

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 15 MAART 2017

Namiddag

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

du

MERCREDI 15 MARS 2017

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 15.02 heures et présidée par M. Daniel Senesael.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.02 uur en voorgezeten door de heer Daniel Senesael.

01 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kinderthuiszorg" (nr. 14619)

01 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins pédiatriques à domicile" (n° 14619)

01.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik zal vandaag inderdaad een hele reeks vragen stellen. Het goede nieuws is echter dat ze allemaal zeer kort zijn. Iedereen kan de volledige vraag vinden in de database. Om het vooruit te laten gaan, zal ik mij hier beperken tot de eigenlijke vragen.

Mijn eerste vraag gaat over kinderthuiszorg. Ik heb daar eerder al vragen over gesteld. Waarom werd het project ter zake niet weerhouden voor de pilootprojecten inzake de thuiszorg? Het heeft hiervoor wel een aanvraag ingediend, vooral in het kader van het aanpakken van de onderbezetting van de bedden pediatrie.

Een algemeen probleem bij de transitie naar thuiszorg, maar zeker in de pediatrie, is het opvangnet. Als het intramuraal opvangnet wordt afgebouwd, moet er een extramuraal opvangnet zijn. Daarom vroeg ik mij af in welke mate het tot uw bevoegdheid behoort om een nieuw kinderczorgsysteem te financieren. Bent u bereid om samen te zitten met mensen die daarover uitgesproken ideeën hebben om na te gaan of op een bepaalde manier, eventueel buiten de pilootprojecten om, een budget vrijgemaakt kan worden voor projecten inzake kinderthuiszorg?

01.02 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Camp, de oproep aan kandidaten voor de ontwikkeling van pilootprojecten werd gelanceerd in mei 2016 en afgesloten op 16 september 2016.

Momenteel worden de ingediende kandidaturen beoordeeld. Het waren er heel veel, dus het is moeilijk om te kiezen. Er werd mij gezegd dat er meer dan vierhonderd dossiers waren. Er waren geen ingediende dossiers die betrekking hadden op kinderthuiszorg.

Zoals u weet, laten wij het initiatief inzake de projecten voor thuishospitalisatie over aan de mensen op het terrein. Dit laat toe om te hervormen door middel van initiatieven die op het terrein voor honderd procent worden ondersteund.

Dat betekent niet dat deze projecten in de toekomst niet zouden kunnen worden uitgebreid naar andere niches, zoals gespecialiseerde kinderczorg in de thuisomgeving. Bij kankerpatiënten zullen nu bepaalde behandelingen veilig en kwaliteitsvol thuis kunnen worden gedaan. Ik meen dat dit ook de toekomst is, zeker voor kinderen, om in de mate van het mogelijke niet geïsoleerd in een ziekenhuis te moeten liggen, dicht bij de familie te zijn, vriendjes te zien en hun huisdier en mama en papa bij zich te hebben. Ik ben ervan overtuigd dat het verwerkingsproces van gehospitaliseerd te zijn bij kinderen veel beter zou verlopen als

men de hospitalisatie heel kort kan houden. Het is ook heel belastend voor het gezin. En vooral, een kind blijft graag in zijn vertrouwde omgeving.

Ik sta erachter en ik zal daar in de toekomst zeer aandachtig voor zijn.

01.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord, dat ik heel hoopvol vind. Vanuit onze fractie wil ik u zeker expliciet een bloempje toewerpen voor uw te bewonderen inspanningen in de transitie van intramurale zorg naar thuiszorg.

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

*Voorzitter: Muriel Gerkens.
Présidente: Muriel Gerkens.*

02 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van diëtist en psycholoog bij obesitas" (nr. 14621)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "obesitasheekunde" (nr. 14653)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van consultaties bij een diëtist in geval van obesitas" (nr. 16030)

02 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des consultations de diététique et de psychologie en cas d'obésité" (n° 14621)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la chirurgie de l'obésité" (n° 14653)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des consultations chez un diététicien en cas d'obésité" (n° 16030)

02.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik kan mijn vragen bundelen.

Ik heb hierover in het verleden al vragen gesteld. U verwees in uw antwoorden naar enquêtes van de verzekeringsinstellingen over het gebruik van bariatricie, met resultaten die in de herfst zouden worden bekendgemaakt. Anderzijds verwees u ook naar de Technische Geneeskundige Raad, die zich zou moeten uitspreken over de manier waarop de nomenclatuur inzake bariatrische heekunde kan evolueren.

In een ander antwoord hebt u ook nog verwezen naar twee rapporten, met name van de wetenschappelijke afdeling van het Observatorium voor de chronische ziekten. U wees erop dat zij initiatieven namen voor een nationaal register voor obesitasheekunde.

