

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 3 JULI 2018

Voormiddag

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

du

MARDI 3 JUILLET 2018

Matin

La réunion publique de commission est ouverte à 10.14 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.14 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Chers collègues, je vais devoir me partager entre santé et droit commercial.

01 Questions jointes de

- M. Jean-Marc Delizée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la procédure de rapatriement des corps entre la Belgique et la France" (n° 25579)

- M. Jean-Marc Delizée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la procédure de rapatriement des corps entre la Belgique et la France" (n° 25659)

01 Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Marc Delizée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de procedure voor de repatriëring van op Belgisch grondgebied overleden Fransen" (nr. 25579)

- de heer Jean-Marc Delizée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de procedure voor de repatriëring van op Belgisch grondgebied overleden Fransen" (nr. 25659)

C'est une question récurrente de M. Delizée.

01.01 **Jean-Marc Delizée** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, effectivement, la dernière fois que j'ai posé une question sur ce sujet, c'était le 15 décembre 2015, soit il y a environ deux ans et demi. Le problème se pose pour les citoyens de nationalité française qui viennent à décéder sur notre territoire, sachant que la région frontalière franco-belge reçoit beaucoup de citoyens français, notamment dans les maisons de repos et dans les hôpitaux. Je parle ici pour la région qui me concerne, à savoir Chimay, Dinant, Mont-Godinne mais c'est vrai tout le long de la frontière franco-belge.

Pour faire le point sur ce dossier, je rappelle que, lorsqu'un citoyen français décède chez nous et que la famille souhaite qu'il y ait une cérémonie funéraire en France, il faut placer la dépouille dans un cercueil qui doit être zingué, hermétique et scellé, ce, en présence de la police qui rédige un procès-verbal. Par ailleurs, les scellés ne peuvent être légalement brisés, ce qui signifie, par exemple, que la famille ne peut pas revoir le corps, si tel est son souhait. Il y a également la question de la lourdeur de la procédure et du surcoût engendré.

En cas de crémation, en Belgique, cela se complique car, dans ce cas, la société de pompes funèbres doit se rendre en France avec le défunt pour les funérailles puis revenir en Belgique pour poursuivre les opérations de crémation et, là, en présence de la police, les scellés sont enlevés pour sortir la dépouille du cercueil en zinc et la remettre ensuite dans un cercueil en bois. La famille doit donc acheter deux cercueils. À ce moment-là, la crémation peut avoir lieu. Par contre, les cendres peuvent repartir en France sans problème.

Madame la ministre, je vous avais déjà exposé ce problème, voici un certain temps. Par le passé, cette législation était justifiée pour des raisons sanitaires mais elle est aujourd'hui totalement obsolète.

En date du 15 décembre 2015, vous me répondiez que des négociations étaient en cours et qu'il y avait environ 3 000 laissez-passer par an pour des rapatriements de corps vers la France. Je pense qu'il s'agissait uniquement de la France et pas de l'ensemble de nos pays voisins.

Madame la ministre, quel est l'état d'avancement desdites négociations, deux ans et demi plus tard? Votre administration a-t-elle eu des contacts avec l'association française "Association Soins Médicaux Usagers de la Pointe" (ASMUP 08)?

Celle-ci a-t-elle pris contact avec les autorités belges et avec le ministère des Affaires étrangères? Quelles réponses a-t-elle reçues? Est-il exact que, du côté français, les autorités ont préparé un texte de simplification des procédures? Ce texte vous a-t-il été soumis et quand? Un projet d'accord bilatéral est-il en cours de négociation dans ce cadre? Est-il à l'ordre du jour de revoir les normes administratives pour assouplir et simplifier les contraintes portant sur les transports de corps entre nos deux pays? Si oui, dans quelle mesure et dans quels délais ces modifications seront-elles opérationnelles? Quels sont, du côté français, vos interlocuteurs?

Je termine en disant qu'un accord transfrontalier de même nature existe avec les Pays-Bas. Je ne sais pas ce qu'il en est avec l'Allemagne. Mais la question se pose de toute façon avec tous nos voisins: le Luxembourg, l'Allemagne, les Pays-Bas. Nous avons un accord transfrontalier avec les Pays-Bas. Je m'interroge donc sur les raisons pour lesquelles nous ne pouvons pas aboutir à un accord similaire, à moins que vous nous communiquiez de bonnes nouvelles. Je me pose la même question en ce qui concerne la modification de notre législation car vous avez affirmé qu'il fallait la modifier, notamment par un arrêté royal du Régent, afin de régler ce problème. Je vous remercie.

01.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Delizée, à la connaissance de mes services, l'Association Soins Médicaux Usagers de la Pointe (ASMUP 08) n'a pas encore contacté les autorités belges ni le ministre des Affaires étrangères.

Nous travaillons effectivement à la révision des normes administratives pour assouplir et simplifier les procédures relatives au transport de dépouilles entre la Belgique et la France et cela à deux niveaux.

Tout d'abord, les autorités belges sont en discussion avec les autorités françaises pour trouver une solution acceptable au transport transfrontalier permettant l'incinération. Durant les dernières années, plusieurs projets de traités ont été proposés par l'un ou l'autre pays. Le dernier proposé par la France, en 2017, fait actuellement l'objet d'une concertation intra-belge.

Par ailleurs, mes services SPF Santé publique sont également en pourparlers avec les autorités belges disposant des compétences en ce domaine (les communes, par exemple), vu que le cadre législatif belge implique une obligation de recourir à un cercueil composé de zinc pour la délivrance d'un laissez-passer mortuaire. Nous voulons, en effet, assouplir les dispositions réglementaires actuellement en vigueur en veillant à garantir la sécurité sanitaire des transports de dépouilles.

À l'occasion du sommet EPSCO à Luxembourg, j'ai eu l'occasion d'échanger avec ma nouvelle collègue de la Santé publique, Mme Agnès Buzyn, qui succède à Marisol Touraine et lors duquel j'ai pu évoquer la nécessité d'un accord transfrontalier. Elle en a pris note.

Les élections présidentielles ont ralenti le dossier, mais il paraît possible de garantir la sécurité sanitaire en se passant des cercueils hermétiques en zinc. Aujourd'hui, d'autres moyens sont à notre disposition.

01.03 Jean-Marc Delizée (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Je vois que vous travaillez à la simplification, mais le temps passe. Pensez-vous que nous aboutirons avant la fin de la législature?

01.04 Maggie De Block, ministre: Oui. Dans les mois à venir.

01.05 Jean-Marc Delizée (PS): Dont acte! Je n'ai pas évoqué l'Allemagne, mais avec les Pays-Bas, nous avons un accord bilatéral sur lequel je reviendrai. Les modalités convenues avec ce pays, adaptées à la législation française, ne peuvent-elles pas servir de base? Quelle est la situation aussi avec l'Allemagne?

Beaucoup de familles sont concernées par ce problème. Il y a des surcoûts. Les situations sont vraiment

compliquées. Tant mieux si vous avez pu sensibiliser votre nouvelle collègue française. J'espère que vous aurez à cœur de poursuivre ce travail et d'apporter une solution avant la fin de cette législature. J'y reviendrai.

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 "le remboursement des soins psychologiques" (n° 25603)

02 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van psychologische zorg" (nr. 25603)

02.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, j'aurai un petit propos préalable. Lors de la dernière réunion de cette commission, j'avais expliqué que les réponses aux questions orales transformées en questions écrites n'avaient toujours pas été transmises quinze jours plus tard. Nous sommes maintenant un mois plus tard et cinq réponses n'ont pas encore été données. Ces questions sont peut-être ennuyeuses politiquement, mais les limites sont atteintes. Soit je les redépose aujourd'hui, et la ministre me répond en séance, soit ...

La présidente: Avez-vous reçu des réponses à certaines?

02.02 Catherine Fonck (cdH): Oui, mais cinq réponses ne sont toujours pas arrivées. Je dispose des numéros de référence.

La présidente: Veuillez me les donner.

02.03 Catherine Fonck (cdH): D'accord.

02.04 Maggie De Block, ministre: Il y a quelque chose d'anormal. Les questions des autres membres sont toutes passées, comme nous l'avons dit. Nous ne retrouvons plus de numéros de questions émanant de vous.

02.05 Catherine Fonck (cdH): De mémoire, j'en ai reçu trois ou quatre. Elles sont arrivées dans les 48 dernières heures; je me demande si ce n'était pas hier. Il a malgré tout fallu un mois. Et il en reste cinq. Celles-ci n'ont toujours pas été envoyées. Je vous avoue que ma patience a ses limites.

La présidente: Fournissez-nous les données. Vous pourrez regarder et trouver où se situe le problème.

02.06 Catherine Fonck (cdH): Je regarderai avec les numéros. Je les ai repris avec moi. J'en ai bien reçu une série. Entre-temps, je ne transforme plus en questions écrites et je ferai des exercices de lecture jusqu'à ce que j'obtienne réponse à mes questions datant d'un mois.

02.07 Maggie De Block, ministre: Pour moi, c'est la même chose. J'ai les réponses aux questions avec moi. Je ne sais pas ce qui s'est passé mais cela ne vient pas de chez nous. Ils ont envoyé les réponses à nouveau. Ils ont dû chercher et je pense que la possibilité d'un couac ayant eu lieu ici n'est pas à exclure.

La présidente: Peut-être. C'est la raison pour laquelle je dis qu'il faut donner les numéros.

02.08 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, j'en viens à présent à ma question.

Madame la ministre, dans votre note de politique générale, vous indiquiez qu'un montant de 22,5 millions d'euros serait libéré pour permettre le remboursement des psychologues cliniciens en 2018 et que les moyens seraient alloués aux réseaux de l'article 107. Je vous avais alors interrogée au sujet des modalités de mise en œuvre de cette mesure, mais vous n'aviez pas répondu à mes questions.

Lors des auditions du 16 mai du secteur "psy" au sujet de la réforme de l'arrêté royal 78, les acteurs de terrain nous ont indiqué avoir été consultés, mais être dans l'attente de votre feed-back sur la façon dont vous alliez tenir compte, ou non, de leurs remarques.

Madame la ministre, pourriez-vous nous éclairer sur la façon dont le budget de 22,5 millions d'euros sera utilisé? Sera-ce uniquement dans le cadre des réseaux 107? Combien de patients pourront-ils être remboursés? Quels patients seront-ils concernés? Tous, ou des profils particuliers? Pendant quelle durée le remboursement du traitement sera-t-il autorisé? Quel sera le montant du remboursement? Comment ce remboursement va-t-il s'articuler au remboursement de soins psychologiques pris en charge par certaines assurances complémentaires des mutuelles? Est-ce à la place ou est-ce en plus? Des règles particulières seront-elles prévues?

