pas en *top-down*. La priorité, c'est d'abord et avant tout que les réseaux aient des projets médicaux forts et soient bâtis sur la confiance et la cohérence. C'est pour moi l'élément crucial et essentiel autour duquel il faut pouvoir construire les réseaux. Sommes-nous bien dans cette logique? Surtout, allons-nous mettre en œuvre une réglementation adaptée à cette logique? Je vous remercie.

15.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, collega's, mevrouw Muylle, een deel van uw vraag werd inderdaad al beantwoord.

Het voorontwerp van wet is nu voor advies aan de Raad van State voorgelegd. Wij denken dat de Raad daarover in verenigde kamers een advies zal uitbrengen, dus dat zal twee maanden duren in plaats van vijf weken.

Daarna komt het voorontwerp terug naar de regering, waarna zoals steeds de nodige aanpassingen worden aangebracht ingevolge de opmerkingen van de Raad van State. Daarna volgt een tweede lezing en vervolgens de indiening voor bespreking in de Kamer.

Wij hebben drie jaar gewerkt aan de voorbereidingen. Dat wil zeggen dat er heel veel overleg is geweest met alle betrokken actoren, niet het minst de ziekenhuiskoepels. Wij waren gestart met acht ziekenhuiskoepels en hebben er nu nog maar vier, dus dat is al wat gemakkelijker. Ondertussen is daarin ook wat beweging gekomen.

Waarom heb ik alleen aan mijn Vlaamse collega Jo Vandeurzen een brief geschreven? Dat komt omdat tijdens een overleg met de deelstaten, dus tijdens een interministeriële conferentie, het kabinet van minister Vandeurzen had voorgesteld om een gezamenlijke brief te versturen naar de sector. De bedoeling was om daarmee het signaal te geven dat de overheden gezamenlijk aan het project van netwerkvorming werken. Enkel het federale niveau is ingegaan op het voorstel van minister Vandeurzen.

Les autres ministres n'étaient pas prêts à le faire. Je n'ai donc pas pu le faire avec Mme Greoli, Mme Jodogne, Mme Fremault, M. Gosuin ou M. Vanhengel. Sinon, j'avais signé avec eux aussi. Mais quand on est seul, on ne peut pas envoyer de lettre commune.

Daar heb ik eigenlijk niet unilateraal of alleen met minister Vandeurzen getekend. Ik was daartoe bereid en dat werd ook zo gezegd op de interministeriële conferentie. Mijn collega's hebben mij dat zeker niet kwalijk genomen. Misschien hebben zij gedacht dat omdat zij niet klaar waren, minister Vandeurzen mogelijk zijn brief niet zou schrijven. Dat is dan een misrekening geweest.

Ondertussen zijn er de interministeriële conferenties van 26 februari en 26 maart geweest. Een administratieve werkgroep heeft alle bekende intenties vanuit de verschillende deelstaten samengelegd. Er was bij iedereen nog enige onzekerheid. Zelfs vandaag hebben nog twee Vlaamse ziekenhuizen besloten bij wie ze zullen aansluiten. Ronse en Zottegem hebben daar pas vandaag over gecommuniceerd. Beter laat dan nooit. Er zijn nog ziekenhuizen die twijfelen. Er zijn nog ziekenhuizen die denken dat ze alleen op hun eilandje kunnen blijven bestaan, maar dat zijn er gelukkig weinig.

Wij hebben gezegd dat het doel is om tot vijftwintig netwerken voor het hele land te komen. Zo staat het ook in het wetsontwerp dat ondertussen in eerste lezing werd goedgekeurd. Dit blijft ons doel. Is het eentje minder, of twee, is het eentje meer, dan zullen we dat bespreken. Ook daarin zal de volgende maanden nauw worden samengewerkt met de deelstaten zodat deze netwerkvorming kan worden geïmplementeerd. Tijdens dat proces moeten eventuele blinde vlekken worden geïdentificeerd en aangepakt.

Il appartient évidemment aux entités fédérées de poursuivre l'opérationnalisation des principes repris dans la loi fédérale, quitte à les affiner, si nécessaire. Cela vaut également pour la problématique des très grands réseaux hospitaliers se manifestant dans les grandes villes. Je n'ai pour le moment aucune vision des intentions des entités fédérées concernant ce point. Je dois donc vous renvoyer vers vos collègues siégeant à ces niveaux.

La cellule stratégique entre régulièrement en concertation avec les syndicats au sujet des réseaux. C'est ce qui avait été convenu lors de la signature de la convention collective de travail, fin décembre.

N'oublions pas non plus que la législation existante en matière d'emploi et d'affaires sociales contient de nombreuses dispositions applicables. Ce n'est pas dans la loi sur les hôpitaux que sera réglementé le statut des travailleurs salariés, par exemple. Il ne faut pas non plus oublier que les hôpitaux subsistent en tant que tels et restent responsables de leur organisation.

Par ailleurs, la crainte de perdre des emplois est infondée. D'abord, parce que les réseaux ne vont pas faire diminuer le nombre total de patients. Ensuite, parce que les réseaux devront faire des choix stratégiques, par exemple en ce qui concerne les missions de soins qui consomment encore plus de ressources humaines pour pouvoir assurer les permanences dans plusieurs hôpitaux. C'est précisément dans ces services-là qu'une meilleure collaboration peut mener à une plus grande efficacité en termes d'utilisation du personnel.

Je peux encore vous dire qu'une des décisions de la conférence interministérielle consiste à composer des groupes de travail thématiques regroupant différents niveaux de pouvoir et le secteur, afin de réfléchir à l'organisation de soins mère-enfant, pour les populations vieillissantes ainsi que de l'aide urgente. Ces groupes seront installés au sein de l'administration. Je pense que cela constitue un grand pas en avant.

Mevrouw Fonck, het stond inderdaad in de beleidsverklaring en in de regeringsverklaring.

Madame Fonck, ce n'est pas un effet d'annonce. Je puis vous indiquer qu'une équipe très active au sein de ma cellule stratégique a bossé pendant trois ans sur ce dossier. Je suis très heureuse que son travail ait été approuvé en Conseil des ministres en première lecture.

Je viendrai présenter le projet au Parlement, en espérant qu'il soit voté avant les vacances. Bien entendu, cela dépendra de l'avis du Conseil d'État et des changements éventuels que nous devons apporter au texte. En ce cas, nous devons à nouveau consulter les acteurs concernés. Au demeurant, nous sommes toujours en concertation avec eux.

15.04 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, dank u wel voor het grondige antwoord. U weet dat wij uw plan steunen. Ik kan ook zeggen dat onze partij vindt dat er heel wat goede elementen in het ontwerp zitten. Ik heb de laatste weken en maanden hierover heel wat gesprekken gehad, ook binnen de ziekenhuissector. Ik hoor daarover alleen positieve elementen. Ik voel dat de dynamiek op het terrein, met uitzondering van enkelen – waarvan u er een paar genoemd hebt – wil men in Vlaanderen eigenlijk nog sneller gaan. Wat nu voorligt kan daarvoor een stabiel juridisch kader bieden.

Mevrouw de minister, dit is trouwens geen alleenstaand kader. Wat u vandaag wil doen in het kader van de locoregionale netwerken sluit perfect aan bij wat Vlaanderen wil doen inzake de afbakening van de

eerstelingszones en de regionale zorgzones. Het sluit ook aan bij de zones voor geestelijke gezondheidszorg die nu wat groter geworden zijn. Hierbij kan men tot een mooi aaneensluitend gebied komen binnen die afbakening voor de zorgactoren, zowel de geestelijke gezondheid als de eerste lijn en de tweede lijn. Naar onze mening kunnen we zo op een veel betere manier tot een meer kwaliteitsvolle zorg komen, wat toch altijd de doelstelling moet zijn. U hebt aan ons dus een partner in dit verhaal.

15.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. On verra au niveau du calendrier. Vous n'avez rien dit au sujet des arrêtés d'exécution. J'imagine qu'ils viendront très vite compléter l'avant-projet de loi. Il y a des concertations et je me permets d'attirer votre attention, dans le cadre de celles-ci, pour que les acteurs qui sont concernés, par principe, ne soient pas oubliés. Il y a les hôpitaux, les médecins, mais aussi les infirmiers qui représentent la force vive, la plus importante en nombre, des hôpitaux.