Bij wijze van conclusie heb ik in dit dossier eigenlijk altijd dezelfde vraag. Ligt er een terugbetaling van diëtist en psycholoog bij overgewicht en obesitas in het verschiet?

02.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, de twee rapporten werden inderdaad gevraagd en opgesteld, maar zijn om verschillende redenen nog niet door de bevoegde organen gevalideerd of goedgekeurd. Het Observatorium heeft het rapport van de wetenschappelijke afdeling vanwege een te drukke agenda niet behandeld. Het stond geagendeerd, maar men is aan dit punt niet geraakt op de laatste vergadering. Dat komt zeker op de agenda in de volgende vergadering.

Bij het InterMutualistisch Agentschap werd ook de studie afgewerkt en wacht men op een gelegenheid om het rapport aan het Verzekeringscomité voor te leggen. Dat zal ook voor een van de volgende vergaderingen van het Verzekeringscomité zijn. U weet dat door heel de heisa rond de budgettaire besprekingen het Verzekeringscomité en ook andere vergaderingen zeer lang hebben geduurd en tumultueus zijn verlopen. Ik hoop dat de sereniteit terugkeert, zodat ook andere onderwerpen die toch ook belangrijk zijn voor de patiënten, kunnen worden aangesneden en op korte termijn publiek kunnen worden gemaakt.

02.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt voor het antwoord. Ik kom daar zeker nog op terug.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de denturisten" (nr. 14623)

03 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des denturistes" (n° 14623)

03.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, het betreft opnieuw een vraag waarnaar ik al eerder heb verwezen. Ik was op de kick-off van de hervorming van het koninklijk besluit nr. 78, waarover wij het tijdens de vorige commissievergadering al hebben gehad. In uw bloemmodel wordt specifiek verwezen naar de denturist. Uw kabinetschef stelde ook dat het gaat om een reëel denkspoor, dat wordt onderzocht. Nochtans hebt u eerder verklaard dat er geen draagvlak voor was en dat studies ook duidelijk hebben aangetoond dat de kwaliteit daardoor niet wordt bevorderd.

Mevrouw de minister, wat is eigenlijk uw standpunt over de denturist? Is dat ondertussen gewijzigd?

Indien u ter zake initiatieven ontplooit, roep ik u op de tandartsenverenigingen bij die initiatieven te betrekken.

Momenteel merken wij dat, los van de discussie om de denturisten al dan niet te erkennen, sommigen illegaal aan het werk zijn. Wat onderneemt u tegen de denturisten, die vaak ongemoeid gelaten worden? Hoe zult u de patiënten behoeden voor een behandeling door een denturist?

Ik heb nog een andere vraag, meer bepaald over de bachelor in de mondzorg. Er was onduidelijkheid op het terrein over de benaming van assistent. Is de kogel al door de kerk?

03.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, de voorzitter heeft daar gisteren ook een vraag over gesteld. Het zijn de zorgdomeinen, die visueel in de bloemblaadjes zitten en de patiënten natuurlijk ook, maar niet de individuele beroepen, want dat zou onoverzichtelijk zijn geweest. In de blaadjes van de zorgdomeinen zitten precies de respectieve titels.

In de tandheelkunde zijn dat uiteraard de tandarts, de mondhygiënist of mondzorgassistent en de denturist.

In elk geval zullen de mondhygiënist en de denturist binnen een kader van taakdelegatie en supervisie door tandartsen werkzaam zijn, zoals momenteel het geval is voor andere paramedische beroepsbeoefenaars en artsen.

Het is duidelijk dat er voor die beroepen nog geen reglementair kader is, noch dat een dergelijk kader in ontwikkeling is en meer belangrijk, dat de opportuniteitstoets voor de invoering van die beroepstitels nog moet gebeuren. Onderzoek is dus inderdaad nodig.

Dit is ook wat mijn kabinetschef heeft verklaard: wij zijn bereid om dat allemaal te onderzoeken. Dat betekent nog niet dat die titels al worden toegevoegd.

De bachelor in de mondzorg is nog niet toegevoegd aan de beroepsgroep van de tandartsen. De opleiding is in de Arteveldehogeschool Gent en het Universitair Centrum Leuven-Limburg gestart. De adviesprocedure in de FOD Volksgezondheid loopt. Het betekent dat een werkgroep van de Federale Raad voor de paramedische beroepen, dezelfde raad die ook het advies over de *psychomotriciens* heeft gegeven, en de Raad van de Tandheelkunde zich daarover moeten uitspreken. Ze zijn dus wel betrokken. Hun advies wordt verwacht tegen juni 2017.

