

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

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

van

du

WOENSDAG 02 MEI 2018

MERCREDI 02 MAI 2018

Voormiddag

Matin

La réunion publique de commission est ouverte à 10.28 heures et présidée par M. Damien Thiéry.  
De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.28 uur en voorgezeten door de heer Damien Thiéry.

De **voorzitter**: Mevrouw de minister, beste collega's, wij vatten de mondelinge vragen aan.

Vraag nr. 24038 en vraag nr. 24042 van mevrouw Van Camp worden uitgesteld tot op het moment dat mevrouw Van Camp aanwezig is.

**01** Question de M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la création d'un registre central des essais cliniques et de la recherche sur les maladies du cerveau, le *Belgian Brain Research Registry*" (n° 24057)

**01** Vraag van de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de oprichting van een centraal register voor klinische proeven en het onderzoek naar hersenaandoeningen, de *Belgian Brain Research Registry*" (nr. 24057)

**01.01** Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, le Belgian Brain Council a récemment attiré mon attention sur la nécessité pour les autorités de santé de mieux recueillir des données sur les maladies du cerveau afin de mener une politique *evidence-based* et soucieuse de l'impact sociétal, comme c'est le cas pour les maladies rares. Ces données, particulièrement celles provenant des essais cliniques en cours et des travaux de recherche plus fondamentaux, manquent pour satisfaire des besoins non rencontrés de manière optimale.

Le spectre des causes des maladies du cerveau est large, allant de la neurodégénérescence et des troubles de l'immunité aux anomalies du développement et anomalies fonctionnelles incluant fréquemment un complexe mélange de facteurs génétiques et environnementaux. Une meilleure compréhension de ces causes est cruciale pour améliorer les traitements et la prévention tant primaire que secondaire.

La surveillance, l'épidémiologie et le *data mining* sur des bases de données existantes sont essentiels. L'instauration d'un registre central des essais cliniques et de la recherche sur les maladies du cerveau est particulièrement recommandée par des programmes de recherche européens tels que le Programme conjoint européen sur les maladies neurodégénératives, auquel le SPF Santé publique participe par ailleurs.

Ces informations de santé s'ajouteraient aux initiatives en cours menées dans le cadre du plan conjoint. Ce registre pourrait être établi dans le même cadre que le Registre central des maladies rares. Il permettrait aux centres de référence de collaborer et de collecter des données pour le registre. Il permettrait également de soutenir la recherche sur les maladies du cerveau et le développement de médicaments innovants. Les associations de patients pourraient aussi participer au développement de ce registre.

Madame la ministre, pourriez-vous faire le point sur les projets pilotes en cours, particulièrement ceux relatifs aux maladies du cerveau? Ensuite, pourriez-vous nous informer sur la faisabilité d'un projet de création d'un registre central des essais cliniques et de la recherche sur les maladies du cerveau et ce, y compris les modalités de budget ainsi que les étapes à venir visant à l'amélioration de la recherche, des traitements et

de la prise en charge des maladies du cerveau dans notre pays?

**01.02 Maggie De Block**, ministre: Monsieur Thiéry, en ce qui concerne les essais cliniques, mes services au sein de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé sont en train de mettre sur pied une base de données reprenant l'ensemble des études interventionnelles médicamenteuses en cours en Belgique. Cela se fait dans le cadre des mesures que je prends pour renforcer la position de la Belgique en tant qu'acteur de choix pour les essais cliniques et afin de favoriser le recrutement de patients éventuels.

La banque de données sera accessible au public et aux médecins traitants et devrait être opérationnelle dans les mois à venir. Dans un premier temps, les informations disponibles seront limitées, mais seront élargies une fois que le portail européen des essais cliniques fonctionnera.

Cela dit, afin de bien répondre aux besoins que vous soulevez, il est bel et bien nécessaire de mettre sur pied un tel registre. Au niveau belge, le cadre de ce registre pourrait être Healthdata. Mais il faut tenir compte des autres attentes concernant le Registre central des maladies rares, des soins intégrés, du *next generation sequencing*, de l'inclinaison du Registre du Cancer, etc. De plus, pour être efficace et permettre une récolte de données pertinente et suffisante, il faudra mieux récolter les données au niveau européen, ce qui nécessite une collaboration transfrontalière. C'est notre but car ce n'est pas toujours chez nous que le patient trouve l'essai clinique approprié à son cas. Celui-ci pourrait être mis en œuvre dans un autre pays.

**01.03 Damien Thiéry (MR)**: Madame la ministre, merci. Je relève trois éléments fondamentaux dans votre réponse. D'abord l'allusion au portail. La question sera évidemment le timing car cela prend toujours du temps. Vous avez parlé du Healthdata et de la collaboration transfrontalière.

Puisque vous êtes très attentive à la problématique, je voudrais revenir sur le fait que le Belgian Brain Council recense toutes les activités liées à la recherche sous toutes les formes, y compris la recherche clinique, concernant directement ou indirectement le cerveau. La question qui est posée devrait permettre, à terme, d'éviter des doublons pour faire des économies tout en allant chercher l'information nécessaire pour faire avancer les travaux dans le domaine du cerveau. Ce Belgian Brain Council existe maintenant depuis près de 10 ans. Il travaille au niveau national.

Il intègre des informations au niveau des trois Communautés. Il est important de savoir que cet organisme existe. Il a le mérite d'être efficace. Il est organisé par de grands spécialistes reconnus non seulement en Belgique mais également au niveau européen et au niveau mondial. Il mérite une attention toute particulière, et un soutien, pour autant que cela soit possible. Je ne doute pas que vous y serez très attentive.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**02 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la protonthérapie" (n° 24073)**

**02 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "protonentherapie" (nr. 24073)**

**02.01 Catherine Fonck (cdH)**: Monsieur le président, madame la ministre, je vous ai déjà interrogée à plusieurs reprises sur ce dossier. Si j'y reviens, et si je veux d'abord rappeler ce que vous disiez en mars 2017, c'est parce qu'il y a eu une évolution assez interpellante.

En mars 2017, vous indiquiez que "vu le nombre de patients que l'on a en Belgique et qui n'atteint même pas cent personnes par an, un centre de protonthérapie pour la Belgique me semble suffisant". Vous aviez également précisé que "le premier qui sera mis en place, en raison de circonstances diverses, sera à Gasthuisberg". Je me permets de rappeler au passage qu'il s'agit d'un projet non seulement de la KU Leuven mais également de l'UCL, avec le Gasthuisberg et les cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles. Vous disiez à ce moment-là: "Il est évident qu'au lieu d'envoyer nos patients à l'étranger, nous allons les traiter ici, dans ce centre".

Le ParTICLe, premier centre belge de protonthérapie dont la construction sur le site du Gasthuisberg a débuté le 28 avril 2017, accueillera ses premiers patients à la mi-2019.

Or, en janvier dernier, l'initiateur du projet à Charleroi et Olivier Chastel se sont réjouis de votre feu vert

quant au remboursement par l'INAMI des soins qui seraient délivrés au sein du centre de protonthérapie de Charleroi.

L'Association belge de radiothérapie oncologique, l'Union professionnelle des médecins spécialistes en radiothérapie oncologique et le Collège des médecins pour les centres de radiothérapie oncologique considèrent qu'en regard du récent rapport 219 du KCE relatif à la centralisation des soins du cancer pour les tumeurs rares, la "dilution" du petit nombre de patients qui pourraient être traités par protons en Belgique sur deux centres, dont une soixantaine de patients potentiels en Wallonie à traiter sur le site de Charleroi, est paradoxale.

Les indications de protonthérapie étant amenées à se développer à l'avenir, l'option d'un centre national cogéré (tant pour le volet clinique que scientifique) permettrait de les garder centralisées sur un site unique dont l'expertise professionnelle et les ressources technologiques seraient progressivement étoffées, et dont la viabilité économique serait meilleure. À titre personnel, je m'inscris totalement dans ce que disent ces experts en radiothérapie et en oncologie.

Madame la ministre, je souhaite éclaircir vos prises de position. Confirmez-vous la position que vous aviez explicitée en mars 2017 concernant la pertinence de n'avoir qu'un seul centre de protonthérapie en Belgique?