Je retiens votre ouverture pour discuter de l'un ou l'autre réseau supplémentaire. Cela me semble important vu la réalité bruxelloise.

Vous n'avez pas dit un mot quant à des réseaux qui pourraient concerner plusieurs Régions et qui ne s'arrêteraient pas au niveau de la limite d'une seule Région, mais cela me semble ...

15.06 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas un problème. Vous dites que 30% des patients dans les hôpitaux bruxellois ne sont pas bruxellois. Il n'y a pas de problème. Bruxelles est la capitale.

Het is een tweetalig hoofdstedelijk gebied. Dus dat kan samenwerken.

Les hôpitaux bruxellois peuvent se constituer en réseau avec des hôpitaux flamands ou wallons. Il n'y a pas de doute à ce sujet.

15.07 Catherine Fonck (cdH): Il est nécessaire en effet de constituer des réseaux qui impliqueraient deux, voire trois Régions. Je peux vous citer des discussions qui sont avancées et positives, qui ne concernent pas Bruxelles mais des réseaux partenaires Wallonie-Flandre. À titre personnel, je trouve cette initiative très positive. Dès lors, j'insiste pour que le cadre soit suffisamment souple pour permettre, non pas d'imposer des réseaux, mais de coller au terrain et à sa priorité, à savoir, d'abord et avant tout, des réseaux bâtis autour de projets médicaux qui se font dans la confiance et la cohérence.

J'étais au courant du groupe de travail CIN et je vous remercie d'en avoir rappelé l'existence.

En ce qui concerne les réseaux locaux et régionaux, je me permets d'insister ici pour que les hôpitaux universitaires ne soient pas oubliés. Ces hôpitaux pratiquent un référencement tertiaire mais, dans le même temps, ils doivent pouvoir être intégrés aux réseaux locorégionaux. C'est de la bonne gouvernance sur le plan hospitalier.

15.08 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, il est évident qu'ils se trouvent aussi dans des réseaux locorégionaux. Sinon, comment voulez-vous que se forment les médecins et les infirmiers qui exercent dans des hôpitaux universitaires?

Geen enkele abdominale chirurg zou dan nog een gewone appendicitis kunnen opereren.

Ten tweede, u vergeet misschien dat ik slechts twee zaken kan sturen, namelijk de financiering en de programmering. De erkenning is een bevoegdheid van de deelstaten.

Ce sont les ministres régionaux, dont votre ministre Mme Greoli, qui diront oui ou non à la reconnaissance d'un réseau quelque peu transfrontalier, si l'on peut parler de cela en Belgique.

De deelstaatministers moeten de netwerken erkennen. Die erkenning kan er alleen komen met akkoord van de Vlaamse of de Waalse bevoegde minister. Ik wens mij collegiaal op te stellen: wat niet tot mijn bevoegdheid behoort, zal ik dan ook niet doen.

De **voorzitter**: Mevrouw Fonck, wenst u nog een laatste woord toe te voegen?

15.09 Catherine Fonck (cdH): Certaines choses évidentes ne sont pas toujours nécessairement traduites

dans l'avant-projet de loi. Nous examinerons le contenu de votre avant-projet de loi quant aux différents points que j'ai mis en avant. Nous verrons s'il confirme vos dires, s'il permet la souplesse et la construction de réseaux au niveau de plusieurs entités fédérées. Nous examinerons aussi le volet de l'intégration des hôpitaux universitaires.

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

16 **Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de numerus clausus voor kinesisten en logopedisten" (nr. 23955)**

16 **Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le numerus clausus pour les kinésithérapeutes et les logopèdes" (n° 23955)**

16.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, uit studies blijkt dat ons land vrij veel kinesisten en logopedisten telt. Zo zijn wij koploper wanneer het gaat over het aantal logopedisten per inwoner, terwijl wij wereldwijd op de vierde plaats staan wat het aantal kinesisten per inwoner betreft.

Onder andere de Christelijke Mutualiteiten hebben de vraag gelanceerd of wij aan die situatie niet iets moeten doen via regulering, bijvoorbeeld een bindend toegangsexamen. Dat voorstel werd positief onthaald door Axxon, de beroepsvereniging van kinesisten.

Ook het aantal logopedisten stijgt sterk, net zoals de uitgaven ter zake.

Reeds in de conventie tussen ziekenfondsen en logopedisten voor 2018-2019 werd overeengekomen dat moet worden gezocht naar een oplossing voor de overvloed aan logopedisten. Kortom, de vraag om de instroom te beperken, leeft dus wel degelijk.

Mevrouw de minister, u bent niet bevoegd voor de organisatie van oriëntatieproeven, waarvan de historiek bekend is. Niettemin vernam ik graag wat uw standpunt is als federaal minister gelet op het feit dat precies in de conventie tussen ziekenfondsen en logopedisten is opgenomen dat dat denkspoor moet worden onderzocht.

Ik had begrepen dat de administratie de opmaak van een kadaster met het oog op de planning van logopedisten aan de hand van hun activiteitsgraad zou bekijken.

In een vorige commissievergadering hebt u uitgelegd hoe ver het stond met de medische planning van de kinesisten, waarvan u werk maakt en waarover er hopelijk snel verduidelijking komt.

Wat is uw standpunt ter zake?

16.02 **Minister Maggie De Block**: Mevrouw Muylle, ik heb inderdaad *expressis verbis* gevraagd beide sectoren, zijnde kinesitherapie en logopedie, prioritair door de Planningcommissie Medisch Aanbod van de FOD Volksgezondheid te laten behandelen. Het is raadzaam de rapporten van de werkgroepen die zich over die sectoren buigen, af te wachten, vooraleer uitspraken over te nemen maatregelen te doen.

De mogelijkheid om de instroom naar de studies te beperken, is een bevoegdheid van het departement Onderwijs van de Gemeenschappen.

Voor de logopedie zal de bespreking binnenkort in de voorstelling van een toekomstvisie resulteren. De werkzaamheden van de werkgroep worden in de loop van volgende maand, dus mei 2018, gefinaliseerd, waarna de plenaire vergadering van de Planningcommissie het rapport kan valideren. Pas nadien kan het worden gepubliceerd.

Voor de kinesitherapie neemt het werk wat meer tijd in beslag, gelet op het grote aantal aan te leveren en te analyseren gegevens.

Wij kunnen alleen aanbevelingen geven. Het is aan de Gemeenschappen om de discussie te voeren. Het is wel duidelijk dat er enorm veel logopedisten en kinesitherapeuten in onze hogescholen worden opgeleid met immense plethora tot gevolg.

Ik herinner eraan dat voormalig minister Vandenbroucke destijds maatregelen heeft genomen omwille van een reconversie via een financiële stimulus aan kinesisten. We hebben daar al ervaring mee. Wij zullen voortaan de totstandkoming van plethora moeten vermijden, want dat leidt ook tot spanningen op het terrein en mogelijk tot overconsumptie.

16.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik kom hierop terug als de resultaten van het rapport beschikbaar zijn, eind mei of begin juni.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geestelijke gezondheidszorg" (nr. 23956)

17 Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins de santé mentale" (n° 23956)

17.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, over de geestelijke gezondheidszorg heb ik geen grote beschouwingen, maar wel een tweetal concrete vragen over de stand van zaken.

Vandaag bent u op het federale niveau bezig met twee belangrijke zaken in het kader van de geestelijke gezondheid.

Ten eerste, een belangrijke zaak is de terugbetaling, die ook heel uitdrukkelijk in uw beleidsbrief voor dit jaar stond, alsook de manier waarop de voorziene 22,5 miljoen euro zou kunnen worden ingezet. In uw beleidsnota hebt u duidelijk gezegd dat u de klemtoon zou leggen op patiënten met matige psychische aandoeningen.

U hebt als startdatum 1 oktober 2018 aangehaald. Waar staan de werkzaamheden vandaag? Hebt u de groep al afgebakend? Hoe zult u de zaken organiseren tegen 1 oktober 2018? Zullen wij die datum halen?