Considérez-vous, à côté de cette mesure spécifique, adopter une politique globale de remboursement des soins psychologiques, souhaitée par les acteurs du secteur "psy"? Comptez-vous mettre en place l'ensemble des recommandations émises par le KCE dans son rapport 265B? Cela consisterait en un modèle à deux étages, avec un premier niveau généraliste, largement accessible, pour accueillir sans restriction les problèmes psychiques courants et modérés, et un deuxième niveau, d'accès plus restreint, mais permettant de délivrer des soins spécialisés à ceux pour qui le premier niveau n'est pas suffisant.

Quelles sont vos intentions pour l'avenir? Seul un montant pour 2018 a été annoncé. Y aura-t-il des évolutions en matière de budget, mais également en matière de remboursement?

02.09 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, pour différentes parties de votre question, je me permets de vous renvoyer à ma réponse du 19 juin aux questions posées par Mmes Muylle et Dedry. Je vais me concentrer sur les éléments qui n'ont pas encore fait l'objet d'une réponse.

Tout d'abord, les montants varieront en fonction du statut relatif à l'intervention majorée. Les bénéficiaires du statut d'intervention majorée devront payer 4 euros. Les non-bénéficiaires devront payer 11 euros, et ce directement au prestataire de soins.

Le psychologue ou l'orthopédagogue clinicien recevra le reste de sa rémunération via l'hôpital psychiatrique avec lequel il aura conclu un contrat.

Pour ce qui concerne l'assurance obligatoire, j'espère que les mutualités feront le nécessaire pour cette première étape. Mais, malheureusement, cette initiative échappe quelque peu à mon contrôle. Ce faisant, lesdites mutualités sont libres d'organiser cela comme elles l'entendent.

Je souscris à votre demande de politique globale en matière de soins de santé mentale. C'est justement en raison de la mise en œuvre des réseaux de soins de santé que nous avons une chance de parvenir à une approche à la fois globale et intégrée des soins de santé mentale. Un remboursement en première ligne, depuis longtemps absent, peut aussi en faire partie.

L'avis du KCE comportait un certain nombre de perspectives intéressantes qui ont été adoptées. Mais pour d'autres, le gouvernement a fait un choix différent. Il convient, à présent, de les mettre en œuvre et de voir comment cela va fonctionner.

Pour ce qui concerne le budget, on en est encore aux discussions techniques. Comme vous le savez, je n'annonce jamais rien anticipativement.

02.10 Catherine Fonck (cdH): Ma question a été déposée au mois de mai. Je ne sais pas si c'est vous, madame la présidente, ou si c'est votre cabinet, madame la ministre, qui a décidé de ne pas joindre cette question à celles du 19 juin. En tout cas, pour ma part, j'aurais préféré pouvoir poser cette question à cette date plutôt qu'aujourd'hui.

Cela dit, madame la ministre, des limites seront-elles fixées dans le temps pour ce qui concerne le nombre de séances prises en charge ou bien, tant qu'on considère que cette prise en charge est nécessaire, des montants seront prévus (4 euros pour les patients BIM, 11 euros pour les autres)? Y aura-t-il une limite dans le temps ou au niveau du nombre de consultations?

02.11 Maggie De Block, ministre: Cela dépendra du diagnostic car c'est le groupe cible qui est ici visé. Il est question de traitements pour des soins de santé mentale de première ligne. Donc, oui, ce sera limité en fonction du diagnostic.

La **présidente**: Et en nombre de séances.

02.12 Catherine Fonck (cdH): Il reste encore pas mal de nébuleuses dans ces montants et dans ces conditions de remboursement. J'ose espérer que nous pourrions avoir des précisions. Quand je dis "nous", ce sont, d'abord et avant tout, les patients et les soignants concernés, puisqu'on évoque le montant de 22 millions d'euros et que pour finir, on est déjà au mois de juillet.

Par ailleurs, j'attire votre attention sur le fait qu'il n'y ait pas de discrimination du côté des soignants. Ma crainte, c'est que la logique qui prévaut, à savoir le fait de devoir avoir un contrat avec un hôpital psychiatrique, risque *de facto* d'exclure beaucoup de psychologues – j'utilise le terme de manière générique – et empêcherait leurs patients de pouvoir accéder à un remboursement, ce que je trouverais vraiment injuste. Je vous demande d'être extrêmement attentive à cet aspect, madame la ministre.

Toute une série de propositions sont faites par les acteurs de terrain. Je plaide pour que vous puissiez vous concerter étroitement avec eux sur le sujet.

Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 26694 de Mme Els Van Hoof est transformée en question écrite. Mme Van Hoof demande qu'on attende son arrivée pour sa question n° 25719.

Les questions n° 25760 et 25971 de M. Benoît Piedboeuf sont transformées en questions écrites.

Concernant la remarque de Mme Fonck à propos de réponses non transmises, j'insiste pour qu'avant la fin de la réunion, on puisse comprendre ce qu'il s'est passé.

La question n° 25821 de Mme Catherine Fonck est sans objet.

03 Questions jointes de

- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le colorant alimentaire E171" (n° 25843)**

- **Mme Isabelle Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le colorant alimentaire E171" (n° 25875)**

03 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voedingskleurstof E171" (nr. 25843)**

- **mevrouw Isabelle Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voedingskleurstof E171" (nr. 25875)**

03.01 Isabelle Galant (MR): Madame la ministre, le secrétaire d'État au Développement durable du gouvernement français a annoncé que l'industrie agroalimentaire française ne pourrait bientôt plus recourir au colorant alimentaire E171. Il s'agit d'un colorant blanc appliqué à des aliments tels que les confiseries et les pâtisseries. Il entre même dans la composition de certains dentifrices et médicaments.

L'E171 a été interdit en France pour des raisons de santé publique, car il contiendrait des microparticules qui pourraient, à long terme, se révéler dangereuses pour l'organisme. L'Autorité européenne de sécurité des aliments, quant à elle, n'a pour l'instant pas prohibé son usage.

Madame la ministre, vous avez déclaré vouloir attendre l'avis de l'EFSA pour pouvoir prendre des mesures. J'en viens donc à mes questions. La dangerosité de ce colorant fait-elle l'unanimité au sein des experts de la santé? Quand l'avis de l'EFSA vous sera-t-il remis? Dans le cas où celui-ci serait défavorable, déciderez-vous d'interdire ce colorant?

03.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je compléterai la question de Mme Galant en ajoutant quelques références. Le Pr Alfred Bernard, directeur de recherche au FNRS, insiste sur le fait que ce colorant n'apporte rien sur le plan alimentaire et qu'il est composé de micro- et nanoparticules de métal, susceptibles de franchir la barrière intestinale sans être métabolisées, de sorte qu'elles s'accumuleraient dans le foie, les reins ou le cerveau. C'est particulièrement préoccupant pour les enfants, chez lesquels les

parois digestives sont encore immatures. Ces particules pourraient donc se déplacer dans tout le corps.

En outre, certains producteurs de friandises ont anticipé le problème. Ainsi, la société M&M's Europe s'est engagée à supprimer cette substance et tous les colorants artificiels d'ici juin 2020.

Madame la ministre, au vu de cette décision et des mesures prises en France, ne serait-il pas opportun d'encourager de telles initiatives?

03.03 Maggie De Block, ministre: Mesdames Galant et Gerkens, la sécurité du colorant dioxyde de titane, dit E171, fait actuellement l'objet d'un nouvel examen dans le cadre du programme européen de réévaluation des additifs alimentaires.

Il s'agit d'un processus qui prend du temps et durant lequel il faut gérer des incertitudes. Il y a actuellement un suivi de l'avis que l'Autorité européenne de sécurité des aliments, l'EFSA, a émis en 2016 au sujet du E171. Les informations à ce sujet sont disponibles publiquement sur le site web de la Commission européenne.

Cet avis de 2016 avait en effet conclu que les données étaient insuffisantes. La Commission européenne a alors lancé un appel à données pour combler les lacunes identifiées par l'EFSA. Les fabricants se sont engagés à fournir ces données endéans des délais fixés. Nous sommes en attente de celles-ci. Ces données complémentaires seront ensuite évaluées par l'EFSA. Si ces données ne sont pas fournies dans les temps, la Commission proposera alors un règlement en vue de retirer l'autorisation.

En parallèle et sur demande expresse de la France, la Commission a posé une question complémentaire à l'EFSA, étant donné des publications scientifiques récentes qui n'avaient pas encore été prises en considération lors de l'avis de 2016. L'EFSA répondra spécifiquement à cette question d'ici la fin juin et la publication de cette réponse se fera dans le courant du mois de juillet. C'était annoncé ainsi mais il y a un peu de retard.

La position de la Belgique sur les mesures éventuelles à prendre dépendra de l'avis de l'EFSA. Entre-temps, la France n'a pas encore pris de mesures nationales. Au niveau politique, il y a un projet de texte visant à suspendre l'usage de ce colorant. Ce projet de texte doit encore être débattu au sein du parlement français. Il reste à voir s'il y aura ou non une mesure nationale. L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), l'organe français d'évaluation des risques, collabore également avec l'EFSA.

03.04 Isabelle Galant (MR): Je vous remercie, madame la ministre. Je suppose que, pour l'avis de l'EFSA, cela devrait suivre dans le courant du mois.

03.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Nous allons donc attendre cet avis mais je voudrais ajouter un élément. Franchement, quel est l'intérêt de soutenir la production de colorants artificiels? Cela n'apporte rien au niveau alimentaire. Il est par ailleurs possible d'avoir des colorants naturels si on veut des couleurs. Je trouve qu'il y a vraiment un combat à mener. La Belgique devrait se diriger vers des colorants exclusivement naturels et non plus artificiels, quels qu'ils soient d'ailleurs.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- **Mme Isabelle Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet NGS pour détecter les cancers" (n° 25876)**

- **M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement d'analyses ADN de patients atteints du cancer" (n° 25930)**

04 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Isabelle Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het NGS-project voor het opsporen van kanker" (nr. 25876)**

- **de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van DNA-analyses bij kankerpatiënten" (nr. 25930)**

04.01 Isabelle Galant (MR): Madame la ministre, le projet NGS va se mettre en place d'ici le mois de

novembre de cette année. Il s'agit d'une nouvelle technique innovante afin de détecter l'apparition de tumeurs cancéreuses et de permettre un traitement mieux adapté. Ce test coûte environ 350 euros.