Confirmez-vous votre position de mars 2017, selon laquelle il fallait utiliser les moyens actuellement réservés à l'envoi de patients à l'étranger pour rembourser les traitements effectués dans un centre, à savoir le premier centre, le ParTICLe?

Pourriez-vous dès lors nous éclairer sur le "feu vert" que vous avez donné aux porteurs du projet de création d'un deuxième centre de protonthérapie à Charleroi? Comment justifiez-vous ce virage à 180 degrés? Quels éléments scientifiques justifient-ils aujourd'hui deux centres de protonthérapie?

Considérez-vous que la qualité des soins sera assurée si on autorise deux centres de protonthérapie en Belgique, dans la mesure où l'on sait que l'expertise nécessaire à une prise en charge de qualité nécessite un seuil minimal d'activité? Ce seuil minimal d'activité peut-il être atteint sur deux sites de protonthérapie au vu des indications de protonthérapie reconnues aujourd'hui? La viabilité financière est-elle possible sur deux centres, alors même que les projections actuelles de patients qui pourraient bénéficier du remboursement du traitement par protonthérapie restent réduites? Enfin, la création de deux centres de protonthérapie ne risque-t-elle pas d'empêcher aussi d'autres avancées majeures pourtant nécessaires pour de très nombreux patients traités en oncologie, singulièrement pour des patients qui bénéficient aujourd'hui de la radiothérapie car on me dit qu'il s'agirait d'une même enveloppe?

**02.02 Maggie De Block**, ministre: Monsieur le président, madame Fonck, selon l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, un voire maximum deux centres de protonthérapie suffisent en Belgique en fonction d'un éventuel élargissement des indications pour cette thérapie. Sur la base des données scientifiques, un centre de protonthérapie est suffisant pour notre pays, étant donné que, comme vous le mentionnez, un centre doit traiter suffisamment de patients afin d'acquérir l'expertise nécessaire dans ce domaine et la maintenir.

De plus, le rapport du KCE constate qu'en général, le nombre de cas de carcinomes rares est trop faible pour pouvoir assurer la qualité et le KCE plaide pour des centres de référence qui, dans certains cas, doivent collaborer avec l'étranger.

Quant au "feu vert", comme vous le savez, il n'existe actuellement pas de programmation en Belgique pour la protonthérapie. Étant donné que je suis compétente en cette matière et qu'il n'y a pas de programmation pour ce type de thérapie, je ne peux pas donner de "feu vert" pour la création d'un deuxième ou troisième centre. En ce moment, un budget est spécifiquement réservé aux interventions pour les patients traités par hadronthérapie, dont la protonthérapie, dans le cadre d'un projet "article 56". Vous savez en effet qu'un arrêté royal du 15 novembre 2017 permet au Comité de l'assurance de conclure des conventions en application de l'article 56.

Les patients sont, à ce stade, traités à l'étranger. Une procédure a été lancée pour obtenir l'accord préalable relatif à la prise en charge des coûts du traitement par l'INAMI. Cette procédure est consultable sur le site de ce dernier.

Jusqu'à présent, pas plus de cinquante patients par an sont traités par hadronthérapie. À l'étranger, d'autres sont traités par ions carbone. Aucun centre n'est prévu en Belgique.

Les scientifiques de Louvain sont en train de mener des simulations.

Beide centra voeren ook wetenschappelijk onderzoek uit. Als men ook in Charleroi rond geraakt, dan zou het ook voornamelijk zijn om verder wetenschappelijk onderzoek te doen naar nieuwe indicaties die zich kunnen aandienen. Daarover bestaat steeds meer literatuur waaruit blijkt dat ook andere kankers zouden kunnen worden behandeld.

Niettemin staat een dergelijk centrum er niet van vandaag op morgen.

Tout d'abord, un plan financier est nécessaire. La construction devrait prendre quatre ans, car je suis allée voici trois ans à Louvain assister à la pose de la première pierre.

Le budget est connu. Selon certaines études scientifiques, il est préférable que les patients belges soient traités à l'étranger. J'ai répondu qu'un patient qui serait soigné à Louvain ne le sera pas à Charleroi, et inversement. Tout ce qui peut contribuer à mener plus d'examen scientifiques est bon à prendre.

J'ai aussi indiqué aux doyens des facultés de médecine qui financent le projet de Louvain que le remboursement pourrait être intégré au budget. En effet, je dois préciser que ce n'est pas le gouvernement fédéral qui le finance. De plus, un montant a été alloué par le ministre du Budget et des Finances du gouvernement flamand, M. Muyters.

Ik meen dat voor het wetenschappelijk onderzoek een bedrag van 500 000 euro werd uitgetrokken. Het komt ons niet toe om dat te financieren maar het is wel belangrijk dat ons land over een dergelijk centrum beschikt. Laten wij hopen dat er nog veel indicaties bijkomen, want dat zou een goede zaak zijn.

Le **président**: Madame la ministre, je vous remercie. Je rappelle très rapidement les règles relatives aux questions orales: vous disposez de cinq minutes chacune et de deux minutes pour la réplique. J'aimerais bien qu'on essaie de respecter ce timing.

**02.03 Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, je lisais dans la presse, en date du 25 janvier 2018: "Enfin, le feu vert pour la protonthérapie à Charleroi! La ministre De Block a donné son accord ce mercredi matin à Olivier Chastel et à Dominique Demonte qui l'avaient sollicitée." Il y a quand même un paradoxe terrible. Pour toute une série d'expertises, on dit qu'il faut éviter la dispersion des centres pour pouvoir garantir la qualité. Ici, alors qu'on sait que c'est un tout petit nombre, on est en train de diviser cette expertise en deux. Je trouve que cela n'a pas du tout de sens sur le plan scientifique. C'est d'ailleurs clairement ce que le KCE et les experts disaient en la matière.

Ensuite, au regard des chiffres, je constate que 180 à 200 patients au maximum par an pourraient en bénéficier. Vous avez rappelé un plus petit nombre. Il s'agit de tumeurs pédiatriques et cérébrales qui pourraient être traitées par protons en Belgique. Cela représente 0,5 % des 35 000 patients pris en charge en radiothérapie chaque année.

L'affectation des ressources destinées aux soins du cancer doit être optimale. On doit continuer aussi à avancer sur d'autres dossiers et sur la qualité des soins de radiothérapie, notamment sur les traitements en modulation d'intensité (les IMRT) mais aussi sur les traitements qui sont guidés par l'imagerie (les IGRT). Cela demande du budget.

À un moment donné, si on disperse sur plusieurs centres, y compris au détriment de la radiothérapie, cela va directement pénaliser des dizaines de milliers de patients. J'en appelle à rester sur des bases scientifiques et à garder un enjeu majeur qui est la qualité, que ce soit en protonthérapie ou pour tout le reste de la radiothérapie, au profit de ces dizaines de milliers de patients. Je vous remercie.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**03 Interpellation et question jointes de**

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la condamnation de l'État belge à créer un fonds pour indemniser les victimes du Softenon" (n° 257)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la condamnation de l'État belge à créer un fonds pour indemniser les victimes du Softenon" (n° 24075)

**03** **Samengevoegde interpellatie en vraag van**

- mevrouw Catherine Fonck tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veroordeling waarbij de Belgische Staat verplicht wordt ten behoeve van de softenonslachtoffers een schadeloosstellingsfonds op te richten" (nr. 257)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veroordeling van de Belgische Staat tot de oprichting van een fonds voor de vergoeding van softenonslachtoffers" (nr. 24075)

**03.01** **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, le 1<sup>er</sup> mars dernier, je vous interrogeais en séance plénière au sujet de l'arrêt du 22 février 2018 de la cour d'appel de Bruxelles, qui condamne le gouvernement belge à respecter l'engagement pris par votre prédécesseur de créer un fonds doté de 5 millions d'euros pour indemniser les victimes du Softenon.

Vous m'aviez alors répondu que vous n'aviez pas encore pris connaissance de l'arrêt, que vous estimiez opportun d'étudier soigneusement son contenu avant de prendre une décision et que vous souhaitiez également recevoir l'avis de votre conseil à ce sujet.