Ten tweede, wat is de stand van zaken in de erkenning van de beroepen in de geestelijke gezondheidszorg, met name psychologen en orthopedagogen? U hebt hier al een paar keer bevestigd dat de federale raad goed werk verricht. Ik had begrepen dat wij dit jaar nog de eerste erkenningen zouden kunnen verwachten.

17.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Muylle, zoals u aangaf, betreft een van de eerste onderwerpen die de federale raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen heeft behandeld de noodzakelijke criteria voor de erkenning van de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen. Sedert zijn oprichting heeft de raad in verschillende werkgroepen hard aan die adviezen gewerkt. De resultaten ervan zijn in de plenaire vergadering van 8 februari voorgesteld en eenstemmig goedgekeurd. Ik verwacht de eerste adviezen voor die twee gezondheidszorgberoepen, klinisch psycholoog en klinisch orthopedagoog, dan ook in de komende weken te mogen ontvangen. Daarna is het een zaak om er snel en degelijk nieuwe regelgeving uit te distilleren.

Voor de eerste stap van de financiering van de psychologische zorg – dat is een stap verder in de eerste lijn – voorziet de begroting dit jaar in een bedrag van 22,5 miljoen euro. Er is binnen de regering nog overleg over de modaliteiten van de terugbetaling, maar de verschillende stakeholders zijn natuurlijk vooraf geconsulteerd.

17.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, mag ik het, terugkomend op het eerste punt, zo begrijpen dat er koninklijke besluiten zullen worden uitgevaardigd, wanneer u de adviezen ontvangt, zodat wij misschien nog dit jaar kunnen overgaan tot de eerste erkenning of uitreiking van erkenningen?

17.04 Minister Maggie De Block: Wij willen nog dit jaar een mogelijkheid tot doorverwijzing vanop de eerstelijns, dus dan moeten wij ze eerst erkennen vooraleer we ze kunnen laten werken.

Wij zullen zo snel mogelijk gaan, maar zoals u weet vergen uitvoeringsbesluiten veel werk. Na het advies kunnen wij verder gaan. Als het unaniem is goedgekeurd, wordt het werk verder gezet.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Orde der dierenartsen" (nr. 23967)

18 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'Ordre des médecins vétérinaires" (n° 23967)

18.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, op 17 mei 2017 stelde ik al een vraag over de interne strubbelingen binnen de Orde der dierenartsen. Zo had de paritair samengestelde hoge raad van de Orde der dierenartsen de voorzitter en de secretaris van de NGROD administratief geschorst; dat was nog nooit eerder gebeurd. Die schorsing maakt een normale werking van de NGROD haast onmogelijk. U antwoordde toen, mede namens uw collega Ducarme, dat u zich moeilijk kon uitspreken over een en ander, aangezien er procedures lopende waren voor de Raad van State.

Nu kan ik u meedelen dat de Raad van State het spoedeisend karakter van de door de geschorste dierenartsen opgestarte procedure aanvaard heeft en de schorsing van de voorzitter en de secretaris van de NGROD eind november 2017 met onmiddellijke ingang opgeheven heeft. Echter, in plaats van voor overleg te kiezen, volhardt de hoge raad van de Orde der dierenartsen in juridische procedures waardoor de goede werking van de Orde voor dierenartsen zwaar bemoeilijkt blijft.

Ondertussen schrijven veel dierenartsen de Orde der dierenartsen aan om opklaring te krijgen en betalen zij, zolang er geen opklaring is, hun lidgeld niet. Sommige dierenartsensyndicaten roepen zelfs openlijk op tot een boycot.

Mevrouw de minister, ik ben van mening dat u moet ingrijpen om de gesprekken terug op gang te brengen en zo het vertrouwen in de Orde terug te herstellen. Een eigen rechtspersoonlijkheid voor de gewestelijke raden zou geïnstalleerd kunnen worden en dat zou al een eerste stap in de goede richting zijn om een verdere autonomie te verwezenlijken. Er kunnen ook afspraken gemaakt worden over transparantie en deugdelijk bestuur om opnieuw vertrouwen te installeren tussen de dierenartsen en de aangeduide magistraten binnen de Orde der dierenartsen.

Mevrouw de minister, bent u bereid om een werkgroep op te richten om het probleem eindelijk aan te pakken?

Zal die werkgroep een splitsing mogen onderzoeken, zoals ook eerder bij de Orde van Architecten is gebeurd, en waarbij de gewestelijke raden meer autonomie krijgen en er enkel een lightversie van de hoge raad overblijft?

Wat zult u verder doen om het vertrouwen van de dierenartsen in de Orde te herstellen?

18.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, het is inderdaad een publiek geheim dat de interpersoonlijke relaties binnen de Orde der dierenartsen niet al te best verlopen en dat dit de goede werking van de Orde dreigt te verlammen. Ik heb daarover contact met mijn collega's, de minister van Landbouw en de minister van Justitie, omdat wij inderdaad bezorgd zijn over die situatie en over de mogelijke gevolgen als de Orde niet meer functioneert.

Dat betekent echter niet dat het in de eerste plaats aan de regering is om het onderlinge vertrouwen te herstellen. Ten eerste gaat het hier om een deontologisch respectievelijk tuchtrechtelijk orgaan waarvan de leden verkozen worden door de dierenartsen zelf. Het zullen ook de dierenartsen en hun vertegenwoordigers moeten zijn die de impasse moeten oplossen. Ten tweede loopt er, zoals u weet, nog steeds een procedure voor de Raad van State. Ik kan mij dus niet over die concrete vordering uitspreken.

Ik ben wel verrast door uw pleidooi voor een splitsing van de Orde, want mij komt de deontologie van de dierenarts als een absoluut gegeven voor, dat niet hoeft te verschillen in het noorden of het zuiden van ons land. Bovendien wijs ik er u op dat er niet enkel sprake is van verzuurde persoonlijke relaties tussen leden van de hoge raad en van de Nederlandstalige Gewestelijke Raad van de Orde der Dierenartsen, maar helaas ook binnen de Nederlandstalige Gewestelijke Raad van de Orde der Dierenartsen, dus is het de vraag of de splitsing die spanningen zou wegnemen.

Ik weet dat dierenartsen niet zoveel praten als gewone artsen omdat er nu eenmaal minder gesprekken nodig zijn met dieren, maar zij moeten natuurlijk wel met elkaar praten om overeen te komen en geschillen

op te lossen. Ik denk niet dat dit op het niveau van de regering moet gebeuren en evenmin dat wij daarin partij moeten kiezen. Als ik de Orde bij gelegenheid ontmoet, zal ik ze ook zeggen de bladzijde om te slaan en overeen te komen zodat de Orde weer werkzaam is. Ik denk dat dit ook uw bezorgdheid is, maar u zegt dat alles in orde zal komen na een splitsing. Dat is volgens mij echter niet de oplossing. Ik heb u gezegd waarom.

18.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Een tussenkomst is volgens mij op zijn minst gewenst. Er moet een oplossing komen. De manier waarop het vandaag draait, kan niet meer worden genegeerd. Er wordt al jaren gezegd dat de verantwoordelijkheid bij de Orde ligt en dat de mensen op het terrein het moeten oplossen, maar het raakt niet opgelost. Wij verschillen daarover van mening, want ik vind dat een tussenkomst wel nodig is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "torenhoge kosten bij het spoelen van een heparineslot na kanker" (nr. 23972)

19 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les coûts exorbitants pour le rinçage d'une canule héparinée après un cancer" (n° 23972)

19.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, een persoon die herstelde van kanker, getuigde dat zij, terwijl er vroeger geen kosten werden aangerekend voor het spoelen van de poortkatheter – in de periode erna moeten inderdaad regelmatig controles worden uitgevoerd – en werden verrekend tussen ziekenhuis en verzekeringsmaatschappij, onlangs plots 125 euro moest betalen.