Votre ministère a débloqué un budget annuel de 5,1 millions d'euros ainsi que de 4 millions prévu pour le remboursement des diagnostics et le financement de la convention. Ce projet devrait s'étendre sur 3 ans et s'adresserait à environ 20 000 patients, qui devraient déboursier environ 8 euros.

Madame la ministre, pouvez-vous nous détailler la façon dont va se dérouler l'implémentation de ce dispositif sur le terrain? Quels hôpitaux ou laboratoires se sont déjà montrés intéressés? Avez-vous fixé des limites suivant le budget alloué? D'autres pays européens ont-ils montré des signes d'intérêt pour rejoindre ce projet? En avez-vous déjà discuté avec vos homologues européens? Enfin, pouvez-vous nous confirmer que les résultats des tests NGS qui seront repris dans la base de données *healthdata* et disponibles pour l'ensemble des médecins seront anonymes?

04.02 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, vous allez accorder un budget annuel de 4 millions d'euros pour les trois prochaines années afin de rembourser 20 000 tests pour des patients atteints du cancer. Ceux-ci ne devraient déboursier que 8 euros maximum.

Madame la ministre, quelles sont les modalités de votre projet? Pour quelles indications cliniques les tests NGS seront-ils remboursés? Quand prévoyez-vous une évaluation?

04.03 Maggie De Block, ministre: Le déroulement de l'implémentation est décrit sur le site web de l'INAMI. Il est nécessaire de travailler dans des réseaux d'expertise qui forment une plate-forme de connaissance technique et clinique dans laquelle l'oncologie médicale, la biologie clinique, l'anatomie pathologique et la génétique travaillent de manière multidisciplinaire.

Cela signifie qu'il faut viser des réseaux d'au moins un laboratoire et deux hôpitaux. Le laboratoire doit avoir participé à l'étude de *benchmarking* de Sciensano, les hôpitaux doivent effectuer annuellement au moins 500 consultations multidisciplinaires en oncologie et disposer d'un personnel correctement formé pour l'exécution et l'interprétation du *next generation sequencing*.

Chaque réseau peut soumettre sa candidature à l'INAMI pour adhérer à cet accord. La mise en oeuvre de cet accord débutera cet automne et, après trois ans, on évaluera si le test NGS permet des diagnostics moléculaires meilleurs, plus rapides et plus rentables en oncologie et en hématologie.

L'amélioration peut, dans le meilleur des cas, s'exprimer par une survie de qualité et plus longue pour le patient mais aussi par le fait de permettre d'éviter des traitements inutiles pour une plus grande satisfaction du patient et ou par une diminution du coût total du diagnostic moléculaire.

De plus, les réseaux NGS feront un rapport d'activité tous les douze mois. La dernière grande évaluation aura lieu après trois ans mais, entre-temps, des évaluations auront lieu chaque année.

Le centre du cancer élaborera un format standard en collaboration avec ces réseaux NGS et l'INAMI. Dans le rapport d'activité, la liste des tests NGS exécutés sera détaillée. Une analyse budgétaire sera jointe; elle tiendra compte de frais en personnel, de la dépréciation et de l'achat de l'équipement et des réactifs. Ces informations permettront un calcul de prix correct pour la future introduction d'une prestation NGS dans la nomenclature. De même, les goulots d'étranglement et les points d'amélioration identifiés pourront être indiqués.

Les indications concrètes peuvent être trouvées sur le site web de l'INAMI, qui comprend toute une liste. Il s'agit de sept cancers hématologiques et de dix tumeurs solides, entre autres le cancer colorectal avancé, le cancer du poumon, le mélanome et le cancer du sein.

Pour chaque type de tumeur, il existe un panel de gènes spécifiques, qu'un laboratoire doit analyser pour qu'un remboursement soit autorisé. L'indication et le panel sont déterminés à partir du conseil du vaste groupe d'experts et sont mis à jour tous les six mois.

Seize laboratoires ont participé aux tests d'évaluation des cancers solides. Quinze ont participé aux tests d'évaluation comparative des cancers hématologiques. Au total, dix-huit laboratoires sont impliqués. Il est à supposer qu'ils sont intéressés par ces projets. Les critères doivent être respectés par tous les réseaux

d'expertise, dont le nombre n'a pas été délimité. Le but est de garantir une accessibilité maximale pour chaque patient.

Le projet NGS a déjà été présenté lors de différents forums européens, auxquels ont assisté des décideurs politiques des autres États membres, ainsi que le Joint Action CanCon, le groupe d'experts du cancer, le partenariat innovateur pour la lutte contre le cancer. L'approche belge qui introduit ce nouveau diagnostic de manière intégrée a été accueillie très favorablement. Je pense en particulier à l'enregistrement central des résultats, qui permettra d'évaluer factuellement l'efficacité des thérapies. De même, il a été jugé très utile que l'introduction progressive de la technologie NGS, en étroite concertation avec les patients, permette le consentement éclairé et le débat public relatif à l'utilisation des informations génomiques dans le système de santé et notre société.

Les données recueillies dans le cadre du projet *Next Generation Sequencing* sont stockées, traitées et analysées dans l'entrepôt des healthdata.be, service dépendant de Sciensano. Sont concernées les données pseudo-anonymisées et non anonymisées. La pseudo-anonymisation est effectuée au moment du transfert des données au moyen de la plate-forme eHealth, qui fonctionne comme tiers de confiance.

Cela signifie que les employés de healthdata.be et les chercheurs ne connaissent pas l'identité des patients. Les droits d'accès et d'utilisation des données sont définis dans l'autorisation du comité sectoriel.

04.04 **Isabelle Galant** (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse complète. Je consulterai le site web de l'INAMI et serai attentive au rapport sur le projet NGS.

04.05 **Damien Thiéry** (MR): Madame la présidente, je n'ai rien à ajouter. La réponse était extrêmement complète. Je vous remercie, madame la ministre.

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

05 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de moleculaire profilerings-test" (nr. 25882)
- de heer **Daniel Senesael** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de genexpressietest MammaPrint" (nr. 25987)
- de heer **Damien Thiéry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de MammaPrint" (nr. 26162)

05 **Questions jointes de**

- Mme **Nathalie Muylle** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du test moléculaire de profilage" (n° 25882)
- M. **Daniel Senesael** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du test d'expression génique MammaPrint" (n° 25987)
- M. **Damien Thiéry** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du MammaPrint" (n° 26162)

05.01 **Daniel Senesael** (PS): Madame la ministre, selon une étude américaine, il apparaît que jusqu'à 70 % des patientes frappées par un cancer du sein pourraient, en fonction des résultats d'un test génétique existant, éviter la chimiothérapie et ses terribles effets secondaires, et se contenter des médicaments hormonaux. En effet, ce test génétique permet d'attribuer à la tumeur un score de récurrence compris entre zéro et cent. Ainsi, les patientes qui obtiennent un score inférieur à dix n'ont pas besoin de chimiothérapie, contrairement à celles qui ont un score supérieur à 26, qui se voient conseiller une chimio. Mais souvent les patientes obtiennent des scores intermédiaires, entre 11 et 25. Dans ce cas et dans le doute, les médecins ont généralement tendance à prescrire une chimiothérapie, avec les effets secondaires que l'on connaît. Or, d'après les conclusions de cette recherche, le recours à la chimiothérapie chez les femmes dont les résultats se trouvent dans cette zone grise serait inutile. Seuls les cas les plus risqués devraient subir une chimio après que la tumeur a été retirée. Le test d'expression génique MammaPrint permet de déterminer le degré d'agressivité de la tumeur. Toutefois, il n'est pas remboursé dans notre pays, une étude du KCE ayant même émis un avis négatif à ce sujet.

Madame la ministre, je ne doute pas que vous ayez pu prendre connaissance de l'étude dont je fais mention. Quel est votre point de vue par rapport à celle-ci? Au regard des résultats de cette étude, notamment en ce

qui concerne la possibilité pour bon nombre de femmes d'éviter le traitement lourd de la chimiothérapie, seriez-vous prête à permettre le remboursement de ce test MammaPrint? Si oui, selon quelles modalités? Dans le cas contraire, comment justifiez-vous votre décision?

05.02 Damien Thiéry (MR): Madame la présidente, je vous remercie. Je ne répéterai pas les éléments contextuels que M. Senesael a très bien exposés. Par contre, voici quelques éléments complémentaires. L'organisation *Think-Pink* vous a demandé d'instaurer un remboursement systématique des tests MammaPrint pour les patientes. Votre cabinet aurait précisé que les résultats de l'étude américaine feront l'objet d'un examen avec la collaboration du Centre du cancer. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a remis quant à lui un avis négatif sur le sujet. Une des raisons évoquées serait relative au coût total d'un traitement de chimiothérapie vis-à-vis du coût d'un test MammaPrint qui s'élève actuellement à 3 000 euros. Cependant, le coût réel d'un traitement de chimiothérapie ne semble pas avoir été pris en compte dans cette approche et j'entends par là, la durée d'incapacité de travail ou les frais liés aux effets secondaires pour ne citer qu'eux.

Madame la ministre, quelles sont les modalités de votre étude? Sur quels critères mènerez-vous cette analyse? Quand prévoyez-vous une évaluation? Vous n'êtes pas sans savoir que tout ce qui touche aux évaluations m'importe énormément. Je vous remercie pour les réponses que vous voudrez bien m'apporter.

05.03 Maggie De Block, ministre: Je vous remercie pour vos questions, messieurs.

Il est vrai qu'une étude américaine a testé le test de diagnostic Oncotype DX similaire au test MammaPrint mais il est basé sur une analyse de l'expression de 21 gènes au lieu de 70. Le rapport 298 du KCE s'est basé sur le MammaPrint parce qu'à ce moment-là, il était le seul test ayant des résultats dans une étude *at random* avec toutes les nécessités.

Comme vous le dites, le rapport du KCE donne un avis négatif concernant le remboursement du MammaPrint comme test diagnostic. Ce traitement permettrait d'échapper à la chimiothérapie sans risque que la tumeur progresse.

Ce rapport s'inspire d'une analyse détaillée d'un suivi de cinq ans réalisé dans le cadre de l'étude MINDACT. Cette étude examinait s'il était possible de dispenser de chimiothérapie les femmes ayant bénéficié du MammaPrint à un stade précoce du cancer du sein avec un grand risque de progression. Elle s'appuyait sur d'autres tests diagnostics et une évaluation clinique. Le groupe comptait environ 30 000 femmes, dont 6 300 à un stade précoce du cancer.