Met betrekking tot uw eerste vraag over de denturisten moet ik ook het advies hebben van de Federale Raad voor de paramedische beroepen. Dat zou er aankomen in maart. Ik beseft dat wij al 15 maart zijn, maar ik heb het nog niet.

De Raad van de Tandheelkunde heeft zijn advies over de denturisten gegeven op 21 november 2016. Dat is al gepubliceerd op de website van de FOD Volksgezondheid.

De representatieve tandartsenverenigingen hebben ook vertegenwoordigers in de Raad van de Tandheelkunde. Zij zijn zeer betrokken bij die adviesprocedures.

De handelingen die de denturisten claimen, naast de gewettigde handelingen van de dentaaltechnicus zoals die beschreven zijn door de FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie, behoren eigenlijk tot het domein van de tandheelkunde, wat op dit ogenblik dus eigenlijk een illegale uitoefening van de tandheelkunde inhoudt.

Dat wordt geregeld in artikel 4 van de WUG. In de hervorming van de WUG en het oude koninklijk besluit nr. 78 wil ik op een generieke manier ingaan op de onwettige uitoefening. Onwettige uitoefening is het onbevoegd en zonder geschikt visum uitoefenen van gezondheidszorg. Het misdrijf "onwettige uitoefening" in de wet van 10 mei 2015 wordt vervangen door een generiek omschreven misdrijf dat van toepassing is ongeacht welk gezondheidsberoep op onwettige wijze wordt uitgeoefend.

De nieuwe bepaling zal gelden, onverminderd de professionele en competentieprofielen die voor elke beroepsgroep van kracht zijn.

Ik beschik niet over cijfers inzake het aantal denturisten dat op dit moment die illegale handelingen verricht. Op dit moment wordt door de geneeskundige commissies geen proactieve aandacht gegeven aan de onwettige uitoefening van de tandheelkunde. Men treedt enkel op bij klachten of incidenten. Dat willen wij omkeren. Wij willen een proactieve rol spelen. Dat heb ik gisteren ook gezegd.

Het is mijn intentie de mondzorghygiënist en mondzorgassistenten prioritair te behandelen binnen de paramedische beroepen. Daartoe moeten onder meer artikel 23 en artikel 46 van de WUG en het koninklijk besluit van 2 juli 2009 tot vaststelling van een lijst van paramedische beroepen aangepast worden.

Hoe het beroep van dat soort assistenten zal heten, welke exacte benaming het zal krijgen, hangt af van de adviezen, die nog moeten binnenkomen.

Wij bekijken dat met open vizier. Tegelijk willen wij er wel zeker van zijn dat zij geen taken uitoefenen waarvoor zij niet opgeleid zijn of die boven hun petje gaan en die eigenlijk behoren tot het vakgebied van de tandartsen.

03.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dank u wel, mevrouw de minister. Het pleziert mij vast te stellen dat u niet over een nacht ijs gaat. Ik ben ook gerustgesteld dat alle betrokkenen, en zeker de tandartsen, uitgebreid gehoord worden. Wij volgen de kwestie verder van nabij.

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

04 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de CTG en Natulan" (nr. 14661)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Natulan" (nr. 16034)

04 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la CRM et le Natulan" (n° 14661)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Natulan" (n° 16034)

04.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, vorige keer gaf u aan dat de CTG het dossier voor de terugbetaling van Natulan nog aan het bekijken was. Ik vroeg mij gewoon af of er al een beslissing bekend is.

04.02 Minister Maggie De Block: Neen, normaal gezien zou de CTG dat dossier al afgerond kunnen hebben, maar zij zijn ook geraadpleegd voor het onderzoeken van alle besparingsmogelijkheden. Daardoor hebben ze jammer genoeg vertraging opgelopen in de geplande activiteiten. Natulan is een van de geneesmiddelen die daaronder vallen.

La présidente: À suivre.

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

05 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de diabetesvriendelijke restaurantgids" (nr. 14667)

05 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance du guide gastronomique pour diabétiques" (n° 14667)

05.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, de mensen van Zucsugids zijn ons komen opzoeken. Zelf vind ik het interessant dat mensen diabetesvriendelijke restaurants kunnen vinden. Die houden bijvoorbeeld rekening met een beperkte tijd tussen de inspuitingen en het brengen van de maaltijd, of zetten van bij het begin reeds brood op tafel. Voor diabetici maken deze ogenschijnlijk onbenullige dingen een wereld van verschil. Het zorgt ervoor dat die mensen ook gewoon op restaurant kunnen gaan.

De bedenkers van het initiatief zouden het een hele steun vinden als die gids door de overheid erkend zou zijn, zodat hij verder uitgebouwd kan worden.

Mijn vraag is of daarvoor de mogelijkheid en de bereidheid bestaan.