Het betrokken ziekenhuis beweert dat de facturatiesoftware daaraan ten grondslag ligt, omdat die verplicht tot de invoering en facturering van een hele dag, terwijl de spoeling slechts een half uur in beslag neemt. De 125 euro betreft de verpleegdagprijs. Het ziekenhuis schermt ermee dat het facturatiesysteem door de overheid wordt opgelegd bij elke manipulatie bij poortkatheters. De spoelingen moeten om de zes weken gebeuren, dus de prijs loopt op. Ik vermoed dat heel wat mensen in die situatie zitten.

Bent u op de hoogte van de problematiek?

Is het juist dat ziekenhuizen bij manipulaties van de poortkatheter zich verplicht zien om de verpleegdagprijs aan te rekenen? Waarom is dat?

Plant u hier een mouw aan te passen, zodat patiënten na kanker niet telkens voor die facturen moeten opdraaien?

19.02 Minister Maggie De Block: Er is een klein twitterincident geweest naar aanleiding van de vraag; ik weet niet of u dat gezien hebt. De mevrouw die u het probleem gesignaleerd heeft, verwachtte dat ik twee weken geleden op Twitter het antwoord zou geven. Uit respect voor de Kamer en voor uzelf heb ik meegedeeld dat u die vraag al had ingediend en ik die zeker zou beantwoorden, maar er via Twitter niet op in zou gaan. Wat zitten wij hier anders nog te doen in de Kamercommissie?

Madame Fonck, il ne s'agit pas seulement des questions de Mme Van Camp, il en va de même pour les vôtres. Je peux m'abstenir de venir à cette commission, rester à l'aise à la maison et retweeter tout ce que je veux!

Mevrouw Van Camp, de nationale overeenkomst ziekenhuizen-verzekeringinstellingen gesloten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging bepaalt dat een forfait van 28,86 euro mag worden aangerekend in een aantal situaties. Dat kan bij manipulatie van een subcutaan geplaatste intraveneuze toegangsweg met als doel dezelfde dag een prestatie medische beeldvorming te verstrekken, opgenomen in artikel 17ter voor de radiologie en 17bis en 17quater voor echografie of artikel 18 voor nucleaire geneeskunde van de nomenclatuur inzake verstrekkingen voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvoor de inspuiting van een contrastvloeistof of een radio-isotoop via intraveneuze weg, met andere woorden voor een onderzoek met een inspuiting via dat zogenaamde heparineslot en/of een bloedafname voor biologische analyses opgenomen in artikel 3, § 1ter, A, 2, en C, i of artikel 18, § 2 B, e of artikel 24 § 1 of artikel 24bis wat moleculaire biologie betreft of artikel 33, genetisch onderzoek, of 33bis, moleculair onderzoek van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering

voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het forfait van 28,86 euro is volledige ten laste van de verplichte ziekteverzekering. Ik meen dus dat het eigenlijk gaat om foutieve facturatie door het ziekenhuis. Er is immers geen enkele richtlijn van de overheid om patiënten een bedrag van 125 euro te factureren bij spoeling van een poortkatheter, zeker niet voor een bedrag dat hoger is dan het forfait van 28,86 euro, dat is ingeschreven in de overeenkomst met de ziekenhuizen.

De verwijzing naar de verpleegdagprijs door het ziekenhuis is ook niet correct. Die is namelijk veel hoger dan 125 euro. Als het dan gaat om het persoonlijk aandeel in de verpleegdagprijs, is het bedrag veel lager. Voor een aantal ziekenhuizen bedraagt het bedrag per opname ongeveer 125 euro, maar dat mag in de vermelde situatie niet aangerekend worden. Het is ook dan grotendeels ten laste van de verplichte verzekering.

Ik zou de patiënte dus aanraden om de kwestie voor te leggen aan haar ziekenfonds, alvorens te betalen. Wij hebben het dossier langs alle kanten bekeken en volgens onze informatie klopt een en ander niet.

Als de getuige die u de kwestie heeft gesignaleerd en een antwoord via Twitter verwacht, beschikt over de betrokken facturen en die niet aan haar ziekenfonds wil bezorgen, kan ze daarmee ook altijd terecht bij de controlediensten van het RIZIV. Zo kunnen wij nagaan of de reglementering correct werd toegepast.

19.03 Yoleen Van Camp (N-VA): U bedoelt de DGEC?

19.04 Minister Maggie De Block: Of dit correct werd toegepast, is inderdaad iets voor de DGEC, de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle.

19.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt daarvoor. Ik zal dat zo meedelen. In elk geval is het goed te horen dat de factuur niet correct is en dat de betrokkenen dat niet moeten betalen. Zij zullen blij zijn dat te horen. Ik probeer het vanavond al te tweeten.

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

20 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "hemochromatose" (nr. 23984)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door personen met hemochromatose" (nr. 24946)

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door patiënten met hemochromatose" (nr. 25112)

20 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'hémochromatose" (n° 23984)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par les personnes souffrant d'hémochromatose" (n° 24946)

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par les patients souffrant d'hémochromatose" (n° 25112)

20.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik kan heel kort zijn.

De wet van 15 februari 2016 van mevrouw Van Peel en mezelf bleek, na onderzoek van de juridische dienst van het FAGG, moeilijk uitvoerbaar. Dit werd rechtgezet in de wet houdende diverse bepalingen, die op 20 juli 2017 werd goedgekeurd. Op 28 augustus 2017 verscheen die in *Het Belgisch Staatsblad*.

U had ook aangekondigd dat er zou worden gewerkt aan parallelle uitvoeringsbesluiten. Wij zijn vandaag negen maand verder en er zijn nog geen uitvoeringsbesluiten. Ik had dan ook graag van u vernomen wanneer wij deze mogen verwachten.

Ik vermoed dat ook collega Van Peel wekelijks wordt aangesproken door mensen die zitten te wachten. Zij zouden heel graag bloed willen geven, maar zij moeten wachten op die uitvoeringsbesluiten. Wanneer

mogen wij deze verwachten?

20.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, ma collègue vient de rappeler le contexte. Ce n'est pas la première fois que je vous demande où en sont des arrêtés qui nous ont été promis depuis de nombreux mois, voire des années. Ce n'est pas la première fois non plus que vous nous promettez des choses et que les actes juridiques ne suivent pas.

En juillet 2017, vous nous avez dit que vous travailliez sur les arrêtés d'exécution de la loi qui avait été votée. En pratique, nous attendons toujours ces arrêtés!

Plusieurs patients m'ont interpellée il y a quelques semaines sur le sujet. Je les ai rassurés en leur disant que vous vous étiez engagée et que je ne pouvais m'imaginer que vous ne concrétisiez pas ces engagements. Force est de constater que leur sang est toujours jeté plutôt qu'utilisé pour le don!

Madame la ministre, pouvons-nous avoir non pas des promesses mais des actes pour les patients concernés et pour ceux qui pourraient bénéficier de leur sang?

20.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, ik denk dat ik deze vraag al zes keer heb gesteld. De laatste keer was in februari en toen was het antwoord dat het ten laatste eind maart zou zijn. Het is ondertussen eind april en ze zijn nog niet gepubliceerd.

Mijn eerste vraag is de vraag naar de echte timing. Waar mogen wij nu vanuit gaan?

U hebt in uw vorig antwoord gezegd dat u voor een informatiecampagne ten aanzien van de patiënten zou zorgen. Het is heel belangrijk dat dit gebeurt. Heeft die campagne al vorm gekregen?

Worden de instellingen meteen bij de publicatie op de hoogte gebracht? Staat dat in de steigers? Ik hoop dat het antwoord is dat het net is gepubliceerd en dat de informatiecampagne morgen van start gaat.

20.04 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, collega's, het is inderdaad een lijdensweg geweest.

U weet dat het wettelijk kader voor bloeddonaties door personen met hemochromatose er al was op 28 augustus 2017.

Présidente: Muriel Gerkens.

Voorzitter: Muriel Gerkens.

Mes services auprès de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé ont ensuite préparé un avant-projet d'arrêté. Cela a pris énormément de temps.

Na advies van de Raad van State heb ik het dan ook ondertekend. De datum van de afkondiging is 15 april. De publicatie volgt weldra. Ik heb gevraagd wanneer weldra is, want we kennen ook onverwijld en dat heeft ook heel lang geduurd. Men heeft mij gezegd: in de loop van de week van 30 april.