Le KCE conclut que les résultats de l'étude MINDACT ne sont pas suffisants pour démontrer que le fait d'éviter la chimiothérapie sur la base du résultat du MammaPrint est au moins tout aussi bon que la stratégie actuelle de traitement en ce qui concerne les chances de survie dix ans après ce choix et en ce qui concerne la qualité de vie. En outre, le KCE a constaté que 47 % des dames en dessous de 71 ans, dans un stade précoce du cancer et entrant en ligne de compte pour la chimiothérapie, ne sont tout de même pas soignées par la chimiothérapie en Belgique. Comme il existe dans notre pays un sous-traitement à la chimiothérapie, le KCE se demande dans quelle mesure ce test pourra empêcher la chimiothérapie et de cette manière, permettre des réductions de coûts.

Il y a eu deux séances du groupe de travail Plaform Companion Diagnostic réunissant les experts de tous les centres du pays.

Le KCE, le Registre du cancer, les assurances et l'INAMI y participent également.

Les résultats du Oncotype DX sont connus depuis le 3 juin. Il y a encore eu un groupe de travail la semaine dernière, le 28 juin. Ce groupe de travail réalisera la comparaison entre le MammaPrint et le Oncotype DX. Il va également investiguer les causes du sous-traitement par chimiothérapie en Belgique qu'a montré l'étude du KCE. Sur la base de ces deux analyses, ce groupe de travail va aussi examiner si l'analyse de l'expression génétique peut avoir une plus-value thérapeutique, ainsi que le rapport coût-efficacité des traitements en Belgique.

Je n'ai pas encore reçu de nouvelles de ce groupe de travail. C'est évidemment intéressant pour nous de voir s'il est nécessaire de rembourser ce type de tests, les deux ou un des deux, et selon quelles modalités, et dans quels cas. Il s'agira plutôt de personnes ayant un cancer du sein à un certain stade.

Je respecte Think-Pink, mais ce n'est pas aussi simple que ce qu'ils pensent. Il nous faut une base plus solide, parce que les risques encourus sont énormes. Il s'agit de décider de ne pas traiter pour voir si la maladie évolue ou pas. Ce n'est pas *evidence-based*, et éthiquement, c'est une très lourde décision pour les femmes concernées.

05.04 Daniel Senesael (PS): Une courte réplique, madame la présidente. Madame la ministre, je ne paraphrase pas, dans ma réplique, votre réponse qui est détaillée et argumentée. J'en déduis simplement que vous attendez les résultats de ce groupe de travail et des deux séances qui ont déjà été tenues. En attendant, vous vous référez au rapport du KCE et votre décision sera d'application en fonction de l'évolution de ces résultats.

05.05 Damien Thiéry (MR): Merci, madame la ministre, je n'ai rien à ajouter.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Questions jointes de

- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de l'aide médicale urgente" (n° 25913)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir du Centre Médical Hélicopté de Bra-sur-Lienne" (n° 26010)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'hélico du Centre Médical Hélicopté de Bra-sur-Lienne" (n° 26085)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente dans les zones rurales" (n° 26131)

- Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Centre Médical Hélicopté de Bra-sur-Lienne" (n° 26157)

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening" (nr. 25913)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van het Centre Médical Hélicopté van Bra-sur-Lienne" (nr. 26010)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de helikopter van het Centre Médical Hélicopté van Bra-sur-Lienne" (nr. 26085)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dringende geneeskundige hulpverlening in de plattelandsgebieden" (nr. 26131)

- mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Centre Médical Hélicopté van Bra-sur-Lienne" (nr. 26157)

06.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le Centre Médical Hélicopté de Bra-sur-Lienne, s'il ne dispose pas d'une véritable reconnaissance officielle, bénéficie d'une convention avec le SPF Santé publique auquel il adresse, chaque année, un rapport minutieusement détaillé et complet de ses interventions. Celles-ci s'élevaient à près de 1 300 en 2017 et on en compte déjà 630 depuis le 1^{er} janvier 2018. C'est dire l'importance de ce service au sein de la région; c'est dire l'importance de ce service spécifiquement pour les provinces du Luxembourg, de Namur et de Liège. Pourtant, l'inquiétude reste vive aujourd'hui au sein du CMH mais également au sein de la population concernée par ses services. Sont ici mises en cause la réforme de l'aide médicale urgente que vous préparez et la place que vous accorderez au CMH dans ce cadre.

Certains membres de votre cabinet auraient laissé entendre que vous ne voyiez pas l'utilité de cet hélicoptère et que, selon votre réforme, celui-ci serait à l'avenir strictement réservé au transfert de patients entre hôpitaux, à l'exclusion de toute intervention d'aide médicale urgente.

Madame la ministre, l'accessibilité des soins en région rurale est une dimension essentielle à laquelle nous devons être attentifs et apporter des solutions efficaces. Le CMH en fait indéniablement partie.

Confirmez-vous poursuivre le financement du CMH de Bra-sur-Lienne, comme c'était le cas jusqu'à aujourd'hui et comme c'est le cas pour le SMUR hélicopté de Bruges? Si oui, à concurrence de quel montant? Quelles pourront être ses missions à l'avenir? Le CMH pourra-t-il continuer à effectuer des

interventions primaires d'aide médicale urgente?

Votre réforme prévoit un *service-level agreement* (SLA) afin qu'une ambulance arrive chez le patient dans le quart d'heure dans 90 % des cas sur l'ensemble du territoire. Quels sont les 10 % des cas qui ne seront pas couverts par ce SLA? Il apparaît clairement que ce sont notamment les régions couvertes par le CMH de Bra-sur-Lienne. Confirmez-vous cet élément? Pourriez-vous donc véritablement vous passer de ses services à l'avenir au sein de ces zones rurales et pour lesquelles votre réforme ne prévoit pas d'autres solutions?

06.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, comme une série d'éléments ont déjà été évoqués par mon collègue, j'irai directement au but tant pour ce qui concerne le volet de l'hélicoptère que sur le volet des zones rurales en province du Luxembourg, en province de Liège, en province de Namur, mais aussi au sud de la province du Hainaut qui est particulièrement mal couverte.

Vous vous êtes exprimée, à plusieurs reprises, sur la réforme de l'aide médicale urgente, notamment sur trois points importants.

D'une part, vous avez dit qu'il y avait une intervention urgente dans les 15 minutes pour 90 % des citoyens. D'autre part, les ambulances concernées seraient les ambulances ordinaires, les PIT et les SMUR, uniquement du volet terrestre. Enfin, un financement serait proposé par transport urgent de 45 euros par course. Madame la ministre, ces trois éléments m'amènent à vous interroger car, à partir de ces trois principes, on a forcément toute une série de difficultés qui surviennent.

Que fait-on des 10 % pour lesquels il n'y aura pas une intervention urgente dans les 15 minutes? Pour 10 % de ces personnes, ce sont des difficultés territoriales qui font qu'une ambulance terrestre ne peut être présente dans les quinze minutes. Les zones rurales que je viens d'évoquer sont dès lors directement concernées. À partir du moment où vous proposez un financement de 45 euros par course de transport urgent, que ce soit en ambulance ordinaire, PIT ou SMUR, alors qu'on sait que le coût moyen par course en Région wallonne est de 150 euros, il y a là une difficulté majeure. Le *gap* financier est énorme.

Lors d'une réunion des gouverneurs au niveau du ministère de l'Intérieur à laquelle assistait un de vos collaborateurs, il a été précisé que seuls les moyens terrestres seraient, demain, en charge de l'aide médicale urgente en Belgique. Dès lors, la question spécifique du Centre Médical Hélicopté Bra-sur-Lienne a été posée à cette réunion des gouverneurs au ministère de l'Intérieur. Votre collaborateur de cabinet y a répondu. J'ai ici sous les yeux ce qu'il me revient des gouverneurs présents à cette réunion. Selon la vision de votre cabinet, "le vecteur hélicopté dans l'aide médicale urgente n'était pas une idée à défendre, notamment sur la base de la littérature et de l'expérience des pays voisins".

Sur le plateau de RTL-TVI, vous avez pourtant annoncé, malgré les propos tenus par votre cabinet, qu'il s'agissait d'une *fake news*. Le moins que l'on puisse dire, c'est que ces différentes informations ne concordent pas. Il est bien de se présenter sur un plateau de télévision pour tenter de s'en sortir mais alors, madame la ministre, j'aimerais que vous clarifiez les propos tenus lors de cette réunion avec les gouverneurs de province. Oui ou non, l'hélicoptère sera-t-il toujours considéré dans sa spécificité au niveau des régions rurales comme indispensable compte tenu de la difficulté sur le plan terrestre de pouvoir offrir un délai raisonnable? L'objectif devrait être d'atteindre une couverture de 100 % dans un délai de 15 minutes. Nous ne pouvons nous permettre de considérer les zones rurales à la légère. Il est nécessaire d'avoir recours à un vecteur technique et l'hélicoptère est requis pour intervenir en urgence de manière efficace.

Par ailleurs, il me revient que lors de la Conférence interministérielle d'hier, ce sujet aurait dû être (ou a été) abordé. J'aimerais bien connaître les conclusions qui se sont dégagées.

06.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je n'ai que peu de choses à ajouter. Le contexte est identique et les mêmes inquiétudes me sont parvenues avec, en effet, des informations contradictoires entre le représentant de votre cabinet dans cette rencontre des gouverneurs de la province et votre réaction disant qu'il y avait erreur de compréhension.

Mes questions sont pareilles. Y aura-t-il poursuite ou non du projet-pilote du Centre Médical Hélicopté? Si des transports interhospitaliers de patients doivent être pratiqués, il s'agirait bien d'une mission supplémentaire et complémentaire avec des moyens de financement supplémentaires. J'aimerais avoir des informations sur le timing, sur les évolutions proposées et sur les modifications envisagées concernant l'hélicoptère de Bra-sur-Lienne et de Bruges.

06.04 **Maggie De Block**, ministre: Merci, mesdames, pour vos questions. Oui, pour ce qui concerne la réforme de l'aide médicale urgente, nous cherchons effectivement à en adapter le financement. Pourquoi une réforme de l'aide médicale urgente était-elle nécessaire? Jusqu'à présent, il n'existait pas de normes, ni de *service-level agreement* de quinze minutes. Nous avons enregistré toutes les données présentes dans les centres d'aide urgente et nous avons constaté un problème dans les zones rurales, dans différentes provinces comme vous le soulignez, mais surtout dans les provinces de Luxembourg et du Hainaut. J'y ai triplé le budget au cours de cette législature. Auparavant, ils disposaient de 26 millions, à présent ils en ont 78. L'objectif était d'introduire un financement plus adéquat des moyens de l'aide médicale urgente.