Madame la ministre, nous sommes début mai, vous avez eu le temps d'examiner l'arrêt de la cour d'appel. Quelle position allez-vous adopter suite à cet arrêt?

Je vous avais demandé de baisser les armes dans ce dossier qui, année après année, s'est perdu dans des batailles juridiques. Les patients attendent et l'État a une certaine responsabilité car il a trop tardé à interdire le Softenon en tant qu'antiémétique banal chez les femmes enceintes.

Madame la ministre, pourrions-nous partir de l'enjeu lié aux victimes? Comptez-vous adopter un projet de loi permettant la création de ce fonds d'indemnisation des victimes du Softenon? Si oui, dans quel délai et avec quelles modalités d'indemnisation? Si non, comptez-vous introduire un pourvoi en cassation?

**03.02** **Maggie De Block**, ministre: Madame Fonck, deux éléments sont à mentionner. Tout d'abord, il s'agit d'un arrêt rendu par la cour d'appel de Bruxelles le 22 février 2018. La question a été analysée par des juristes et le raisonnement repris dans l'arrêt semble bizarre. Le pouvoir judiciaire nous condamnerait, moi en tant que ministre, et également l'État, à prendre des initiatives législatives à la suite d'une promesse non tenue par une ancienne ministre socialiste. Cela constituerait un précédent important. Ce serait terrible compte tenu des élections et de tout ce que j'ai entendu hier: vous pouvez promettre tout ce que vous voulez, c'est quelqu'un d'autre qui devra honorer les promesses! Le moins que l'on puisse dire est que l'arrêt génère une certaine tension concernant la séparation des pouvoirs.

Ceci étant dit, il reste la question que vous soulevez: doit-on, sans promettre, suivre le raisonnement et indemniser les victimes survivantes du Softenon? Je pose cette question, qui reste ouverte, et nous sommes en train de l'analyser au sein du gouvernement. Dès qu'il y aura des éléments de suivi, je vous les communiquerai.

Pour moi, ces éléments sont séparés. D'une part, il y a les aspects juridiques, pour lesquels nous ne voulons pas créer de précédent, et d'autre part, je trouve qu'il est légitime de poser la question au sein du gouvernement.

**03.03** **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, je sens une ouverture concernant le fonds d'indemnisation et j'ose espérer que le gouvernement adoptera une attitude positive.

Je serai franche avec vous quant à votre réponse. Je crains que le positionnement juridique et le fait que le gouvernement n'accepte pas la motivation de l'arrêt de la cour d'appel de Bruxelles soient des prétextes pour ne pas avancer concernant le fonds d'indemnisation.

Je ne sais pas si vous allez déposer un pourvoi en cassation mais je vous supplie, pour les patients et les victimes du Softenon, d'avancer sur un projet de loi pour la création de ce fonds. Ce serait normal au regard

de la responsabilité de l'État. Il ne s'agit pas de votre responsabilité personnelle, comme je vous l'ai dit en plénière, mais bien de celle de l'État, en son temps. Il est temps de sortir de ces guéguerres juridiques, qui sont assez pathétiques face à la situation des patients, d'autant plus que les demandes des patients et des victimes sont raisonnables, correctes, équilibrées. Cela leur permettra également de poursuivre leur investissement professionnel, ce qui est particulièrement important.

Deuxièmement, je pense qu'il faut avancer, dans le dossier du Softenon comme dans d'autres, pour maximiser les mesures de prévention pour toute une série de médicaments tératogènes. Je reviens dès lors avec ma proposition de placer un logo sur les boîtes de médicaments tératogènes pris pendant la grossesse. C'est un sujet sur lequel nous devons travailler.

Monsieur le président, je dépose donc une motion, qui demande au gouvernement de rédiger un projet de loi visant la création d'un fonds doté de 5 millions d'euros pour indemniser les victimes du Softenon, conformément à l'arrêt du 22 février 2018 de la cour d'appel de Bruxelles qui condamnait le gouvernement belge à respecter cet engagement.

### **Moties**

#### **Motions**

Le **président**: En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.  
Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Catherine Fonck et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Catherine Fonck

et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

demande au gouvernement:

- de rédiger le projet de loi visant la création du fonds doté de 5 millions d'euros pour indemniser les victimes du Softenon;
- de soumettre rapidement ce projet de loi à la Chambre des représentants."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Catherine Fonck en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Catherine Fonck

en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

verzoekt de regering:

- het wetsontwerp tot oprichting van een fonds voor de vergoeding van softenonslachtoffers, waarvoor een bedrag van 5 miljoen euro zou worden geoormerkt, op te stellen;
- en dit spoedig voor te leggen aan de Kamer van volksvertegenwoordigers."

Une motion pure et simple a été déposée par M. Dirk Janssens.

Een eenvoudige motie werd ingediend door de heer Dirk Janssens.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

**04 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité des médecins généralistes" (n° 24105)**

**04 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veiligheid van de huisartsen" (nr. 24105)**

**04.01 Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, le 7 juin 2017, je vous interrogeais au sujet de la sécurité des médecins généralistes et de l'enquête organisée par l'Ordre des médecins, en collaboration avec la VUB, auprès des médecins généralistes.

À l'époque, vous m'aviez répondu ce qui suit: "Cette enquête fait partie des travaux du groupe de travail créé par le SPF Intérieur dans le cadre de la sécurité des prestataires." En effet, cette problématique concerne les médecins généralistes, mais également l'ensemble des prestataires de la santé, en particulier ceux qui se rendent au domicile de leurs patients.

Vous poursuiviez en disant: "Comme vous le savez, l'objectif de ce groupe de travail est d'améliorer la situation des généralistes et des autres professionnels de la santé qui exercent leur profession en dehors de l'hôpital. Ce groupe de travail a pris l'initiative de mener une enquête auprès des médecins généralistes sous la direction de la VUB et de l'Ordre des médecins."

À l'époque, vous aviez chargé votre administration d'en assurer la publicité par la publication en ligne d'un appel visant à encourager la participation à cette enquête.

"L'enquête a été clôturée le 25 avril dernier et la VUB est actuellement en train de traiter les données", disiez-vous.

Madame la ministre, depuis, presque une année s'est écoulée. Avez-vous reçu les résultats de l'enquête? Pourriez-vous nous transmettre ces résultats? Quelles mesures comptez-vous prendre, sur base de ces résultats, en vue d'améliorer la sécurité des professionnels de la santé?

**04.02 Maggie De Block**, ministre: Monsieur le président, madame Fonck, lors de la commission de la Santé publique du 27 mars dernier, j'ai répondu à une question de Mme Els Van Hoof portant exactement sur le même sujet. Je me réfère donc à la réponse que je lui ai donnée.

Pour ce qui concerne votre première question, je ne dispose pas encore des résultats. Mais je peux me renseigner à ce sujet.

**04.03 Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, la même question vous a peut-être été posée, mais cela fait maintenant deux mois que j'ai déposé ma question. Force est donc de constater qu'il arrive que des questions portant sur le même sujet ne soient pas jointes.

Cela dit, il y a un an, vous étiez partie prenante de cette enquête. J'imagine donc que vous allez, à un moment donné, vous pencher sur cette question qui est quand même primordiale pour les professionnels de la santé. Je suis quelque peu étonnée que vous n'avez toujours rien reçu et que vous ne vous en soyez pas inquiétée.

Puis-je vous demander – je m'adresse également à vous, monsieur le président – de transmettre aux membres de la commission les résultats de cette enquête afin de m'éviter de devoir redéposer une question? Cela nous permettrait d'avancer en la matière car des mesures doivent impérativement être prises. En effet, je peux vous assurer que les actes de violence et les agressions sur les prestataires de la santé restent trop nombreux.

Ce sont des professions exposées et à risques. Je pense qu'on peut véritablement améliorer le dispositif autour de ces professionnels. Je vous remercie.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**05 Question de M. Benoit Hellings à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement éventuel de la vaccination de certains patients HSH contre le HPV" (n° 24122)**

**05 Vraag van de heer Benoit Hellings aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de eventuele terugbetaling van de inenting van sommige MSM's tegen het HPV" (nr. 24122)**

**05.01 Benoit Hellings** (Ecolo-Groen): Monsieur le président, madame la ministre, l'action 17 du Plan national sida, que nous ne devons pas oublier, prévoit de "faciliter l'accès aux vaccins dont la communauté scientifique internationale s'accorde pour dire, sur base de critères d'evidence-based medicine (EBM), qu'ils sont fortement susceptibles de protéger les jeunes de risques liés à la sexualité".