Ik hoop dat die publicatie er vóór het einde van de maand is. Als ze mij een blaas wijsmaken, maak ik er u ook een wijs.

De informatiecampagne is ook voorbereid door de diensten van het FAGG.

20.05 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. De agenda zal het uitwijzen. Als ze u een blaas hebben wijsgemaakt, zitten wij hier over een paar weken met een nieuwe vraag. Wij hebben goede hoop dat dit uiteindelijk het goede moment is en wij dit volgende week kunnen verwachten.

20.06 Minister Maggie De Block: Als het er is, zal ik een tweetje doen en u allemaal taggen. Ik wil modern werken.

20.07 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, nous verrons car c'est la énième fois que vous le promettez.

Un membre de votre cabinet devrait être désigné pour s'assurer de l'effectivité des mesures et des arrêtés royaux. Il ne faut pas mélanger les sujets. Il est ici question d'hémochromatose mais, il y a quelques jours, on parlait du don d'organes, pour lequel des arrêtés n'ont pas non plus été pris en temps et en heure.

En tant que ministre responsable, il faut pouvoir assumer la totalité de ses responsabilités.

20.08 Maggie De Block, ministre: Que pensez-vous que font les membres du cabinet? Vous pensez qu'ils jouent au football?

20.09 Catherine Fonck (cdH): (...)

20.10 Maggie De Block, ministre: Vous pensez qu'on n'est pas en contact avec l'AFMPS? Plusieurs personnes occupent notamment cette fonction! Mais quand les choses n'avancent pas au sein de l'AFMPS, on ne peut pas faire le travail à leur place!

20.11 Catherine Fonck (cdH): En tant que ministre, vous êtes responsable. Quand l'arrêté d'exécution n'avait pas été pris pour le don d'organes, vous n'avez pas manqué de communiquer dans tous les sens, mais sans résultat. Vous renvoyez toujours la responsabilité vers vos administrations.

20.12 Maggie De Block, ministre: Non!

20.13 Catherine Fonck (cdH): Si, pour deux dossiers, vous avez dit que c'était de la faute des autres car ils n'ont pas travaillé en temps et en heure. Soit vous vous engagez personnellement en estimant qu'il est possible pour les administrations de travailler dans les temps – donc appliquer la loi et prendre les arrêtés d'exécution –, soit ce n'est pas le cas et il ne faut pas communiquer de façon erronée, madame la ministre.

20.14 Maggie De Block, ministre: J'ai toujours communiqué les dates qui m'avaient été données par l'AFMPS!

20.15 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, on ne va pas discuter pendant 150 ans sur cette question.

20.16 Maggie De Block, ministre: L'arrêté royal a été pris plus tôt que prévu, mais le travail qui a suivi a pris plus de temps. Je ne dis pas que c'est de leur faute. Je me contente de faire un constat.

20.17 Catherine Fonck (cdH): Pour ce qui me concerne, je constate que vous communiquez au Parlement et par le biais de communiqués de presse.

Si les politiques communiquaient quand les décisions sont prises mais aussi quand elles sont concrétisées, on éviterait une perte de crédibilité non seulement des patients concernés mais aussi de ceux qui pourraient utiliser ce sang pour d'autres patients. Vous m'avez dit "dès que possible" et j'espère que ces arrêtés seront enfin publiés!

20.18 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, ik hoop van harte dat die informatie klopt en dat het Rode Kruis voldoende op de hoogte wordt gehouden. Zij stellen nog geregeld die vraag via mij en dat lijkt mij niet de bedoeling.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

21 Questions jointes de

- **M. André Frédéric** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des IRM" (n° 23991)

- **M. Raoul Hedebouw** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'indisponibilité des scanners IRM" (n° 24419)

21 Samengevoegde vragen van

- de heer **André Frédéric** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de programmatie van de MRI-toestellen" (nr. 23991)

- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de onbeschikbaarheid van MRI-scanners" (nr. 24419)

21.01 **André Frédéric** (PS): Madame la ministre, en juin 2016, avec plusieurs collègues, nous vous avons interrogée à propos de l'utilisation et de la programmation des appareils IRM. À l'époque, un cadastre devait être réalisé afin de connaître les nécessités réelles. Nous parlions alors d'une programmation de 12 appareils supplémentaires.

Ensuite, vous avez décidé de supprimer 17 IRM non agréés dans 14 hôpitaux belges et réclamé 13 500 000 euros aux hôpitaux qui avaient utilisé des appareils non agréés, cela alors que vous aviez pourtant précisé, je ne sais plus par quel canal, je cite: "une utilisation correcte de l'imagerie médicale avec une extension par phases du nombre d'appareils IRM est dans l'intérêt de chacun".

Madame la ministre, l'IRM est une technique d'avenir et non irradiante. Elle doit être de plus en plus utilisée et il est donc grand temps de mener une politique cohérente en la matière. L'allongement des délais d'attente est impressionnant. En province de Liège que je connais mieux, les délais peuvent atteindre six mois! Avec de tels délais, les médecins ne sont plus en mesure d'offrir une médecine de qualité et accessible à nos concitoyens. Pour y parvenir, certains hôpitaux utilisent d'ailleurs les appareils agréés quasiment jour et nuit avec des difficultés dès lors pour permettre l'entretien de ceux-ci.

Pouvez-vous donc nous dire où nous en sommes exactement dans ce cadre? L'avis demandé à BELMIP a-t-il été transmis? Si oui, quel en est le contenu? Quand une nouvelle programmation cohérente des appareils IRM pourra-t-elle être opérationnelle? Un budget sera-t-il dégagé dans ce cadre? Je vous remercie.

21.02 **Maggie De Block**, ministre: Le protocole d'accord qu'a conclu mon prédécesseur, Mme Onkelinx, avec ses collègues des entités fédérées, le 24 février 2014, permet d'enfin arriver à une politique cohérente en matière d'imagerie médicale. On ne peut pas, d'un côté, établir des règles devant garantir une offre correcte en termes d'imagerie médicale avec une répartition inadéquate des appareils, puis de l'autre, ne pas du tout appliquer ces règles.

C'est pourquoi le protocole d'accord met fort en avant l'élaboration d'une politique de contrôle. Tel était également le souhait des acteurs de terrain car ils étaient nombreux à avoir l'impression que certains hôpitaux n'étaient pas tout à fait honnêtes, ce qui causait des dépassements budgétaires d'année en année.

En ce qui concerne les temps d'attente, je reste prudente avec les chiffres. Ce n'est qu'en utilisant certains *proxies* qu'on peut mesurer le temps d'attente de façon très approximative. La seule méthode correcte est celle qui consiste à mesurer le temps entre la prise de rendez-vous et l'exécution de l'examen. Il n'existe toutefois aucune donnée fiable relative au moment où le patient prend son rendez-vous.

Je tiens par ailleurs à préciser que les temps d'attente ne doivent pas être analysés par hôpital. En effet, nous disposons bien de données fiables concernant l'utilisation par appareil. Les chiffres varient entre 2 500 et 10 000 examens par appareil par an. L'augmentation du nombre d'appareils n'est donc pas la seule et unique solution. Il faut aussi songer à une meilleure utilisation et une meilleure répartition de la capacité. Je suis convaincue que les réseaux hospitaliers joueront un rôle majeur sur ce point.

Un groupe de travail ayant la même composition que celui qui a préparé le protocole d'accord du 24 février 2014 a été créé. Les entités et les représentants de la profession de radiologue sont donc directement impliqués. Ce groupe de travail examine les conditions ainsi que les mesures d'accompagnement nécessaires pour pouvoir libérer une nouvelle tranche d'appareils IRM. Cet exercice devra se faire dans un cadre budgétaire neutre, tout comme c'était le cas lors du protocole d'accord précédent.

Des dépenses relatives à l'imagerie médicale ne cessent notamment d'augmenter de 4 à 5 % chaque année. C'est intenable. De plus, il n'est pas raisonnable que la Belgique figure toujours parmi les premiers du classement des utilisateurs d'examens ionisants. L'élargissement du parc d'appareils IRM devrait donc aller de pair avec une réduction substantielle de nombre d'examens inefficaces effectués par CT-scan. Le groupe de travail se penche sur la question.