Ce financement adapté doit donner lieu à un système belge de moyens d'aide médicale urgente qui soit viable, qui soit au service des patients et défini par des critères de qualité.

En parallèle, je revois actuellement l'organisation de l'offre, en collaboration avec le secteur. Là aussi, des investissements supplémentaires sont nécessaires. Pour la première fois depuis 1964, un *service-level agreement* sera introduit dans le cadre de l'aide médicale urgente, dans 90 % des interventions. Il n'existait jusqu'ici aucune norme à ce sujet. En introduisant cette norme et en commençant à enregistrer les données correspondantes, nous pourrons à l'avenir aussi repérer les zones où des problèmes se posent et encore améliorer l'offre en y ajoutant un PIT, un SMUR ou une ambulance.

Je comprends tout à fait la demande d'accorder une attention toute particulière aux besoins des zones rurales. D'emblée, je tiens à vous rassurer. En effet, la garantie d'atteindre la norme du *service-level agreement* également pour les zones rurales constitue un point d'attention important et une priorité dans le cadre de cette réforme. C'est la raison pour laquelle mon collaborateur a dit que, pour nous, en 2018 et 2019, il faudra vraiment agir sur le terrain.

Pour les citoyens, il y a aussi des avantages. L'intention est en effet de passer à un forfait par intervention. Pour le service d'ambulance, on va évoluer vers un financement à trois volets, comme cela a été demandé:

- le volet de facturation forfaitaire aux utilisateurs du service, mais cela dépend du temps dont l'ambulance a besoin;
- le volet subside de permanence: pour le moment, quand il n'y a pas d'appels, les agents ne sont pas payés;
- le volet subside d'activation dans lequel est prévue une correction géographique permettant de combler les éventuelles pertes pour les zones rurales. À nouveau, là, nous avons tenu compte des zones rurales pour avoir la possibilité de faire des corrections.

J'ai demandé à mon administration de récolter les données nécessaires afin de simuler, pour tous les services, les revenus financiers de ces trois volets pour les années 2018, 2019 et 2020. Selon plusieurs scénarios, la ligne directrice que j'ai donnée à l'administration pour ces simulations est simple: veiller à ce que le service ne soit pas en perte, les revenus de 2017 constituant la référence.

Ces simulations ont été soumises à l'analyse du Conseil national de l'aide médicale urgente, qui s'est réuni à la fin du mois dernier et qui a rendu un avis positif.

S'agissant du centre médical de Bra-sur-Lienne, la *fake news* se rapportait à l'absence d'ambulance dans le plan. Il s'agit toujours d'un projet pilote après onze ans. Cela ne signifie cependant pas que nous refusons tout financement. Pour information, monsieur Frédéric, ce rapport - qui est public - n'est pas très détaillé, même s'il comporte beaucoup de photos relatives au fonctionnement de l'hélicoptère. J'insiste: le financement sera garanti pour les deux projets d'étude concernant l'utilité de cet appareil dans le cadre d'une programmation SMUR. Il est cependant exact que la littérature confirme que cet usage n'apporte aucune plus-value sur le plan de l'aide médicale urgente. Le financement du contrat sera maintenu à 62 500 euros sur une base annuelle.

Pour la suite du projet d'étude, après onze ans, je considère qu'il est temps de faire le point. Le dernier avis du Conseil national de l'aide médicale urgente remonte à 2010.

J'ai donc demandé au Conseil de se pencher à nouveau sur le dossier des moyens de l'aide médicale urgente par hélicoptère. Le Conseil l'a mis à l'ordre du jour d'une réunion programmée. Ils ont décidé de créer un groupe de travail pour rédiger un avis à ce sujet.

Hier, au cours de la Conférence interministérielle, lors des très nombreux *varia* - aussi nombreux que les points à l'ordre du jour de la réunion - Mme Greoli m'a, comme elle l'avait annoncé dans la presse, demandé de lui expliquer. Or, M. Bellot m'avait écrit auparavant et nous lui avions répondu par écrit fin juin. J'ai imprimé la réponse envoyée à M. Bellot et je l'ai transférée par courrier à Mme Greoli. Elle a vu qu'il n'est actuellement pas question de supprimer le financement de l'hélicoptère.

Par ailleurs, il y a aussi la réforme des moyens terrestres de l'aide médicale urgente. Nous continuerons dans cette voie. À chaque étape, nous sommes accompagnés par le Conseil national de secours médicaux d'urgence. C'est ainsi que nous travaillons. Nous continuons à investir des moyens dans l'aide médicale urgente. Cela fait longtemps que c'était nécessaire.

06.05 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

En ce qui concerne la réforme en cours et le triplement des budgets, je n'ai aucune difficulté. De même pour ce qui concerne la mise en place des *service-level agreements*. Sauf que 10 % de la population pourrait ne pas être couverts, en particulier en zones rurales. Cela reste une inquiétude, même si vous dites que vous accorderez une attention particulière.

En ce qui concerne l'hélicoptère de Bra-sur-Lienne, vous dites maintenir le financement initial. Ce n'est pas une reconnaissance du service. Ce sont simplement des moyens dégagés pour obtenir un rapport annuel – que vous dites peu détaillé avec beaucoup de photos, même si ce n'est pas ce que j'ai vu – qui ne correspond pas au financement de l'institution elle-même puisque ce sont principalement les communes concernées des provinces du Luxembourg, de Liège, de Namur et, comme l'ajoute Mme Fonck, du sud du Hainaut, ainsi que les provinces et 120 000 adhérents à l'ASBL, à titre privé, qui la financent. Je rappelle que cette institution a mené 1 300 interventions en 2017 et déjà 630 depuis le début de l'année.

Il reste une question à laquelle je n'ai pas eu de réponse satisfaisante. Quelles seront les missions confiées demain à cet hélicoptère? Comme vous l'avez indiqué, ne pourront-ils plus faire que du transport entre deux hôpitaux, dans le cadre de la réforme des services hospitaliers? Pourront-ils poursuivre leurs interventions de première ligne suite aux appels 112? Vous avez répondu que la réflexion a été confiée au Conseil national des secours médicaux d'urgence. Vous attendez ses conclusions, mais j'attends davantage. J'attends qu'on puisse répondre aux gens concernés ou qui l'ont été. La géographie de nos zones rurales, en particulier dans la partie francophone du pays, n'est pas la même qu'ailleurs. Faire un infarctus au milieu du village de Rahier, que je vous invite à découvrir, ne laisse pas autant de chance que le faire au milieu de la digue de La Panne. Je ne veux pas communautariser la question, mais c'est bien de cela qu'il s'agit.

Je n'ai donc pas de réponse rassurante sur les missions qui seront confiées au Centre Médical Hélicoptère de Bra-sur-Lienne.

06.06 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse. Comme il s'agit d'un dossier dont la réforme est en cours, je souhaiterais encore vous faire part de quelques réflexions.

Il est certainement positif d'avancer sur des normes et surtout sur des exigences à remplir en matière d'intervention auprès du patient. La difficulté réside dans le fait qu'un certain nombre de patients ne pourront pas bénéficier d'une intervention urgente, sachant que, pour certaines pathologies, 15 minutes, c'est déjà très long. Je ne dis pas qu'il faut fixer l'objectif à 5 minutes. C'est irréalisable! Mais 15 minutes est clairement un objectif que l'on doit pouvoir remplir sur l'ensemble du territoire. Il faut que le gouvernement se donne pour ambition de réussir à couvrir 100 % d'interventions pour 100 % des citoyens endéans les 15 minutes.

Si on ne se fixe pas cet objectif, des pans entiers de régions ne seront pas couverts de la même manière. En effet, les 10 % ne seront évidemment pas répartis de manière géographique avec quelques patients par-ci, par-là sur l'ensemble du territoire mais seront concentrés sur certaines régions et, singulièrement, dans les régions rurales dont la couverture au niveau des moyens d'accès terrestres est relativement limitée.

Vous avez annoncé avoir demandé une simulation au niveau des trois volets de forfaits pour les zones rurales. Pouvez-vous compléter cette simulation afin que l'on examine ce que cela donne au niveau de la couverture du patient et quelles sont les zones géographiques qui ne seront pas couvertes par une intervention dans les 15 minutes?

Enfin, concernant l'hélicoptère, vous annoncez ici officiellement au Parlement, si je peux m'exprimer ainsi,

qu'il y aura une poursuite du financement des 62 500 euros annuels. Il s'agit d'un point, selon moi, incontournable. Mais je vous fais une demande supplémentaire qui me semble logique, vu la configuration de l'intervention qui doit pouvoir avoir lieu dans un délai raisonnable partout. Ainsi, pourriez-vous examiner la question de l'intégration de cet hélicoptère de façon structurelle dans l'approche AMU, de manière complémentaire aux interventions terrestres et de manière spécifique là où c'est nécessaire et, particulièrement, dans les zones rurales?

06.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je voudrais souligner la préoccupation pour la qualité des interventions, en particulier des interventions dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il s'agit évidemment ici d'une priorité que je partage.

Cela dit, je ne pense pas non plus avoir reçu une réponse précise au sujet des interventions actuelles dans le cadre de l'aide médicale urgente et du transport entre des hôpitaux trop éloignés.

Une divergence existe entre votre expression et celle de votre cabinet lors de la réunion avec les gouverneurs: face aux gouverneurs on entend qu'il n'y aura plus que le transport intra-hospitalier et vous, vous dites que les deux seront maintenus. En même temps j'entends dans votre réponse que par rapport au maintien de l'intervention, vous dites qu'il faut plus d'éléments pour garantir que c'est une intervention positive, de qualité et nécessaire.

Donc, je demande vérification de ma compréhension de votre réponse.

06.08 Maggie De Block, ministre: La question de M. Frédéric affirmait que quand il y a un *service-level agreement*, une ambulance doit arriver dans les quinze minutes pour 90% des citoyens et que donc 10% des citoyens ne seraient pas couverts. Ce n'est pas juste: ils sont couverts et aussi rapidement que possible, mais pas dans les quinze minutes. C'est prévu, mais c'est vraiment un résultat déjà optimal.