Or, l'European AIDS Clinic Society, qui fait partie de la communauté scientifique internationale, dans ses rapports les plus récents, recommande le remboursement du vaccin contre le papillomavirus ou HPV pour toutes les personnes séropositives jusqu'à 26 ans et pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) jusqu'à 40 ans.

Parallèlement, le comité de monitoring du Plan national sida, dans son dernier rapport d'évaluation, préconise des dispositions similaires quant au remboursement de ce vaccin auprès des catégories dites à

risque. Il est vrai que les condylomes, dus à certaines variantes du papillomavirus humain, sont une infection sexuellement transmissible très courante chez les HSH. Or, une protection vaccinale des condylomes non bénins n'est réellement observée que lors de l'usage des vaccins quadrivalents et nonavalents contre le HPV. Les études, réalisées à Melbourne en Australie sur une population constituée de jeunes femmes et jeunes hommes, montrent une baisse significative de la proportion d'infections par les condylomes parmi les femmes éligibles au programme vaccinal, soit une diminution de 11,5 % en 2007 à 0,87 % en 2011. C'est donc particulièrement efficace.

Madame la ministre, prévoyez-vous prochainement le remboursement par l'INAMI des vaccins quadrivalents et/ou nonavalents pour les patients immunodéprimés? Si oui, pour quand? Envisagez-vous la mise en œuvre d'une procédure vaccinale quadrivalente et/ou nonavalente auprès du public dit à risque des HSH en prévoyant également le remboursement par l'INAMI? Si oui, de quelle façon? Quel vaccin, jusqu'à quel âge et quand? Je vous remercie d'avance pour vos réponses.

**05.02 Maggie De Block**, ministre: Monsieur Hellings, je vous invite à relire les réponses que j'ai déjà données à des questions sur la vaccination HPV, entre autres le 31 janvier dernier. Il y avait des questions de M. Senesael, Mme Jiroflée, Mme Galant et Mme Capoen. Seule, Mme Jiroflée avait posé sa question. À cette occasion, j'ai mentionné l'étude du KCE qui est en cours. Comme vous le savez, elle a débuté en novembre de l'an dernier. Les résultats seront disponibles, au plus tôt, en novembre de cette année-ci.

Le remboursement des vaccins quadrivalents et nonavalents est actuellement limité aux jeunes filles entre douze et dix-neuf ans, dans le cadre de la prévention des cancers du col de l'utérus et des cancers de la vulve, du vagin et de l'anus dus au papillomavirus humain, des lésions précancéreuses du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus, des dysplasies de haut grade du col de l'utérus et de la vulve également dues au papillomavirus et des verrues génitales condylomes accumulées dues au papillomavirus humain.

Aucune demande des firmes pharmaceutiques n'a été faite en ce qui concerne l'extension du remboursement par l'INAMI aux patients séropositifs et aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Je précise aussi, mais vous le savez, que le remboursement des vaccins relève également de la responsabilité des Communautés.

**05.03 Benoit Hellings** (Ecolo-Groen): Veuillez m'excuser, madame la ministre. J'ai l'habitude de vérifier systématiquement si une question a été posée avant de vous la poser ici en commission où je n'ai pas mes habitudes. C'est une question générale sur la vaccination. C'est probablement parce que j'ai effectué une recherche sur le HPV dans la base de données des questions que je n'ai pas découvert cette question. Merci de me la transmettre.

Nous allons attendre l'étude du KCE en cours. On la lira avec attention. J'entends que c'est pour fin novembre. Il y a très clairement aujourd'hui, avec la généralisation des trithérapies, un relâchement de la protection par le préservatif chez les HSH. On assiste dès lors à la prolifération de toutes ces maladies, en particulier liées au HPV, peut-être pas le sida car ces personnes sont protégées par la trithérapie.

Il y a donc un besoin absolu de réenvisager nos techniques de protection des publics-cibles et en particulier des HSH. Ce sera notre prisme de lecture de l'étude du KCE. Après, on verra. En tout cas, je vais transmettre cette question à des collègues actifs au niveau communautaire en Flandre et du côté de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour voir ce qu'il est possible de faire au niveau des Communautés. En effet, il s'agit également d'une compétence communautaire.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

Le **président**: Nous attendons le retour de Mme Catherine Fonck pour traiter les questions n° 24129 et n° 24192. Les questions n° 24172 et n° 24178 de Mme Isabelle Galant sont transformées en questions écrites.

**06 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronisch voorschrijven van niet-vergoedbare geneesmiddelen" (nr. 24038)**

**06 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la**

## prescription électronique de médicaments non remboursables" (n° 24038)

**06.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, de artsen en apothekers zijn volop bezig met de overschakeling naar het elektronisch voorschrift, dat enkel zou kunnen worden gebruikt voor vergoedbare geneesmiddelen.

Ik stelde u al vragen over de houdbaarheid van het elektronisch voorschrift. Onze fractie heeft ook een voorstel om daarin eenduidigheid te brengen. Bent u er al uit hoelang het zal gelden? Wij zouden het opportuun vinden om dat voorschrift te verlengen om een extra voordeel te hebben ten opzichte van het papieren voorschrift. Dat zou een besparing kunnen opleveren voor de patiënt en voor de maatschappij, want zo worden onnodige visites om voorschriften te verlengen, vermeden. Uiteraard blijft het altijd mogelijk om een voorschrift voor een kortere periode voor te schrijven.

Als niet-vergoedbare geneesmiddelen niet elektronisch kunnen worden voorgeschreven, moet dat dan nog altijd op papier? Waarom kan dat niet via het elektronisch voorschrift? Het zou toch logischer zijn om het elektronisch voorschrift mogelijk te maken voor alle geneesmiddelen, niet alleen met het oog op het vermijden van kafkaïaanse toestanden, maar ook met het oog op de gegevensdoorstroming en de praktische organisatie voor de patiënt, die met een elektronisch voorschrift en een papieren voorschrift bij de apotheker moet gaan. Bent u het daarmee eens?

**06.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Camp, ten eerste, de wettelijke verplichting over de voorschriften geldt zowel voor de vergoedbare als voor de niet-vergoedbare geneesmiddelen.

Wij zullen dus inderdaad geen dubbel circuit organiseren. Dat heeft trouwens ook totaal geen zin. Nu worden de geneesmiddelen immers ook op één voorschrift geschreven. Dat moet dus allemaal elektronisch kunnen.

De invoering van een geldigheidsduur voor het geneesmiddelenvoorschrift en de gelijkschakeling van de geldigheidsduur voor terugbetaalbare en niet-terugbetaalbare geneesmiddelen zijn nog steeds in bespreking. Het doel is de verbetering van de kwaliteit van de zorg, alsook een administratieve vereenvoudiging door een harmonisatie van de regels op het vlak van de geldigheidsduur van een voorschrift.

Het overleg en de adviesprocedures daarvoor lopen nog. Op basis van de analyse van de technische impact en de resultaten van het overleg kan daarna de datum van inwerkingtreding worden bepaald.

**06.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, het antwoord is duidelijk. Ik dank u.

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

**07 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het MAF-statuut op MyCareNet" (nr. 24042)**

**07 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut MAF sur MyCareNet" (n° 24042)**

**07.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, vandaag kunnen thuisverpleegkundigen blijkbaar niet zien welk statuut de patiënt heeft.

Waarom is het MAF-statuut niet aangeduid in MyCareNet, luik thuisverpleging? Komt daarin verandering en wanneer precies?

Wat er blijkbaar ook niet instaat, is de status palliatieve zorg, waardoor de thuisverpleging die status niet kan zien in het luik thuisverpleging. Kan ook dat veranderen?

Hetzelfde geldt voor de goedkeuring inzake educatie door een diabeteseducator. Ook dat komt niet terecht in het dossier voor de thuisverpleging.