21.03 **André Frédéric** (PS): Madame la ministre, voilà une bonne nouvelle! Je vous remercie de votre réponse.

Je fais confiance à votre analyse technique. Je ne suis pas de ceux qui affirment qu'il faut jeter l'argent par les fenêtres et par exemple, qu'il faut investir dans le seul but d'augmenter le nombre d'IRM. De même, quand vous déclarez qu'on ne peut pas examiner les situations au cas par cas, je partage votre avis.

Cependant, plusieurs témoignages me parviennent, me laissant penser – même si ce n'est pas très scientifique, j'en conviens – qu'attendre six mois pour une IRM – et je l'ai vécu en région verviétoise – n'est évidemment pas acceptable.

Dès lors, je serais très intéressé de connaître les conclusions du groupe de travail, pour autant qu'il ne fasse pas que travailler pendant des mois sans aboutir à des résultats concrets. J'y serai attentif. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 **Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le risque cancérigène des microparticules contenues dans les terrains synthétiques de sport" (n° 24005)**

22 **Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijk kankerverwekkende microbestanddeeltjes van synthetische sportterreinen" (nr. 24005)**

22.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous avais interrogée en séance plénière sur ce sujet, puisque plusieurs villes interdisent dorénavant la construction de terrains avec des matériaux synthétiques issus essentiellement de pneus usagés. S'y retrouvent, outre les microparticules de plastique et de caoutchouc, des substances comme l'arsenic, le plomb, le chrome, liées aux usages antérieurs de ces pneus. Cela pose donc un risque pour la santé.

En séance plénière, vous m'aviez répondu que vous étiez en contact, ou que vous alliez prendre contact avec les ministres régionaux compétents pour le Sport, l'Économie et la Santé. Comme je vous le disais dans ma question, c'est un bon dossier pour préserver la santé, développer des équipements de sport et orienter l'activité économique vers des matériaux nouveaux comme le liège ou les noix de coco pour réaliser des terrains synthétiques. De plus en plus de communes s'orientent vers ces nouveaux matériaux.

Madame la ministre, y a-t-il des éléments nouveaux dans ce dossier, en lien avec votre travail avec vos homologues des entités fédérées?

22.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, j'ai répondu à votre question en séance plénière du 1^{er} mars. Entre-temps, ce point a aussi été abordé lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 26 mars 2018. Comme vous le savez, ce sont les Régions qui ont la compétence pour ce qui est de l'installation de nouveaux terrains utilisant ces produits, de par leur tutelle sur les communes.

Les services du SPF Santé publique sont régulièrement contactés par les autres administrations. Ils recommandent que celles-ci fassent référence, dans leur cahier des charges pour les terrains de sport et leur maintenance, aux normes les plus strictes sur les concentrations en substances dangereuses et les polymères dans les granulés de pneus à utiliser sur les terrains de sport – en d'autres mots, que par mesure de précaution, elles appliquent déjà les normes plus strictes vers lesquelles l'Union européenne va en toute probabilité évoluer. Les normes actuelles sont moins strictes, mais nous connaissons la teneur des travaux au sein de l'Union européenne.

Cependant, nous imposons déjà maintenant ces normes plus strictes pour éviter tout danger.

Par ailleurs, le SPF informe les autres administrations d'une nouvelle étude de la Norvège, qui présente une revue des matériaux alternatifs aux granulés de pneus. Elle peut être utile pour faire un choix éclairé. Cette étude prend en considération des éléments liés à l'impact environnemental de ces divers matériaux. Je peux vous faire parvenir les liens vers cette étude par un moyen électronique si vous le souhaitez. Elle s'intitule *Environmentally friendly substitute products for rubber granulates as infill for artificial turf fields*. Je peux vous donner le site web.

J'ai reçu des questions de la ministre compétente Mme De Bue, mais aussi de M. Crucke qui est vice-président. Nous avons envoyé tout ce que le SPF Santé publique avait à donner comme renseignements. Il

n'y a pas de danger chez nous pour le moment parce que nous imposons déjà les normes les plus strictes possibles. C'est évidemment à eux de faire le choix, s'il y a d'autres alternatives valables pour de nouveaux terrains.

C'est un peu curieux. Toutes ces questions sont venues après un reportage sur la RTBF. En Flandre, ce reportage a été diffusé un an et demi plus tôt. À cette époque, j'avais reçu des lettres de M. Muytters. C'est ainsi que nous sommes restés vigilants, car nous savions qu'à un moment donné, ce reportage passerait aussi du côté francophone. Je vais également faire une réponse écrite pour Mme De Bue et M. Crucke, comportant toute l'information.

Les Régions sont au courant de tout, mais je ne connais pas le suivi. Demandra-t-on d'utiliser autre chose pour les nouveaux terrains? Je l'ignore. Il faut réunir de l'information et déterminer s'il n'y a pas de grand danger. Je le répète, pour le moment, il n'y a pas de danger pour la santé publique.

22.03 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse et le suivi qui est donné à ce dossier.

Il me semble qu'il existe une opportunité de se servir d'autres matériaux, notoirement dépourvus de toute substance nocive. L'usure des terrains joue évidemment un rôle et est causée par les chutes ou les crachats. Il convient donc d'expérimenter un spectre très large.

En tout cas, je me réjouis que les Régions et les communes se soient emparées du sujet. Un beau travail collectif peut être mené dans ce dossier.

Je suis, bien entendu, intéressée par l'étude norvégienne.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

23 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les bilans sénologiques" (n° 24011)
- M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la limitation du remboursement des examens de dépistage du cancer du sein" (n° 24335)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du dépistage du cancer du sein" (n° 24337)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage du cancer du sein" (n° 24468)
- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des mammographies" (n° 24629)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage du cancer du sein" (n° 25060)

23 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "borstonderzoeken" (nr. 24011)
- de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beperking van de terugbetaling van de onderzoeken in het kader van borstkankerscreening" (nr. 24335)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van borstkankerscreening" (nr. 24337)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "borstkankerscreening" (nr. 24468)
- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van mammografieën" (nr. 24629)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de borstkankerscreening" (nr. 25060)

23.01 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, nous avons déjà eu un échange en séance plénière, donc je ne vais pas reprendre tous les arguments développés à cette occasion. Je vise bien l'arrêté royal que vous avez pris sur les modifications de nomenclatures et de remboursements des bilans sénologiques, notamment dans le cadre de dépistages individuels.

Je vous avais dit y voir des éléments positifs. Mais il y a manifestement un problème concernant les femmes de moins de 45 ans dont le risque de cancer du sein n'est pas le plus élevé bien que plus important que la moyenne générale. Les femmes à risques très élevés ont toujours droit à un remboursement particulier.

D'autres éléments posaient question. On se souvient que le MR avait annoncé ne pas être favorable à votre arrêté royal pourtant déjà publié. Depuis, un nouvel arrêté a été pris, qui confirme le précédent mais dont le contenu ne pourra être appliqué que lorsqu'un troisième arrêté royal prononcera son entrée en vigueur.

J'ai alors plaidé pour une concertation sectorielle plus large pour prendre en compte les réalités au nord et au sud du pays. J'ai constaté dans une interview accordée récemment au journal l'Echo, que vous considérez que le taux de dépistage du cancer du sein n'était que de 10 % du côté francophone, alors qu'il était de 50 % du côté néerlandophone. Cela fait des années que je plaide pour que ne soient plus mis en opposition le dépistage dans le cadre individuel et le dépistage dans le cadre organisé. Car les chiffres que vous citez, madame la ministre, sont tronqués. Du côté francophone, le taux de dépistage du cancer du sein est de 50 %, dont 10 % de dépistage organisé et 40 % de dépistage individuel, tandis que du côté néerlandophone, il est de 60 %, dont 50 % de dépistage organisé et 10 % de dépistage individuel.

Ce qui importe c'est que le dépistage soit effectif. On est d'ailleurs en deçà de ce que l'on devrait faire. En pratique, on doit atteindre, pour une réduction du taux de mortalité, une couverture de dépistage de 70 à 75 % chez les femmes.