Je n'ose pas vous dire de combien de temps ils ont besoin actuellement pour arriver chez un patient avec le système qui a été installé et qui a fonctionné pendant des années et des années. Dans certains cas, il faut 40 minutes aux ambulances pour arriver chez les patients, parfois encore plus. La situation actuelle est dramatique.

Les missions de l'hélicoptère ne changent pas. Le financement reste, leur fonctionnement – qui est réglé par une ASBL – continue à assurer leurs missions. On a juste dit que les moyens actuels, les budgets qui ont triplé, ce sera l'argent qui est nécessaire pour optimiser l'aide médicale urgente terrestre, sur le terrain, donc pas par voie aérienne.

Je veux justement vous dire qu'il y a deux projets de pilotage pendant onze ans, à Bruges et à Bra-sur-Lienne. Si vous me demandez, madame Fonck, – et cela peut certainement être calculé – d'implémenter l'aide médicale urgente avec des hélicoptères dans l'ensemble du pays, cela ne pourra pas se faire en multipliant les projets de pilotage.

Dan zullen wij een aanbesteding moeten uitschrijven voor heel het land. Andere ziekenhuizen zullen dan ook voor een helikopter kiezen en het kostenplaatje zal veel hoger liggen dan wat thans voorligt.

Die oefening kan men gemakkelijk maken, maar als dat echt wordt geïmplementeerd in het plan voor dringende geneeskundige hulp in het land, blijft het niet bij pilootprojecten. Er zal dan een aanbesteding moeten gebeuren en er zullen nog veel meer kandidaten zijn. De vraag is dan of dat beperkt blijft tot rurale gebieden, dan wel of dat overal mogelijk is. Kunnen er eventueel andere taken door worden vervuld, zoals het invliegen van donororganen of het verzekeren van secundair transport? We kunnen daar zo ver in gaan als we willen, alleen zullen daar de komende jaren dan wel veel meer middelen naartoe moeten gaan. Ik ben daar zeker vragende partij voor.

La **présidente**: Le dernier mot revient aux parlementaires.

06.09 André Frédéric (PS): En effet, même si je ne veux pas abuser. Madame la ministre, je ne relance pas le débat, mais lorsque vous dites vous-même qu'il faut aujourd'hui, dans certaines zones, 45 minutes pour intervenir, vous ne faites qu'une chose: démontrer l'utilité de mettre en oeuvre des moyens plus adaptés à certaines régions, et l'hélicoptère est certainement l'une des pistes.

Deuxièmement, vous venez de franchir un pas supplémentaire. Vous avez confirmé le financement mais vous dites qu'aujourd'hui et même demain, les missions ne varieront pas. Je comprends par là que les interventions urgentes entreprises suite à des appels au numéro 112 pourront être effectuées par des hélicoptères. Et vous ajoutez un élément supplémentaire. Dans le cadre de cette réforme, vous allez demander que l'on intègre cette réflexion sur l'utilisation des outils aériens. Si l'on inscrit cela dans la loi, nous devons procéder à des marchés publics. C'est totalement logique.

Je prends note des éléments et je vous remercie. Nous suivrons cela avec intérêt.

06.10 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous ai demandé tout à l'heure d'aller au-delà du financement des 62 500 euros incontournables pour l'hélicoptère, et d'intégrer les hélicoptères de manière structurelle dans l'approche AMU. Quand je dis structurelle, je ne parle évidemment pas de transformer toutes nos ambulances en ambulances héliportées. Il s'agit d'examiner quelles sont, de manière structurelle, les zones géographiques qui sont peu ou mal couvertes, ou dans lesquelles, de toute façon, que ce soit avec des ambulances ordinaires, des PIT ou des SMUR, nous savons très bien que nous ne pourrions pas intervenir dans les quinze minutes. Oui, une intégration structurelle de l'approche héliportée doit être examinée. Nous devons intervenir de manière spécifique dans les régions qui en ont absolument besoin, ainsi que pour certaines missions particulières. C'était le sens de ma demande. Merci d'examiner ce point.

Je pense que l'avenir, en termes d'AMU également, passe par là, de manière complémentaire à tout ce qui est intervention terrestre. Merci.

La **présidente**: Nous reviendrons sur ce sujet dans les mois à venir.

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

Les questions n°25951 et n°26023 de Mme de Coster-Bauchau sont transformées en questions écrites.

07 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation croissante de cocaïne en Belgique" (n° 26028)

07 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toenemende cocaïnegebruik in België" (nr. 26028)

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

07.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, selon un récent rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2,3 millions de jeunes Européens, entre 15 et 34 ans, ont consommé, au cours de l'année dernière, de la cocaïne. Ce chiffre représente 5,1 % de cette classe d'âge.

Les saisies de cette drogue au sein de l'Union européenne ne cessent d'augmenter. La Belgique occupe bien tristement la première place au classement européen des saisies. Ainsi, en 2016, 43 % des saisies de cocaïne en Europe, représentant environ 30 tonnes, ont été effectuées dans notre pays. Notre pays double ainsi l'Espagne, illustrant le changement des principales routes d'import, les grands ports du nord, Anvers et Zeebrugge, détrônant les routes classiques via l'Espagne et le Portugal.

Madame la ministre, la hausse de la consommation de cocaïne en Belgique est préoccupante, particulièrement chez les jeunes. On assiste à une sorte de banalisation de cette drogue, pourtant très nocive. D'où ma question: même si je sais que la prévention relève de la compétence des Communautés, que pouvez-vous entreprendre pour sensibiliser les jeunes à la dangerosité de ce produit? Comment enrayer cette croissance de sa consommation? Par ailleurs, disposez-vous de chiffres concernant la consommation de cocaïne chez les jeunes âgés de 15 à 34 ans résidant dans notre pays?

07.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, la détection précoce et la prévention sont des axes à privilégier et il est effectivement primordial de sensibiliser aux risques de la cocaïne et des drogues en général. Je ne suis pas compétente en la matière mais la cellule 'Drogues' au sein de la Conférence interministérielle s'est réunie hier encore. L'ancien président Brice De Ruyver a été remplacé par Etienne De Groot.

Je pense que c'est un travail à poursuivre avec les Communautés. Il ne s'agit pas uniquement des drogues mais aussi de la dépendance au jeu et tout ce qui existe comme addictions.

Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique concernant la consommation de cocaïne, même si un traitement contre les symptômes de manque peut être administré. Un suivi psychologique est également conseillé, ainsi que des consultations auprès des médecins spécialistes du traitement des dépendances.

Les derniers chiffres existant à ce sujet figurent dans le rapport belge de l'Observatoire des drogues et des toxicomanies de 2016: 0,9 % des personnes âgées de 15 à 34 ans ont consommé au moins une fois de la cocaïne au cours des douze derniers mois. Ce sont les chiffres les plus récents dont nous disposons.

07.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Merci pour votre réponse, madame la ministre. Il est clair que la consommation est d'abord favorisée par l'importation, la Belgique, Anvers en particulier, étant devenue un carrefour de l'importation de cocaïne. En raison de cet afflux, on constate d'ailleurs que la cocaïne est de moins en moins chère, ce qui favorise et facilite la consommation de cette drogue.

Je crois qu'effectivement, en coordination au sein de la Conférence interministérielle avec les Communautés, une action doit absolument être menée. Il s'agit de répression, de prévention et aussi de traitements. Une synergie existe donc avec le département de l'Intérieur, les Communautés et votre département de la Santé.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à cette problématique.

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

De **voorzitter**: De minister kan blijven tot 12 u 30. Er is een nieuwe vergadering met mondelinge vragen gepland op 17 juli in de namiddag.

08 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisartsenwachtposten" (nr. 25719)

08 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les postes de garde de médecine générale" (n° 25719)

08.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, Vlaamse huisartsen klagen de onredelijke verdeling aan van de middelen voor de huisartsenwachtposten. Een goed voorbeeld is de post in Leuven, die ik ken. Deze post kent een jaarlijks tekort van zo'n 60 000 tot 70 000 euro. De artsen moeten zelf lidgeld betalen om de post draaiende te houden. De wachtpost Oost-Brabant is verantwoordelijk voor 210 000 inwoners van Oost-Brabant. Daarnaast maken ook nog eens 50 000 studenten regelmatig gebruik van de post. Het is dan ook verontrustend dat deze post een structurele onderfinanciering kent.

Een deel van het probleem zou liggen in de standaardisering van subsidies die maakt dat, ongeacht de grootte van een post, in vaste bedragen wordt voorzien. Zo zou het bedrag voor informatica steeds worden vastgelegd op 16 000 euro, dit terwijl grote posten zoals deze in Leuven waar zo'n 300 artsen worden tewerkgesteld, niet met hetzelfde budget toekomen als kleinere, regionale posten.

In een reactie liet u weten te werken aan een regelgevend kader om de werking en de toegankelijkheid van de huisartsenposten te uniformiseren. Dat zou er ergens volgend jaar moeten komen. In dit kader zal ook de financiering worden herbekeken.

Mevrouw de minister, welke analyse maakt u zelf van het probleem van de onderfinanciering van sommige Vlaamse huisartsenwachtposten? Welke beleidsmaatregelen zult u treffen met betrekking tot de ondersubsidiëring? Zal gekeken worden naar een variabele subsidiëring?

In welke fase bevindt zich de ontwikkeling van het regelgevend kader voor de huisartsenwachtposten? In welke timing voorziet u? Welke elementen zal het regelgevend kader bevatten?

08.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Hoof, ik geef hier ook het antwoord dat ik gaf op de vraag van 19 juni van mevrouw Jiroflée, over het plan van aanpak voor de huisartsenwachtposten, dat wij hebben opgenomen in een visienota van 2017. Wij moeten inderdaad een

nieuw regelgevend kader creëren voor de huisartsenwachtposten.

Voor de wachtpost in Leuven is er nu overleg met het RIZIV en dit wordt opgevolgd door een van mijn kabinetmedewerkers. Daar worden mogelijke oplossingen opgesteld voor tal van vragen. De situatie houdt inderdaad verband met het feit dat een cohorte studenten die daar tijdens de week op kot zitten, en soms ook een arts nodig hebben, niet bij een Leuvense arts zijn ingeschreven maar bij een arts waar hun woonplaats is.

Zoals ik al zei, de mogelijke oplossingen worden opgesteld. Daar wordt nu verder aan gewerkt maar het moet ook passen in het plan van onze visienota. Het akkoord dat hieruit voortvloeit zal na de zomer door Medicomut worden behandeld en hopelijk worden goedgekeurd. Daarna zullen deze problemen alvast in deze universiteitsstad met een speciale positie, verleden tijd zijn.