Ten slotte, blijkbaar worden in de berekening van het MAF-statuut de remgelden van de thuisverpleging meegeteld, maar zoals u weet, worden die collectief niet geïnd. Dat blijkt ook uit mijn schriftelijke vraag en uw antwoord daarop. Bestaat er geen manier om daarmee rekening te houden? Het is toch de bedoeling om

een bedrag te verkrijgen dat reëel is en effectief werd betaald door de mensen, zodat zij op die manier aan een plafondbedrag komen.

Het gaat toch om een vijfde van de kosten en voor heel wat MAF-patiënten is thuisverpleging een belangrijk deel daarvan. Wat is uw standpunt ter zake?

**07.02** Minister **Maggie De Block**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Camp, in artikel 3 van de wet van 5 juli 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor de geneeskundige verzorging, geeft men aan de Koning de bevoegdheid om, bij besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de regels en modaliteiten vast te stellen waaronder zorgverleners, in zoverre zij daartoe een rechtmatig belang hebben, ingelicht kunnen worden over het feit dat de patiënt geniet van de toekenning van een maximumfactuur.

Er werden bij de uitvoering van die bepaling twee koninklijke besluiten uitgevaardigd, waarbij de verzekeringsinstellingen worden gemachtigd aan ziekenhuizen, enerzijds, en apothekers, anderzijds, mee te delen dat de patiënt recht heeft op de maximumfactuur. Een dergelijk koninklijk besluit werd nog niet uitgevaardigd voor de sector van de thuisverpleegkunde omdat, zoals u al zei, in deze sector het remgeld in minder dan 1 % van de gevallen wordt gevraagd.

Wat MyCareNet betreft, zullen zorgverleners in de toekomst informatie kunnen consulteren over het palliatief statuut van hun patiënt en de zorgtrajecten door middel van "gegevens van het lid", een dienst die beschikbaar zal zijn voor een aantal sectoren. Voor verpleegkundigen zal dat in de loop van 2019 zijn.

Voor de MAF wordt ook rekening gehouden met het totaal van de persoonlijke aandelen die de rechthebbende of het gezin waarvan hij deel uitmaakt ten laste neemt.

Er is natuurlijk ook nog het artikel 3 van het koninklijk besluit van 2002 tot uitvoering van Hoofdstuk IIIbis van Titel III. Daarin wordt bepaald dat de zorgverlener de volgende vermelding moet aanbrengen in het daartoe vermelde vakje van het getuigschrift van verstrekte hulp: hetzij het bedrag van de door de rechthebbende betaalde honoraria, hetzij ja of nee. Deze bepaling is ook van toepassing in het kader van de elektronische facturatie in de derde-betalersregeling die, zoals u weet, in grote mate wordt toegepast door de verpleegkundigen.

Als het remgeld niet wordt geïnd en dit ook zo wordt vermeld door de verpleegkundige, in het kader van zijn facturatie, wordt er geen remgeld in aanmerking genomen voor de MAF. Zij moeten het dus gewoon vermelden en dan komt het niet bij de MAF.

**07.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dat is duidelijk. Dank u wel. Het is goed te horen dat de info inzake educatie door een diabeteseducator en de status palliatieve zorg wel zichtbaar zullen zijn en dat er ook een mogelijkheid is tot aanduiding van het MAF-statuuut.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

Le **président**: Met de vragen onder agendapunt 8 en 11 wachten wij tot de terugkomst van mevrouw Fonck. La question n° 24201 de Mme Thoron est transformée en question écrite. Mevrouw Jiroflée is niet aanwezig voor haar vraag nr. 24211, haar vraag vervalt.

**08** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de medische invulling van het CBRN-plan" (nr. 24222)**

**08** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la définition médicale du plan CBRN" (n° 24222)**

**08.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, de Belgische overheid heeft in juli 2017 op initiatief van minister Jan Jambon de noodzakelijke hervorming van de civiele bescherming goedgekeurd. In dat kader werd ook het Chemisch, Biologisch, Radiologisch en Nucleair crisismanagementplan van de civiele bescherming hervormd.

Ook de FOD Volksgezondheid werkt aan een hervorming van de medische invulling van het CBRN-plan, waarbij de nadruk zou liggen op het biologische en chemische aspect en op de vraag voor welke infectieziekten al dan niet een strategische stock aangehouden en/of opgebouwd zou moeten worden. De

opmaak en het overleg over het CBRN-plan loopt reeds sinds 2016.

Mevrouw de minister, als ik het juist heb begrepen, dan hebt u aan de bevoegde diensten en adviesorganen, met name de Hoge Gezondheidsraad, gevraagd om de huidige situatie te actualiseren en om een advies te verlenen inzake de aanpak van bijvoorbeeld pokken en de strategische stocks.

Mevrouw de minister, graag had ik een toelichting over de stand van zaken van het nieuw medisch CBRN-plan.

Bent u op de hoogte van het door de Europese Commissie ingediend en goedgekeurd actieplan ter zake van oktober laatstleden?

De Europese Commissie vraagt aan alle lidstaten om één nationale CBRN-coördinator aan te stellen. Hebt u daarover al overlegd met uw collega van Binnenlandse Zaken?

In welke mate draagt België bij tot een goede samenwerking met de andere lidstaten in geval van een CBRN-incident?

Overweegt België ook om nieuwe strategische stocks aan te leggen? Zo ja, tegen welke ziektes?

**08.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, de voorbereiding en de aanpak van de chemische, biologische, radiologische en nucleaire veiligheid is geen losstaand gegeven. Het is ingebed in het Medisch Interventieplan, de MIP's en de MAXI MIP's en de mechanismen binnen de nationale en internationale netwerken met het oog op de implementatie van het Internationaal Gezondheidsreglement, zoals de Risk Assessment Group, de Risk Management Group, het National Focal Point en het Early Warning and Response System.

Wij zijn daar inderdaad bij betrokken, alsook bij het CBRN-actieplan van de Europese Commissie. De administratie van de FOD Volksgezondheid werkt samen met de Europese instanties aan de implementatie van dit plan, in het bijzonder door actief deel te nemen aan het Health Security Committee en hun acties ter uitvoering van het CBRN-plan.

Ingevolge de vraag van de Commissie is er ook een coördinator CBRN aangeduid in het Crisiscentrum van Binnenlandse Zaken.

**08.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dat is duidelijk. Bedankt.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 24234 van mevrouw Gerkens en de vragen nrs 24249 en 24250 van mevrouw Fonck worden uitgesteld tot het moment, eventueel vandaag nog, dat zij kunnen terugkomen.

La question n° 24257 de M. Calomne est transformée en question écrite.

Vraag nr. 24287 van mevrouw Van Peel wordt uitgesteld.

**09** **Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge des violences sexuelles" (n° 24372)**

**09** **Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanpak van seksueel geweld" (nr. 24372)**

**09.01** **André Frédéric** (PS): Monsieur le président, madame la ministre, comme vous le savez, la prise en charge des violences sexuelles a fait l'objet d'un important travail au sein du comité Émancipation sociale de notre assemblée. Si nous dénonçons régulièrement de nombreuses mesures prises par votre gouvernement à l'encontre des femmes, nous nous devons toutefois de saluer une initiative importante, à savoir la mise en place de centres multidisciplinaires pour la prise en charge des violences sexuelles. C'est un projet essentiel qui devra, pour mon groupe, être développé, pérennisé et étendu. Pourtant, à ce stade, nous n'avons aucune garantie dans ce cadre.

Comme le relayait la presse voici deux mois, une jeune femme victime d'un viol n'a pas pu être complètement prise en charge par un hôpital de Verviers parce que, faute de moyens suffisants, les médecins légistes ne se déplacent plus la nuit et les petites structures hospitalières ne peuvent faire face à ce type de prise en charge complexe.

Madame la ministre, confirmez-vous la nécessité de pérenniser et d'étendre les centres multidisciplinaires pour la prise en charge des violences sexuelles? Si oui, comment envisagez-vous leur extension? Un budget est-il déjà prévu dans ce cadre?

Dans l'attente de cette éventuelle extension, n'estimez-vous pas indispensable de donner les moyens nécessaires aux centres de médecine légale et aux hôpitaux afin que ceux-ci puissent totalement prendre en charge les personnes victimes de violence sexuelle et ainsi ne pas ajouter de la violence à la violence en les obligeant à se rendre dans un autre hôpital? Comment expliquez-vous qu'on en soit arrivé à une telle situation?