Je voudrais savoir où nous en sommes, car je reste inquiète devant des arrêtés royaux qui posent question. Il me revient que des discussions complémentaires se sont tenues, mais j'ignore si elles se poursuivent toujours. En tout cas, je crains qu'avec un simple arrêté royal, vous puissiez décider de l'entrée en vigueur de ce texte relatif à la modification du remboursement des bilans sénologiques. C'est pourquoi j'aimerais que nous puissions à nouveau en discuter.

Pour terminer, cela fait plusieurs semaines que je vous ai soumis une proposition alternative. L'objectif n'est pas de dépister toutes les femmes chaque année et de quelque manière que ce soit. En revanche, il me semble essentiel qu'avant 45 ans, on puisse prévoir un dépistage, d'autant plus que le risque pour les femmes est plus élevé que la moyenne – sans parler de celles qui sont heureusement couvertes, à savoir celles sur lesquelles pèse un risque extrêmement important de cancer du sein. Vous savez aussi qu'une étude européenne est en cours. Elle offrira peut-être de nouvelles lignes directrices dans la prise en compte individuelle de ce risque, de façon à mettre en place un dépistage mieux ciblé.

Cette question est largement ouverte, si l'on se réfère aux études déjà publiées et dont on ne peut faire fi lorsqu'il faut prendre de nouvelles décisions.

23.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik kan het heel kort houden. Wat is de huidige stand van zaken, zeg maar sinds uw uitspraken in plenaire vergadering? Hoe ver staan we? Wat zijn de laatste nieuwe evoluties inzake KB's in uitvoering?

23.03 **Minister Maggie De Block**: Mme Fonck, mevrouw Dedry, ik heb tijdens de plenaire vergadering van 15 maart 2018 al op een heel aantal vragen geantwoord.

Op 19 maart 2018, dus na de plenaire vergadering, heeft de Nationale Commissie Artsen-Verzekeringsinstellingen kennisgenomen van mijn voornemen tot opschorting van de inwerkingtreding van de herziening van de nomenclatuur inzake de mammografie.

Daaropvolgend is eind maart 2018, dus vooraleer de inwerkingtreding kon gebeuren, het betreffende koninklijk besluit gepubliceerd. Het gaat om een nieuw koninklijk besluit, dat een nieuwe datum van inwerkingtreding vastlegt.

La commission a à nouveau abordé ce problème lors de cette réunion, sur la base d'une note de synthèse explicative qui a entre-temps été publiée sur le site de l'INAMI. Elle est d'avis que la réforme permet de garantir un dépistage du cancer du sein de qualité et a encore rappelé que cette réforme a été mise en place après concertation avec les différentes parties prenantes.

Die commissie heeft dus haar opgeleverd rapport herbevestigd en heeft gezegd dat de kwaliteit van

opsporing van borstkanker genoeg gewaarborgd was.

La commission a également souligné qu'il est important que les moyens disponibles soient utilisés de la manière la plus efficace en faveur d'un dépistage du cancer qui soit de qualité et correct chez les personnes pour qui cela est scientifiquement préconisé. La commission soutient donc toujours le projet de réforme pour lequel elle a travaillé pendant douze ans.

Met het koninklijk besluit van 25 maart, dat werd gepubliceerd op 28 maart, werd bepaald dat de Koning de inwerkingtreding van de hervorming van de mammografie zal bepalen om uit de impasse te geraken tussen de politieke wereld, aangevoerd door mevrouw Fonck en anderen, die zeggen dat het werk dat gedurende die 12 jaar werd geleverd, niet genoeg is en dat niet genoeg rekening werd gehouden met de verschillen tussen het Noorden en het Zuiden van het land.

Madame Fonck, en fait, ce que moi j'appelle dépistage et ce que vous appelez dépistage, ce n'est apparemment pas la même chose. Il est toutefois vrai que le pourcentage d'un vrai dépistage est de 10 %. Si vous rajoutez les examens individuels en Wallonie en disant qu'il s'agit aussi de dépistage, vous allez arriver à d'autres chiffres.

Ik heb aan de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen de vraag gesteld wat hun mening daarover is en welke mogelijkheden er zijn om verbeteringen aan te brengen aan de voorgestelde nomenclatuurwijzigingen. Ik wacht hun advies af.

Ondertussen kondigt men een Europese studie aan die moet onderzoeken wat de wetenschappelijke relevantie is van onderzoeken vanaf 40, 45 of 50 jaar. De studie loopt nog niet omdat nog niet alle lidstaten al hebben toegezegd. Ik meen dat wij bijkomend wetenschappelijk onderzoek op Europees niveau moeten toejuichen en als het kan er ook moeten aan deelnemen. Dit kan immers ook voor ons interessant zijn.

Wij bekijken momenteel of wij aan deze studie kunnen deelnemen en hoe wij de nodige gegevens kunnen doorsturen.

23.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Je n'ai pas appris grand-chose de plus, je vous l'avoue. Ce que vous allez faire n'est toujours pas clair pour moi. Vous ne l'avez toujours pas annoncé. Je ne peux que vous faire une nouvelle fois la suggestion d'améliorer ce qui doit l'être dans cet arrêté royal. Il convient de permettre le remboursement d'un bilan sénologique pour les femmes de moins de 45 ans, quitte à demander que le risque plus élevé soit justifié s'il nécessite cet examen. Je me permets également de dire que cet arrêté devrait être complété afin qu'une échographie s'ajoute à la mammographie, si cela se justifie, par exemple en cas de seins très denses. Là encore, vous pourriez très bien imaginer de demander que l'on justifie l'échographie complémentaire à la mammographie sur la prescription. Cela permettrait de respecter les *guidelines*.

Je vous incite à deux choses. Premièrement, au-delà de la modification de l'arrêté royal pour laquelle je plaide, je vous suggère de rester attentive à pratiquer une concertation plus large avec des experts en la matière, en sortant quelque peu du groupe de travail tel qu'il a été organisé. Deuxièmement, vous devriez arrêter d'opposer le dépistage individuel au dépistage organisé. Il n'est pas correct de votre part de remettre en question le dépistage individuel. Nous n'avancerons que lorsque le maximum des femmes concernées procéderont au dépistage. C'est la vérité.

23.05 Maggie De Block, ministre: Vous ne comprenez pas.

23.06 Catherine Fonck (cdH): Je n'arrive jamais à terminer mes phrases. Madame la présidente, puis-je terminer?

23.07 Maggie De Block, ministre: Vous pouvez terminer mais je peux répondre: ce n'est pas la vérité!

23.08 Catherine Fonck (cdH): Laissez-moi achever mes phrases. Vous avez l'habitude de couper les gens quand vous n'êtes pas contente. Vous avez dit tout à l'heure que le vrai dépistage était le dépistage organisé. Excusez-moi, mais cela signifie, de manière très concrète, que vous considérez que le dépistage individuel n'est pas un vrai dépistage. N'opposons plus le dépistage individuel au dépistage organisé. L'enjeu, c'est que le maximum de femmes soient couvertes, afin que nous obtenions une réduction du taux de mortalité. C'est la priorité des priorités. Nous devrions pouvoir le faire en combinant les deux formes de

dépistage.

Si on oppose l'un à l'autre, si on dit qu'il n'y en a qu'un qui est vrai - cela veut dire que l'autre est un dépistage accessoire qui n'est pas un bon dépistage -, je trouve que c'est à la fois méconnaître le travail qui est réalisé par les soignants et, par ailleurs, c'est toujours remettre en doute la qualité du travail presté. Par rapport aux patientes, ce n'est pas acceptable!

23.09 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb een bijkomende vraag. Men wacht op het advies van de Nationale Commissie voor de verbeteringen van de terugbetalingen. Wanneer verwacht u dat advies?

23.10 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, ik verwacht het advies zodra het klaar is. Ik maak de agenda van anderen niet. Ik heb ook niet graag dat anderen mijn agenda bepalen, toch gebeurt dat veelvuldig.