08.03 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw begrip.

Leuven heeft een gezonde omgeving, maar studenten doen soms ongezonde zaken. Daarom moeten zij af en toe, zeker 's nachts, naar een huisarts of wachtpost gaan.

Ik hoop dus dat in het najaar van 2018 een oplossing kan worden geboden voor de artsen die zich dag en nacht, ook voor studenten, ongeacht hun afkomst, inzetten.

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

09 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Jakavi" (nr. 26071)

09 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Jakavi" (n° 26071)

09.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, via de media en door verschillende betrokkenen kreeg ik de melding dat de terugbetaling van Jakavi, dat gebruikt wordt bij onder andere myelofibrose, teruggeschroefd zou zijn.

Wat is er recentelijk veranderd aan de terugbetalingsvoorwaarden of de terugbetaling van Jakavi? Wanneer is die wijziging er precies gekomen? Wat is er precies veranderd en waarom? Als het gaat om een beslissing op basis van wetenschappelijke literatuur, kunt u mij dan de referenties bezorgen van de studies op basis waarvan de beslissing is genomen?

Ik las ook dat patiënten die de aanvraag te vroeg hadden ingediend niet meer in aanmerking zouden komen en dat de wijziging pas zou ingaan voor aanvragen vanaf een bepaalde datum, waardoor mensen dus uit de boot zouden vallen, als zij hun aanvraag voor een bepaalde datum hadden ingediend. Waarom? Wie heeft daarover welke communicatie gevoerd? Ik merk dikwijls dat de patiënten met heel wat vragen blijven zitten wanneer de terugbetalingsvoorwaarden van bepaalde geneesmiddelen worden aangepast. Vaak komen zij dan ook bij velen van ons terecht. Wie is er daarvoor verantwoordelijk? Kan er iets op touw gezet worden, zodat het in de toekomst beter verloopt?

09.02 Minister Maggie De Block: Dank u voor uw vraag, mevrouw Van Camp. Er zijn wijzigingen aan de vergoedingsvoorwaarden van Jakavi gebeurd, maar het ging om een versoepeling ervan, meer bepaald een uitbreiding van de terugbetaling voor patiënten met trombocytopenie en een versoepeling van de *stopping rules*, zodat een reductie van de miltgrootte vanaf 20 % na 24 weken behandeling, in vergelijking met de miltgrootte bij aanvang van de behandeling, niet langer vereist is om de behandeling te kunnen voortzetten.

Nu wordt er ook toegelaten dat in geval van een verbetering van de symptomen, waarbij de milt wel stopt met groeien, maar niet kleiner wordt, de behandeling voortgezet kan worden. In het geval dat een verbetering van de symptomen plaatsvindt, moet er ook nog wel een verdere vergroting van de milt aan gekoppeld zijn, ten opzichte van de grootte bij aanvang van de behandeling. Als de milt blijft groeien, wordt het middel als onvoldoende effectief beschouwd. Vroeger moest de milt minstens 20 % gekrompen zijn. Die regeling is dus versoepeld.

De verduidelijkingen in de vergoedingsvoorwaarden werden tot stand gebracht in samenwerking met het

weescollege, een college van experts voor zeldzame aandoeningen, om de evolutie van de patiënten duidelijker te kunnen beoordelen en dus beter het correcte gebruik van Jakavi te kunnen verifiëren.

Die wijzigingen zijn van kracht sinds 1 maart 2018. Gelieve te noteren, ook al werden de vergoedingsvoorwaarden van Jakavi vanaf 1 maart versoepeld, dat een patiënt dient te voldoen aan vergoedingsvoorwaarden die vóór 1 maart wettelijk van toepassing waren voor elke periode van terugbetaling die start vóór 1 maart. Die vorige voorwaarden voorzagen in *stopping rules* en er gelden opvolgingscriteria na zes maanden behandeling, zodat de arts zich ervan kan vergewissen dat aan de criteria van miltvermindering, vereist in het kader van een verlenging van de terugbetaling, voldaan kan worden. Wij hebben die *stopping rules* versoepeld.

Zoals u weet, is er voor elke aflevering van een geneesmiddel ingeschreven in Hoofdstuk 4, een akkoord nodig van de adviserende arts en moet een dossier ingediend zijn bij de verzekeringsinstelling om de terugbetaling te verkrijgen op basis van de voorwaarden die op dat moment gelden.

Het weescollege adviseert de verzekeringsinstelling om de terugbetaling al dan niet toe te kennen. De verzekeringsinstelling neemt vervolgens, al dan niet op advies van het Weescollege, een beslissing.

In het geval dat u vernoemt en dat in de media is terechtgekomen, had de verzekeringsinstelling aan de patiënt laten weten dat hij niet voldeed aan de voorwaarden die golden vóór 1 maart. Er blijkt een drietal dagen te zitten tussen de indiening van zijn aanvraag en 1 maart, datum waarop de versoepelde vergoedingsvoorwaarden in voege traden.

De communicatie gebeurt altijd via een publicatie in het *Belgisch Staatsblad* en op de website van het RIZIV. De communicatie nemen wij dus niet zelf in handen.

Er werd meteen contact opgenomen met de verzekeringsinstelling, aangezien de patiënt eigenlijk wel onder de versoepelde terugbetalingsvoorwaarden kon vallen. Gelet op de klinische beterschap, alhoewel hij geen miltverkleining had, kon hij onder de versoepelde voorwaarden wel verder terugbetaling krijgen. Onder de oude voorwaarden zou de terugbetaling hem geweigerd worden. Die weigering heeft hij gekregen, omdat de administratie de drie dagen mee in rekening gebracht heeft. Dat gebeurde echter zonder dat er contact werd opgenomen, evenmin vanuit de mutualiteit, met die patiënt. Na veel telefoongesprekken heen en weer, ook met de familie, heeft de mutualiteit een positief advies gekregen, door de aanpassing en de versoepeling van de voorwaarden.

Het ziekenfonds heeft uiteindelijk een paar weken later aan de patiënt laten weten dat de terugbetaling gehandhaafd blijft. De behandeling werd nooit stopgezet. Het ging om een verlenging met een paar maanden.

In ieder geval, al die heisa was nergens voor nodig. Het was alsof wij een verstrenging hadden doorgevoerd, terwijl er net een versoepeling op basis van evidentie is gebeurd, zoals altijd na advies van het weescollege.

09.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, zo leek het inderdaad, maar dat is bij deze rechtgezet.

Het is goed te vernemen dat de betrokkene wel valt onder de nieuwe regeling en de versoepelde regels en dat de behandelingen kunnen worden verder gezet.

*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 rol van optometristen" (nr. 26072)

10 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rôle des optométristes" (n° 26072)

10.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb gehoord dat u aan een ontwerp van KB werkt betreffende onder meer de rol van de optometristen, rol waarover wat onduidelijkheid zou bestaan. Vorig jaar werd het beroep van orthoptist erkend als paramedisch beroep. Het beroep van optometrist zou als volgende erkend worden. Indien het ontwerp van koninklijk besluit van toepassing wordt, zou dat dan

betekenen dat orthoptisten dioptrie kunnen meten en lenzen van patiënten aanpassen onder toezicht van een oogarts? Met andere woorden, wie zich lenzen wil aanschaffen, moet eerst langsgaan bij de oogarts, dan bij de orthoptist en vervolgens bij de opticien.

In de sector bestaan daarover enkele bezorgdheden, die ik even opsom. De sector klaagt aan dat de rol van de opticiens eigenlijk herleid wordt tot die van handelaar, ook al hebben de optometristen en opticiens jarenlange ervaring met het opmeten van de ogen. Momenteel loopt in 80 % van de gevallen de meting van dioptrie via de standaardprocedure en slechts in 20 % wordt ondersteuning gevraagd van een specialist. Opticiens en in mindere mate ook optometristen zijn meer toegankelijk, terwijl oogartsen en orthoptisten het nu al moeilijk kunnen bolwerken. Dankzij de laagdrempeligheid van de opticiens en de optometristen in de commerciële omgeving spelen ze ook een belangrijke rol bij de preventie en vroegtijdige detectie van oogziekten, waarvoor ze dan doorverwijzen. Tot slot verwacht de sector dat het ontwerp van koninklijk besluit een zware last zal opleveren voor de sociale zekerheid, omdat het aantal bezoeken aan de oogarts en de orthoptist aanzienlijk zal verhogen, waardoor ook het prijskaartje van de terugbetaling aanzienlijk zal verhogen.

Mevrouw de minister, wat is uw reactie op die bekommernissen van de sector?

10.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, momenteel mag oogzorg zoals de uitvoering van oogmetingen en de aanpassing van de sterkte van een bril of contactlenzen wettelijk gezien enkel door artsen worden verleend. Artsen kunnen echter bepaalde handelingen delegeren aan de orthoptist, een paramedicus.

In tegenstelling tot wat u aangeeft, is het paramedisch beroep van orthoptist al sedert 1997 erkend. Vorig jaar hebben wij wel de regelgeving voor het beroep aangepast, zodat er onder andere geen vooropleiding meer vereist is en een directe toegang tot de opleiding tot orthoptist mogelijk wordt. Vroeger moesten kandidaten eerst een basisdiploma van bijvoorbeeld verpleegkundige, ergotherapeut, logopedist of kinesitherapeut hebben, vooraleer zij orthoptist konden worden.

Nu heeft men meteen toegang tot die vorming, zonder het voorafgaande.

Opticiens en optometristen die oogzorghandelingen uitvoeren, doen momenteel aan een onwettige uitoefening van de geneeskunde. Ik ben van mening dat de huidige reglementering te strikt is en niet tegemoetkomt aan de noden op het terrein. Om die reden heb ik het advies van de federale raad en van de Technische Commissie voor de Paramedische Beroepen gevraagd, evenals dat van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen, omtrent de opportuniteit van het voorzien van een paramedisch beroep in de optometrie en optiek, om het domein van de oogzorg te versterken en dus ook laagdrempeliger en vlugger te maken. U moet immers maar eens een afspraak proberen te maken, dat duurt maanden.

Uit de verschillende adviezen bleek dat het domein van de oogzorg zeer complex is. Met betrekking tot het beroep van optiker, volgens het advies is het duidelijk dat er geen interesse is om het beroep van opticien als paramedisch beroep te ontwikkelen. Het gaat over het afleveren van brillen en lenzen en dat is geen handeling die moet worden voorbehouden aan iemand met een gezondheidszorgberoep. Dit beroep blijft dan ook buiten de scope van de gezondheidszorgberoepen.