L'utilisation du set d'agression sexuelle (SAS) doit, nous semble-t-il, être possible dans l'ensemble des hôpitaux. Il semble que ce ne soit pas le cas. Les formations concernant l'utilisation de ce SAS se poursuivent-elles? Tous les hôpitaux y ont-ils participé? Envisagez-vous la généralisation de ces formations?

**09.02 Maggie De Block**, ministre: Monsieur Frédéric, l'État belge a en effet signé et ratifié la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, dite "Convention d'Istanbul".

Son article 25, intitulé "Soutien aux victimes de violence sexuelle", dispose que les parties prenantes prennent les mesures législatives ou autres nécessaires à la mise en place de centres d'aide d'urgence pour les victimes de viol et de violence sexuelle. Ces centres doivent être appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant, afin de dispenser aux victimes un examen médical et médico-légal, un soutien post-traumatique ainsi que des conseils.

Cet engagement a été repris dans le Plan national d'action 2015-2019 de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre.

Comme vous le savez, à la fin 2017, trois centres de prise en charge des victimes de violence sexuelle ont été inaugurés: au CHU Saint-Pierre, au CHU de Liège et à l'UZ de Gand. Pour toute information relative à ces projets pilotes ainsi qu'à leur évaluation, je vous invite à interroger Mme Demir, secrétaire d'État à l'Égalité des chances.

Avant de prendre une décision relative à d'éventuelles initiatives supplémentaires, j'attends les conclusions de l'évaluation de ces projets pilotes. Il en va de même pour les modalités de dotation d'un financement structurel des centres en ce qui concerne les aspects quantitatif et géographique.

Entre-temps, les informations relatives au contenu du set d'agression sexuelle (SAS) et à son utilisation correcte dans les hôpitaux belges figurent dans la check-list pour une prise en charge des victimes de violence sexuelle, qui a été rédigée à ma demande en 2015 et qui a été actualisée l'année dernière.

En 2015 et 2017, cette liste a été distribuée à tous les hôpitaux du pays. Le prélèvement correct d'échantillons à l'aide du SAS faisait également partie des formations continues organisées par mes services sur le thème de la violence intrafamiliale dans le contexte hospitalier. Jusqu'à présent, vingt-sept hôpitaux sur plus de cent – soit près de 25 % – y ont participé et leur personnel est donc éduqué à travailler avec ce set.

Évidemment, nous poursuivons. Nous nous chargeons de donner la formation mais il faut l'accord de l'hôpital. Cela concerne surtout les personnes qui sont souvent de garde ou les gynécologues. Ce n'est pas si difficile; il faut simplement savoir quoi faire.

**09.03 André Frédéric** (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Vous apportez de l'importance à ce sujet qui est grave et qui partait d'un fait isolé que je ne veux certes pas généraliser. J'évoquais le cas d'une dame pour laquelle on n'a pas pu intervenir après un viol et qui a dû rejoindre un autre hôpital. Cela m'avait interpellé car la situation, en elle-même, était déjà assez traumatisante.

Je ne manquerai pas d'interroger votre collègue, la secrétaire d'État, Mme Demir, pour savoir où elle en est dans ses conclusions, car j'ai entendu que vous envisagiez un financement structurel sur la base des conclusions qui seront tirées. J'y serai attentif.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

Le **président**: La question n° 24467 de Mme Nawal Ben Hamou est transformée en question écrite. Les questions n° 24469 de Mme Catherine Fonck, n° 24762 de M. Daniel Senesael, n° 25047 de Mme Muriel Gerkens et n° 25079 de Mme Véronique Caprasse sont reportées.

**10** Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la possible pénurie d'infirmiers et d'infirmières" (n° 24473)

**10** Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het mogelijke tekort aan verpleegkundigen" (nr. 24473)

**10.01** André Frédéric (PS): Madame la ministre, selon un expert de l'Agence Européenne pour le Développement et la Santé, la Belgique pourrait devoir faire face à une pénurie d'infirmiers dans les prochaines années. Selon cet expert, les causes seraient multiples.

Tout d'abord, la formation de bachelier en soins infirmiers étant passée de 3 à 4 ans depuis la rentrée 2016, il n'y aura aucune sortie d'infirmiers et d'infirmières bachelier dans 2 ans. Or les hôpitaux doivent déjà faire couramment appel à des intérimaires, surtout durant les vacances, ou à des étrangers qui créent des pénuries dans leur propre pays. Ensuite, on constate une chute des inscriptions aux formations de bachelier en soins infirmiers. Enfin, il semble que l'absence de reconnaissance du diplôme universitaire et l'absence du salaire qui s'y rapporte constituent d'autres facteurs de pénurie.

Madame la ministre, estimez-vous que ce cri d'alerte est justifié? Craignez-vous également une pénurie plus grande de la profession au cours des prochaines années?

On constate, aujourd'hui déjà, un manque de personnel infirmier dans les hôpitaux, qui n'est malheureusement pas chiffrable à cause d'une absence d'un cadastre de la profession. Envisagez-vous la mise en place d'un tel cadastre? Si oui, dans quel délai? Si non, pourquoi? Quelles initiatives envisagez-vous pour endiguer cette pénurie et rendre attractif le métier d'infirmier? Une concertation avec les entités fédérées a-t-elle lieu dans ce cadre?

**10.02** Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, la difficulté de recruter des infirmiers en Belgique est une réalité variable dans certaines Régions et dans certains secteurs. Ce n'est pas un phénomène nouveau.

Je ne comprends pas votre affirmation sur l'absence d'un cadastre. Le cadastre des professions en droit d'exercer existe. Il est tenu à jour par le SPF Santé publique sur base des visas délivrés et reprend à ce jour plus de 525 000 professionnels de santé. Il contient de nombreuses informations publiées annuellement sur les différentes professions et leur évolution, chiffrées par Région, sexe, âge, etc.

Il est exact que ce cadastre ne comporte pas de détails relatifs à l'emploi effectif pour toutes les professions. J'y reviendrai.

Sur base du cadastre des infirmiers, on peut par exemple observer que, depuis plus de dix ans, leur nombre est en progression.

En 2016, afin de se conformer aux directives européennes et de former des infirmiers plus compétents, nous avons exigé 4 600 heures de formation. Cela a provoqué le passage de la formation de bachelier à quatre ans.

Ce passage à quatre ans provoquera donc une quasi-absence de diplômés bacheliers en juin 2019. C'est la situation opposée à celle des médecins, pour lesquels nous obtiendrons une double cohorte. Nous avons dû trouver une solution à ce problème.

Je comprends que cela puisse susciter des inquiétudes sur le terrain mais ne perdons pas de vue que 40 %

des nouveaux diplômés infirmiers annuels proviennent de l'enseignement HBO5 en Flandre et du brevet en Communauté française qui, eux, ne sont pas passés à quatre ans d'études.

La chute des inscriptions dans les écoles de bacheliers n'a pas été observée en 2016 lors du passage à quatre ans. Elle est apparemment de 0 % en Communauté française et de 12 % en Flandre pour la dernière rentrée.

Ceci me permet de revenir au cadastre, dont il serait intéressant d'extraire des données plus précises sur la force de travail. Quels infirmiers travaillent dans quels secteurs, avec quel type de statut? Cumulent-ils différents lieux de travail? Ce genre de statistiques serait utile pour confirmer ou infirmer l'hypothèse alarmiste à laquelle vous faites référence. Cet exercice d'analyse plus approfondi des statistiques des infirmiers n'avait plus été fait depuis 2013. J'ai donc autorisé qu'il soit répété par la commission de planification au sein du SPF Santé publique. J'attends les résultats pour cette année encore. Nous pourrions alors savoir si des actions plus ciblées doivent être entreprises.

**10.03** **André Frédéric** (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je serai attentif aux chiffres qui seront mis sur la table par la commission de planification.