Mevrouw Fonck, u wilt gewoon niet lezen wat er staat. Er is een verschil in organisatie tussen het Noorden en het Zuiden. In Vlaanderen hebben wij sedert lang de gewoonte om depistages te doen, opgezette acties waar vrouwen veelvuldig naartoe gaan. Wij hebben daar als lokale politici aan meegewerkt. De provincies hebben daaraan meegewerkt. De vrouwen bij ons zijn gewoon om naar die opsporingen te gaan, tenzij ze in een follow-up zitten. Dan gaan zij ook individueel.

De betreffende commissie heeft daarmee rekening gehouden bij het opstellen van het nieuwe KB. Zij hebben vastgesteld dat men in Wallonië minder de gewoonte heeft om naar depistages, georganiseerd in groep, te gaan. Er zijn vrouwen die verkiezen om bij hun eigen gynaecoloog, senoloog, radioloog te gaan. Men weet niet zeker om de hoeveel tijd ze gaan: om de zes maanden, om het jaar, om de vijf jaar. Sommigen gaan nooit.

Daar heerst een andere cultuur. In dit KB heeft men rekening gehouden met de gebruiken in het Noorden en het Zuiden van het land.

De echografie is nog wel mogelijk tijdens de mammografie, alleen, dat is waarschijnlijk waarom men daartegen revolteert, mag ze niet meer afzonderlijk gefactureerd worden. Het is niet zo dat een echografie als een aanvullend onderzoek niet meer kan gebeuren, maar het mag niet meer afzonderlijk gefactureerd worden als het op dezelfde dag gebeurt.

Er is een tweede lezing ter verbetering. U vindt dat waarschijnlijk niet goed want u schudt met uw hoofd. Wij weten in Vlaanderen uit ervaring dat er in de tweede lezing nog veel problematische gevallen uit worden gehaald.

Er is ook nog 8 miljoen euro geïnjecteerd voor het meer gebruiken van digitale mammografie.

Het is dus geen besparing, zoals dat vroeger vaak is gezegd. Het is een grotere injectie van middelen, precies om tot een betere uitvoering van mammografieën bij patiënten te komen en om het aantal gevallen van borstkanker dat laattijdig ontdekt wordt te verkleinen.

12 jaar werk om te komen tot een betere verzorging, wat de volksgezondheid betreft, kan dat tellen? Er was een hoop gestook, er werden onwaarheden verteld en die blijven herhaald worden. Ik protesteer daartegen omdat ik dat al zo dikwijls heb vastgesteld. Ik blijf daartegen reageren.

Stop met de vrouwen schrik aan te jagen op basis van valse argumenten. Dat is een welgemeende oproep van vrouw tot vrouw.

U krijgt hier wel het laatste woord, zoals altijd.

23.11 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, il s'agit juste de l'application du Règlement, comme vous le savez!

Ce ne sont pas des mensonges! Premièrement, selon vos dispositions, par exemple, une femme de moins de 45 ans ne pourra plus bénéficier du remboursement du dépistage, même si son risque intermédiaire est plus élevé que celui de l'ensemble de la population.

Deuxièmement, j'ai reconnu depuis le début qu'il y avait des éléments positifs dans l'arrêté royal. Je suis attachée à une deuxième lecture parce que le taux de dépistage du cancer du sein peut être majoré.

Troisièmement, vous venez avec des éléments interpellants, comme le fait de dire que l'échographie pourra toujours être réalisée en pratique. Pratiquement, vous prévoyez que si l'échographie est réalisée le même jour que la mammographie, elle n'est pas remboursée, mais que si elle est faite le lendemain, elle le sera!

Pour ce qui concerne les femmes qui font une mammographie et dont le sein est très dense, s'il faut la compléter par une échographie, certaines reviendront le lendemain mais d'autres, à l'inverse, ne reviendront pas le lendemain. Celles qui sont dans une situation socio-économique plus difficile ne reviendront pas le lendemain. C'est un bête exemple mais, in fine, il démontre que ce n'est pas une bonne stratégie de santé publique. Cela devient une médecine à deux vitesses: celles qui ont les moyens reviendront ou paieront leur échographie le jour même et, à l'inverse, les autres ne reviendront pas le lendemain, même si on le leur propose, pour une échographie.

En matière de stratégie de lutte contre le cancer du sein, rien n'a été gagné. Beaucoup d'autres choses peuvent être dites, mais je m'arrêterai là au risque d'être coupée par la présidente.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Madame la ministre, chers collègues, nous avons proposé de terminer nos travaux à 17 h 00. Notre prochaine séance de commission aura lieu le mercredi 2 mai en matinée. À cette occasion, madame Fonck, vous aurez la possibilité de poser votre interpellation. Nous sommes dans les délais de quinze jours puisqu'elle vient d'être ajoutée.

23.12 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, j'ai rappelé le Règlement tout à l'heure à Mme Van Camp, qui présidait. Elle l'a manifestement balayé d'un revers de la main en inventant une règle que je n'ai toujours pas comprise sur les questions orales. J'ai vérifié: il n'y a rien de tout cela dans le Règlement de la Chambre.

Mon interpellation date du 5 mars. Nous arrivons au 1^{er} mai. Effectivement, le Règlement n'a pas été respecté. Que cela convienne ou pas à Mme Van Camp, j'en appelle au respect du Règlement et ce, même pour les gens de l'opposition, madame Van Camp!

23.13 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik heb het Reglement niet van de hand gewezen. Stop met dat te zeggen. Ik heb u gelijk gegeven. Ik heb echter de indruk dat u gewoon niet luistert. U luistert alleen maar naar uzelf. U bent echt irritant.

Ik heb u gelijk gegeven. Ik zeg dat nu voor de derde keer. Het enige wat ik heb gezegd is dat er ook nog zoiets is als een artikel 124 waarin staat dat de commissie elke week samengeroepen zou moeten worden om mondelinge vragen te beantwoorden. Dat wordt ook niet gerespecteerd. Dat betreurt ik ook. Ik zal die opmerking samen met uw opmerking dat interpellaties ook beantwoord moeten worden aan het kabinet bezorgen. Begrepen?

23.14 Minister **Maggie De Block**: Wij hebben gezien dat de interpellatie eigenlijk niet op de agenda stond. Ze moet hier ergens *lost in space* geweest zijn. Dat kan gebeuren, met zo veel vragen. Mijn medewerker heeft dan contact opgenomen met de diensten om erop te wijzen dat mevrouw Fonck ook een interpellatie ingediend had. Die interpellatie is er dus bij gezet op onze vraag. Wij zien soms nog dat vragen of interpellaties op de verkeerde weg belanden. Ik heb dat ook al meegemaakt met de actuele vragen. Soms kreeg ik een vraag om 12 u 30 omdat de betrokken medewerker die dag niet werkte en omdat hier in de 21^e eeuw nog met faxen gewerkt wordt, hoewel ik mij daarover niet uit te spreken heb.

Nous avons ajouté votre interpellation.

23.15 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, ce n'est pas vous que je visais mais bien l'organisation des travaux en interne.

23.16 Maggie De Block, ministre: Je ne me sens pas visée. Mais ce n'est pas non plus la faute de

Mme Van Camp.

23.17 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, merci pour ces éclaircissements mais je ne parlais pas du tout de cela.

Madame Van Camp, vous avez dit que mon interpellation viendrait après tout le reste, malgré l'article du Règlement, puisque de toute façon, on ne respecte pas le Règlement sur les questions orales. Ce n'est pas la même chose. Il y a une disposition particulière qui prévoit que les interpellations ont un statut particulier et doivent être traitées en fonction de la commission qui suit, etc. Allez relire le Règlement! Je ne rappelle pas le Règlement ici. L'objectif n'est pas celui-là. En conséquence, mettre sur un pied d'égalité une question et une interpellation, ce n'est pas respecter les dispositions ad hoc du Règlement.

La **présidente**: Cette interpellation est arrivée tardivement au secrétariat de la commission. Ce sera donc à l'ordre du jour de mercredi matin. Je ne sais pas ce qui s'est passé.

23.18 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je vous remercie. J'entends un discours différent de celui de Mme Van Camp. Ce sera donc pour la semaine prochaine.

*La réunion publique de commission est levée à 17.09 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.09 uur.*