Volgens de adviezen is het wel opportuun om een paramedisch beroep van optometrist-orthoptist te creëren, zodat bepaalde handelingen kunnen worden gesteld in de eerste lijn, zoals oogdrukmeting, het vaststellen van de graad van myopie en andere metingen. Deze piste wordt momenteel onderzocht door de administratie van de FOD Volksgezondheid en hierbij is ook een kabinetsmedewerker betrokken. Het vergt immers een grondige analyse welke handelingen iemand met dit beroep zou mogen uitvoeren en welke overgangsbepalingen nodig zijn voor degenen die deze handelingen vandaag reeds stellen, zoals sommige optikers.

Ik wens ook hier voor het einde van deze legislatuur het koninklijk besluit van 7 juli 2017 betreffende het beroep van orthoptist aan te passen. Deze aanpassing moet overeenstemmen met de werkelijke behoeften in het domein van de oogzorg en heeft tot doel de toegang tot een kwalitatieve oogzorg te bevorderen.

10.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, dat was duidelijk, ik zal dit terugkoppelen.

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

11 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gevaar voor CO-intoxicatie in shishabars" (nr. 26104)

11 Question de Mme Sarah Smeyers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le danger d'intoxication au CO dans les bars à narguilés" (n° 26104)

11.01 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de minister, shisha- of waterpijproken is een gebruik dat is overgewaaid vanuit de Arabische wereld. Daar spreekt men over shishalounges, die zich doorgaans in open lokalen situeren. In België situeren deze bars zich vooral in achterkamertjes of kelders van cafés.

Shishabars worden steeds populairder in België. Men vindt die bars niet alleen terug in de hoofdstad en andere grootsteden, maar ook steeds meer in kleinere centrumsteden. Meestal rookt men er in groep en zit men in zetels. Op zich is in zetels zitten niet zo erg, maar er staat meestal ook een tv in die bars en mensen zitten daar soms meerdere uren samen. Denk aan de voetbalmatch gisteren. Klanten zijn dus langere tijd in dergelijke bar aanwezig.

We vernamen dat de problematiek al op provinciaal niveau werd besproken in Antwerpen en Limburg, op de vergaderingen van het ARIEC of het Arrondissementeel Informatie- en Expertisecentrum. ARIEC is een nieuw initiatief waarmee de minister van Binnenlandse Zaken probeert om de georganiseerde criminaliteit aan te pakken. Daarbij worden verschillende inspectie- en controlediensten betrokken. Men zit samen om nieuwe fenomenen, die verbonden zijn aan criminaliteit, te bespreken. Tijdens die vergaderingen zou zijn gewezen op een aantal problemen dat zich voordoet in deze shishabars. Er is uiteraard de slechte naleving van de regels inzake het gekende rookverbod en de tabaksrichtlijn, de regelmatige verkoop van waterpijptabak zonder takszegel, agressie en infiltratie van criminaliteit, onduidelijke bedrijfsstructuren.

Er gebeuren daar onduidelijke zaken, maar vooral van belang voor deze commissie en voor uw beleid is dat ze een groot gevaar vormen voor CO-intoxicatie. Daarover wil ik u graag enkele vragen stellen. De CO-intoxicatie kan immers zeer schadelijk zijn. Het Antigifcentrum geeft aan dat een blootstelling aan omgevingslucht met een CO-gehalte van meer dan 9 *parts pro million* voor meer dan acht uur al schadelijk kan zijn.

Bij blootstelling aan een omgevingslucht met een CO-gehalte van meer dan 400 parts per million zijn mensen na drie uur in levensgevaar.

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

Bent u op de hoogte van de bestaande problematiek in shishabars, vooral van de problematiek met mogelijke CO-intoxicatie?

Voert de FOD Volksgezondheid, meer bepaald de Controledienst Tabak en Alcohol, vandaag al controles uit op het CO-gehalte in horecazaken en in shishabars?

Hoe gebeurt de controle? Is er een wettelijk kader voor? Kan dergelijke controle al dan niet gebeuren? Kan daaraan worden verholpen, indien de controle niet zou kunnen?

Ik weet dat de volgende vraag veeleer een schriftelijke vraag is, maar ik probeer het toch maar.

Kent u de CO-gehalten die in de shishabars werden opgemeten?

Bestaan er in de Belgische wetgeving normen voor de blootstelling van CO in de omgevingslucht? Bestaan ze al of moeten wij via een wetgevend initiatief aan dat manco verhelpen?

Zijn in de huidige rookwetgeving al CO-normen vastgelegd in bepaalde koninklijke besluiten in uitvoering van die wetgeving, specifiek voor de rookkamers, die de uitzondering op het rookverbod vormen?

Hebt u een actieplan uitgewerkt of kunnen wij samen aan een dergelijk plan werken?

Zal u bijkomende maatregelen treffen, om CO-normen vast te leggen en de burgers te beschermen of in elk

geval daarover te informeren?

11.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Smeyers, u komt niet vaak naar de commissie, maar het is een hele boterham, wanneer u naar hier komt.

De FOD Volksgezondheid is op de hoogte gebracht van de problematiek inzake het risico van CO-intoxicatie in shishabars of waterpijpbars.

Sedert de invoering van het algemeen rookverbod controleert de Controledienst Tabak en Alcohol van de FOD Volksgezondheid ook de shishabars. De hiernavolgende zaken worden nagegaan.

Wordt er gerookt? Voldoet de rookkamer aan de bestaande wettelijke normen inzake oppervlakte maar ook op het vlak van luchtzuivering en luchtverversing? Voldoet de etikettering van de waterpijptabak aan de etiketteringsvoorschriften?

Aangezien in de rookwetgeving geen wettelijke normen voor CO zijn opgenomen en de FOD ook geen kennis van de mogelijke risico's van koolstofmonoxide-intoxicatie had, werden in het verleden daarop geen controles uitgevoerd. Dat gebeurt wel sedert december 2017, toen uit gezamenlijke controles met de brandweer die problemen aan het licht kwamen. De brandweer is uitgerust, om de CO-gehalten te meten.

Vanaf dan wordt steeds vaker samengewerkt met de lokale brandweerdiensten om ook gezamenlijke controles in shishabars te verrichten. Bij deze gezamenlijke controles zijn reeds in twee shishabars gehalten van meer dan 200 ppm CO vastgesteld. Dat is een gehalte dat een acuut risico voor de gezondheid van de aanwezigen inhoudt.

Het personeel en de klanten van de waterpijpbars lopen dus een reëel risico op vergiftiging en ernstige gezondheidsproblemen. In het beste geval blijft dat beperkt tot hoofdpijn en misselijkheid, maar dat heeft men al na een uur aanwezigheid in dergelijke concentraties.

Alleen in de wetgeving op de arbeidsbescherming is in een maximale norm voor CO voorzien, namelijk 25 ppm. De huidige rookwetgeving omvat alleen normen voor luchtverversing of luchtzuivering van de rookkamer: 15 kubieke meter per uur en per m².

De volgende stappen zijn reeds gebeurd tussen december en nu door de Tabak- en Alcoholcontroledienst. Er is een shishabrochure gemaakt voor de sector, waarbij de aandacht wordt gevestigd op de gevaren voor CO-intoxicatie. Dit wordt momenteel naar alle bij de controledienst gekende waterpijpbars gestuurd.

Er is ook een communicatie naar de lokale besturen gegaan via de Vereniging voor Steden en Gemeenten. Er werden ook CO-meetinstrumenten door onze mensen bij de controledienst aangeschaft zodat bij het vaststellen van hoge gehalten de brandweer en de burgemeester kunnen worden verwittigd om eventueel maatregelen te nemen. Zij kunnen dat dan eerst zelf meten zonder eerst de brandweer te moeten te moeten vorderen.

Samenwerking op het terrein blijft nog altijd nodig. Als hoge waarden worden gemeten, moet de brandweer immers worden verwittigd.

Er zijn ook aanbevelingen. Indien mensen zich onwel zouden voelen en een signaal zouden geven, dan wordt al wie zich in de waterpijpbars bevindt natuurlijk onmiddellijk geëvacueerd en worden de lokale hulpdiensten en de brandweer verwittigd. Er is op het terrein een optimale samenwerking tussen de FOD Volksgezondheid en de brandweer. Natuurlijk moet de burgemeester weten dat daar een gevaarlijke zaak was en kan hij eventueel beslissen om daar een stokje voor te steken.

Algemeen vind ik dat het geen vooruitgang is. Waterpijp lijkt onschuldig, maar het is een ontbrandingsproces en het kan schade aan de luchtwegen veroorzaken. Het is zeker niet gezonder dan roken, alhoewel de term water het onschuldig doet lijken. Ik vind het geen goede evolutie dat waterpijpbars als paddenstoelen uit de grond schieten.

11.03 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Wij worden inderdaad geconfronteerd met deze nieuwe tendens. Wij mogen dat niet uit zijn voegen laten

barsten en moeten nu twee zaken doen. Wij moeten de bevolking informeren over de schadelijkheid van de CO-gehalten in die bars en van de schadelijkheid van waterpijpen op zich.

Aangezien de controleurs over eigen meetinstrumenten beschikken, hoop ik dat u snel met goede cijfers naar buiten kunt komen die dat staven. Dan is het gelegen aan de samenwerking tussen u als minister van Volksgezondheid, de lokale besturen en de minister van Binnenlandse Zaken.

Zoals ik in mijn vraag heb gesteld, gebeurt er in die bars immers meer dan alleen maar waterpijproken.

Mensen die het kunnen weten, hebben mij gezegd dat het enorm moeilijk is die mensen te verbaliseren omdat zij niet weten wie er geverbaliseerd moet worden. Als zij de bars al kennen, want meestal zijn die niet allemaal bekend en niet allemaal publiek toegankelijk, is het zeer moeilijk te achterhalen wie de zaakvoerder is en wie geverbaliseerd moet worden. De lokale besturen moeten toch in de mogelijkheid kunnen zijn die bars te sluiten als zij weten dat er overlast is en ook schade voor de volksgezondheid.

Ik hoop dat ons beleid, nu wij met deze nieuwe trend geconfronteerd worden, er snel paal en perk aan stelt. Als een bepaald iets verboden wordt, worden er altijd alternatieven gezocht. Wij mogen niet achter de feiten aanhollen. Ik hoop dat u zult optreden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Wij ronden hier de werkzaamheden af.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.10 uur.

La réunion publique de commission est levée à 12.10 heures.