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

**11** **Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sensibilisation des médecins généralistes aux pratiques sectaires" (n° 24474)**

**11** **Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de sensibilisering van de huisartsen voor sektarische praktijken" (nr. 24474)**

**11.01** **André Frédéric** (PS): Monsieur le président, madame la ministre, les sectes sont présentes dans le monde entier depuis des siècles. Elles ont évolué avec le temps et se sont adaptées en fonction des besoins de la société. Initialement, les sectes avaient des vocations majoritairement religieuses ou philosophiques.

Les dérives sectaires dans le domaine de la santé prennent aujourd'hui de plus en plus d'ampleur. Des pseudo-thérapeutes ou des mouvements sectaires installent leur emprise sur des patients pouvant avoir des conséquences graves pour ces derniers. C'est un domaine que je connais bien et qui a fait l'objet de nombreuses études. Dans ce cadre, il me semble que les médecins généralistes peuvent jouer un rôle important dans le repérage des patients en danger.

En 2014 déjà, un doctorant de la faculté parisienne de médecine Pierre et Marie Curie a mené une étude afin de voir quelle était la sensibilisation des médecins généralistes aux dérives sectaires dans le domaine de la santé. Sur les 3 039 questionnaires envoyés aux médecins généralistes français dans le cadre de cette étude, le taux de réponse a été de 17,5 %, soit 531 réponses. À l'époque, 53,1 % des médecins se disaient inquiets en tant que médecins par le phénomène des dérives sectaires dans le domaine de la santé. La majorité d'entre eux pensaient avoir entre 1 et 4 patients en dérive sectaire dans sa patientèle, 88,7 % pensaient que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans le repérage des patients en dérive sectaire et 77,4 % pensaient qu'une formation sur les dérives sectaires était nécessaire dans le cursus des études médicales.

Madame la ministre, estimez-vous les médecins généralistes de notre pays suffisamment sensibilisés aux pratiques sectaires? Pensez-vous également qu'ils ont un rôle important à jouer dans ce cadre? Des études ou recherches ont-elles déjà été menées chez nous sur ce sujet?

**11.02** **Maggie De Block**, ministre: Monsieur le président, monsieur Frédéric, il est vrai que, pour de nombreuses personnes, le médecin généraliste est une personne de confiance. Établir une bonne relation de confiance entre le médecin généraliste et le patient est l'un des moyens qui permettent, en effet, aux généralistes d'éviter ou de rectifier des dérives sectaires.

Cela dit, mes services n'ont pas connaissance d'une étude semblable à l'étude française à laquelle vous faites référence. Je ne dispose donc d'aucun chiffre précis concernant le nombre de médecins qui estiment ne pas être parés pour lutter contre de telles pratiques sectaires.

Quoi qu'il en soit, le rôle du médecin face à ce problème est d'éviter toute nuisance avec la valeur de sa

relation de confiance avec le patient et le secret professionnel que cette relation implique.

Comme vous le savez, la formation des médecins généralistes relève de la compétence des Communautés. Je vous rappelle également que, déjà en 1998, le rapport de la commission d'enquête sur les sectes de cette Chambre recommandait aux Communautés ce qui suit: "Il pourrait être utile d'informer complètement le corps médical, dès sa formation de base, aussi sur les dommages psychologiques que peut subir un individu lorsqu'il adhère à une organisation sectaire nuisible, sur les dangers de la collaboration avec des gourous ou adeptes n'ayant aucune qualification médicale et qui utilisent des méthodes thérapeutiques relevant du charlatanisme."

Je ne sais pas dans quelle mesure les entités fédérées ont tenu compte de cette recommandation.

En ce qui concerne la législation fédérale, il va de soi qu'il est interdit de prétendre pratiquer l'art de la médecine lorsqu'on n'est pas formé ou autorisé à le faire.

J'ai fait part de votre question au Centre d'information et d'avis sur les organisations sectaires nuisibles (CIAOSN), afin qu'il puisse, le cas échéant, formuler des avis en vue d'arriver à protéger davantage nos patients contre de telles pratiques sectaires. J'ai contacté le président de ce Centre.

**11.03** **André Frédéric** (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je suivrai avec intérêt la réaction du CIAOSN dont le président n'est autre qu'un ancien de nos collègues, M. Willems, qui a siégé dans ce Parlement et que je connais bien.

Madame la ministre, je vous encourage à rendre votre cabinet et votre entourage très attentifs à cette problématique. Plusieurs émissions francophones l'ont expliquée avec beaucoup d'intérêt ces derniers temps car nombreux sont nos concitoyens qui sont confrontés à ce genre de manipulations mentales qui les mènent parfois jusqu'à la mort. C'est extrêmement sérieux. Les exemples sont nombreux. Je continuerai donc à suivre cela avec beaucoup d'intérêt. C'est une préoccupation sur laquelle je travaille quasiment au quotidien.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

Le **président**: La question n° 24516 de Mme Els Van Hoof est transformée en question écrite. Étant sans nouvelles de leur part, les questions n° 24517 de Mme Nathalie Muylle, n<sup>os</sup> 24544, 24521, 24565 et 24592 de M. Daniel Senesael tombent. Les questions n<sup>os</sup> 24568 et 24569 de M. David Clarinval sont transformées en questions écrites. Il en est de même pour les questions n<sup>os</sup> 24579 et 24583 de Mme Isabelle Galant. Les questions n<sup>os</sup> 24599, 24600 et 24601 de Mme Catherine Fonck sont reportées à sa demande.

Les questions n° 24614 de M. Philippe Blanchart, n° 25042 de Mme Karin Jiroflée et n° 24620 de Mme Nathalie Muylle tombent. Il en est de même pour les questions n° 24638 de M. Georges Gilkinet et n° 25045 de Mme Nathalie Muylle.

**11.04** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, de samengevoegde vragen van nrs 24638 van de heer Gilkinet en 25045 van mevrouw Muylle gaan over huisartsenwachtposten. Ik heb daar ook een vraag over, nr. 24838, maar die is hier niet aan toegevoegd.

De **voorzitter**: Sorry, maar eerlijk gezegd denk ik niet dat ik, als voorzitter, die vraag mag toevoegen. Wij moeten de agenda gewoon volgen en u zult uw vraag kunnen stellen op het moment dat zij aan de beurt is.

**11.05** **André Frédéric** (PS): Monsieur le président, je suis désolé de vous importuner, mais l'absence de M. Senesael m'étonne. On me dit qu'un mail a été adressé à la secrétaire de la commission de la Santé pour lui indiquer que M. Senesael était indisponible et souhaitait qu'on reporte ses questions.

Le **président**: Je vous remercie, monsieur Frédéric. Il est évident que si le mail est arrivé, la vérification sera effectuée et, le cas échéant, les questions seront, bien entendu, reportées.

Ceci étant, faute de nouvelles des intéressés, les questions n<sup>os</sup> 24661 de Mme Karin Jiroflée, 24717 de M. Gautier Calomne, 24722 et 25115 de Mme Valerie Van Peel, et 24774 de Mme Barbara Pas tombent.

Aan de orde is vraag nr. 24662 van juffrouw Van Camp.

**11.06** Minister **Maggie De Block**: Mijnheer de voorzitter, er zijn heel veel vragen weggevallen of uitgesteld. De antwoorden op al die vragen werden voorbereid. Wij hebben de antwoorden op de vragen tot en met punt 40 op de agenda. Op de verdere vragen heb ik nog geen gevalideerde antwoorden gekregen. Wij hadden dus veertig antwoorden voorbereid voor deze ene commissievergadering. Meer dan de helft van de vragen is echter uitgesteld of vervallen. Voor ons wordt het een bijna onmogelijke opdracht om de gevalideerde antwoorden op zo'n waterval aan vragen mee te brengen.

Op vraag nr. 24662 onder punt 43 van de agenda heb ik dus geen gevalideerd antwoord.

De **voorzitter**: Dank u wel, mevrouw de minister. Ik begrijp dat u de antwoorden op de vragen tot en met punt 40 meegenomen hebt. Het wordt dus moeilijk om verder te gaan.

Ik volg het Reglement. Het Reglement is duidelijk. Ik had geen andere keuze. Als voorzitter heb ik vastgesteld dat een aantal leden afwezig is. U had gezegd dat u tot 12 u 00 kon blijven, maar aangezien er verder geen antwoorden beschikbaar zijn, stel ik voor om onze vergadering...

Mevrouw Ben Hamou is aangekomen.

#### **12** Questions jointes de

- Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du traitement du cancer du sein chez l'homme" (n° 24566)

- M. Raf Terwingen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des médicaments pour les hommes atteints du cancer du sein" (n° 24736)

#### **12** Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de behandeling van borstkanker bij mannen" (nr. 24566)

- de heer Raf Terwingen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van medicatie bij mannen met borstkanker" (nr. 24736)

**12.01** **Nawal Ben Hamou** (PS): Madame la ministre, en 2015, vous indiquez que la Commission de remboursement des médicaments (CRM) allait examiner la problématique du remboursement du traitement du cancer du sein chez les hommes. Il s'agirait plus particulièrement des médicaments Arimidex et Zoladex.

Prescrits dans le cadre du cancer du sein chez la femme et du cancer de la prostate chez l'homme, ils font dans ces cas l'objet d'un remboursement. Or, quand il s'agit d'un traitement dans le cadre d'un cancer du sein chez l'homme, aucun remboursement n'est prévu. Quand on sait que le patient doit alors déboursier plus de 10 000 euros pour ce traitement, on est en droit de s'interroger sur la situation.

Ainsi, je me joins à la détresse des malades qui, en plus de devoir lutter contre la maladie, doivent parfois s'endetter. Certains ont dès lors décidé de mener le combat également devant la justice. Ainsi, en mars 2013, un jugement du tribunal du travail donnait raison à un patient dans cette situation, en vertu du principe d'égalité. En effet, si cette personne malade avait été une femme, le remboursement aurait été effectif. Ce n'est pas le cas, pour une question de genre. Il y a discrimination.

Madame la ministre, cinq années plus tard, je m'inquiète des suites données à cette problématique. Qu'en est-il aujourd'hui? Les médicaments concernés dans le traitement du cancer du sein chez les hommes sont-ils remboursés? Si pas, quels éléments justifient encore l'absence de remboursement? Quelles sont les conclusions de la CRM à ce propos? La décision de justice prise en 2013 en faveur du malade a-t-elle fait évoluer les avis?

**12.02** **Maggie De Block**, ministre: Madame, il n'existe pas de discrimination en termes de remboursement des inhibiteurs de l'aromatase, que ce soit accordé chez des femmes avec un cancer du sein ou non accordé chez les hommes avec un cancer du sein.

En effet, plusieurs études ont été effectuées pour prouver l'efficacité des inhibiteurs de l'aromatase chez les hommes, mais les résultats sont peu connus. Les recommandations internationales utilisent l'expression "*it is used*" quand elles mentionnent l'utilisation des inhibiteurs de l'aromatase chez les hommes. En d'autres termes, il n'est pas clair, à ce jour, si les inhibiteurs de l'aromatase ont un effet clinique réel chez les

hommes, tandis que leur effet clinique chez les femmes est bien connu et publié depuis la fin du siècle dernier.

Aucun inhibiteur de l'aromatase ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour l'utilisation chez les hommes atteints d'un cancer du sein, par manque de résultats positifs lors des études cliniques.

Sedert 1 april 2018 betaalt het RIZIV de eerste aromatase inhibitor Femara zonder restrictie terug in hoofdstuk 1.

Cela s'appelle Femara Létrozole. Mais cette décision n'a pas de rapport avec la reconnaissance des faits scientifiques concernant les inhibiteurs d'aromatase chez les hommes. C'est la conséquence d'un remboursement plus large chez les femmes ayant un cancer du sein. L'assouplissement de ce remboursement a toujours été le fil rouge de ma politique pharmaceutique.

Pour l'Arimidex, un autre inhibiteur de l'aromatase, et pour le Faslodex, qui est un *receptor oestrogen modulator*, les procédures sont aussi en cours à l'INAMI. Le remboursement de ces médicaments sera alors possible pour les hommes ayant un cancer du sein. Je ne peux pas dire que les faits scientifiques existent mais cela existe en *off label use*, un usage pour lequel la responsabilité reste située chez le médecin qui prescrit ce médicament. Cela signifie que les études cliniques n'ont pas fourni la preuve de l'efficacité.

Ces deux médicaments peuvent être prescrits dans le cas où il n'y a pas de possibilité de donner un autre médicament à ces hommes. Nous avons donc progressé.

**12.03 Nawal Ben Hamou (PS):** Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**12.04 Maggie De Block, ministre:** Il s'agissait de la question n° 24566, mais qu'en est-il de votre question n° 24467 sur la lactation?

Le **président:** La question n° 24467 de Mme Nawal Ben Hamou a été transformée en question écrite.

**13 Question de Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'endométriose" (n° 24613)**

**13 Vraag van mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "endometriose" (nr. 24613)**

**13.01 Nawal Ben Hamou (PS):** Monsieur le président, madame la ministre, l'endométriose est une maladie très douloureuse qui touche environ une femme sur dix en Europe. Pourtant, cette maladie est très peu connue et reconnue en Belgique. Les femmes sont ainsi souvent diagnostiquées très tard.

Les symptômes de l'endométriose sont des règles extrêmement douloureuses, des douleurs lors des rapports sexuels, du sang dans les urines et, dans 26 % des cas, l'infertilité. Cette maladie serait d'ailleurs la première cause d'infertilité chez les femmes. Pourtant, les médecins et gynécologues ne prennent pas encore toujours au sérieux les femmes atteintes de cette maladie.

Plus la maladie est détectée tôt, moins elle risque de s'aggraver. De plus, le fait de traiter cette maladie permet de faire des économies dans la sécurité sociale. En effet, beaucoup de femmes atteintes d'endométriose non soignée doivent s'absenter de leur travail et être sous certificat médical lors de leurs règles.

Les spécialistes plaident donc pour qu'on sensibilise les femmes, dès le plus jeune âge, afin que la maladie soit détectée le plus tôt possible. Il est également important que les femmes soient écoutées, qu'elles osent s'exprimer pour que les règles et les douleurs ne soient plus considérées comme un tabou.

Comment expliquez-vous que cette maladie, aux conséquences importantes, soit si peu connue et reconnue chez nous? Comment sensibiliser les médecins et gynécologues à la reconnaissance de cette maladie afin qu'elle soit diagnostiquée le plus tôt possible? Comment expliquez-vous que les femmes ne soient pas toujours prises au sérieux? Comment les encourager à s'exprimer?

En concertation avec les entités fédérées, est-il envisageable d'organiser des campagnes de sensibilisation vers le grand public au sujet de cette maladie?

**13.02 Maggie De Block**, ministre: Madame Ben Hamou, l'endométriose est bien connue par les gynécologues. Elle l'est par contre un peu moins dans le grand public. La base d'une relation thérapeutique est de bien écouter et de prendre au sérieux les plaintes de la patiente. Les symptômes ne sont pas toujours spécifiques et les patientes ne sont pas toujours enclines à faire part de douleurs qu'elles jugent banales. On sait que dès que la jeune fille a ses règles, elle souffre peu au début. Après un an ou deux, les douleurs s'intensifient mais la jeune fille pense que c'est normal.

Il est important que la jeune fille soit disposée à en parler lors d'une consultation. La question doit aussi être posée par le médecin: cette situation l'empêche-t-elle d'aller à l'école, de faire du sport, etc.

Je ne suis pas convaincue de l'opportunité de sensibiliser les gynécologues; en effet, c'est leur métier et ils sont parfaitement informés. Par contre, sensibiliser les femmes me paraît important, même si une campagne grand public ne me semble pas adaptée au vu de l'aspect peu spécifique et intime des symptômes.

Dès lors, une approche personnalisée dans la relation thérapeutique me semble l'approche optimale. Je sais que, selon des témoignages, on observe des conséquences sur la fertilité. Tout cela est bien connu. Il existe des différences de sévérité chez les femmes atteintes. Dès qu'elles commencent à prendre la pilule, le phénomène d'endométriose diminue mais il persiste. Dès qu'il y a une volonté de grossesse, des troubles de la fertilité se manifestent à cause de l'endométriose.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

Le **président**: Madame la ministre, chers collègues, je vous propose de clore nos travaux en vous remerciant de votre présence.

*La réunion publique de commission est levée à 11.52 heures.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 11.52 uur.*