05.02 Minister **Maggie De Block**: Ik denk dat het een heel mooi initiatief is. Zo kunnen mensen met diabetes inderdaad ook op restaurant zonder dat dit een negatief effect heeft op hun gezondheid. Er wordt door deze gids ook in de eerste plaats ingezet op opleidingen voor restaurantpersoneel, praktische voorzieningen en meer keuzemogelijkheden, maar ook op informatie-uitwisseling inzake suikers en dan vooral de verborgen suikers in de aangeboden maaltijden.

We hebben die dokter ook ontvangen op het kabinet om precies te weten waarover het ging. We vonden het een zeer mooi initiatief, maar noch de diensten van de FOD Volksgezondheid, noch ikzelf hebben de gewoonte officiële erkenningen te geven aan private initiatieven. We weten dat momenteel heel veel mensen bezig zijn met gezond koken, of koken voor maag- en darmlijders, voor mensen met een glutenintolerantie enzovoort. De private actoren zijn zelf verantwoordelijk voor de informatie-uitwisseling en de eventuele berekening van de suikergehaltes die doorgegeven worden aan de geïnteresseerden. Alle voedings- en gezondheidsbeweringen moeten bovendien in lijn zijn met de toegelaten nutritionele claims, zoals ook bepaald in de Europese verordening ter zake.

Het is ook belangrijk dat dergelijke initiatieven afgetoetst worden bij de deelstaten, die ook een sensibiliserende taak hebben rond evenwichtige voeding, en bij de verenigingen die actief zijn op het vlak van diabetes in België.

Daarnaast kan het interessant zijn om dit initiatief kenbaar te maken via de horecafederaties, zodat zij ook aan bewustmaking kunnen doen bij hun leden omtrent de problemen die klanten met diabetes op restaurant kunnen ondervinden.

Ik denk dat het allemaal lovenswaardige initiatieven zijn, maar voor mij is het een moeilijke zaak. Als ik onder één initiatief mijn schouders zet, moet ik dat voor de andere ook doen. Het is niet mijn taak om reclame te maken voor de boeken van een ander. Kleine activiteiten heb ik wel eens gedaan, zoals een inleiding voor iemand die een boek schreef over gezond koken voor kinderen en hoe obesitas te vermijden. Ik tracht daarin steeds de rede te vinden. In dat geval ging het over een algemene uiteenzetting, maar echt boeken gaan promoten voor individuele mensen kan ik niet doen.

Ik maak er geen geheim van dat ik dit ook een heel mooi initiatief vind.

05.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik denk dat dit op zich al een mooie opsteker is. Ik zal het zo doorgeven.

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

06 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "anticonceptie" (nr. 14670)

06 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la contraception" (n° 14670)

06.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ook over dat thema is er onduidelijkheid. Tijdens een vorige commissievergadering zijn de voorstellen die ter zake op tafel lagen, aan bod gekomen. Het laatste wat ik heb teruggevonden, is uw verklaring dat er effectief een evaluatie van de financiering van contraceptiva zou komen.

Heeft die evaluatie al plaatsgevonden? Heeft ze ook vertraging opgelopen vanwege de budgetbesprekingen?

Wat zijn de bevindingen? Is ook onderzocht of het aantal ongewenste zwangerschappen stijgt? Worden de oorzaken nagegaan?

In dat licht willen wij immers maatregelen treffen. Ik heb zelf geen cijfers over dat thema gevonden.

06.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, het volgende is vers van de pers.

De werkgroep "Financiering van contraceptie voor jongeren" vergaderde op 11 maart 2016, om de gegevens te onderzoeken over de evolutie van het gebruik van verschillende contraceptiva over een periode van twee volledige jaren na de inwerkingtreding van het koninklijk besluit ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen, jonger dan 21 jaar.

De conclusies van de werkgroep werden op 2 mei 2016 aan het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging voorgelegd.

De werkgroep heeft de hiernavolgende vaststellingen gedaan. Er is een stelselmatige daling van het aantal abortussen en bevallingen bij jonge vrouwen die nog geen 21 jaar zijn. Er is een kleine, beperkte daling van de uitgaven voor contraceptiva voor de groep van jonge vrouwen die nog geen 21 jaar zijn. Er is een tendens naar het gebruik van langwerkende contraceptiva, zoals spiraaltjes en implantaten, in plaats van kortwerkende contraceptiva, meestal de pil. Er is een nettostijging van het gebruik van spiraaltjes, die sedert de hervorming van de tegemoetkoming voor jongeren worden terugbetaald. Voordien moesten zij dat zelf betalen, wat duur is. De prijs voor een spiraal is ongeveer 125 euro, en werd niet terugbetaald. Wij merken dus een stijging van het gebruik van het spiraaltje ingevolge de terugbetaling. Er is ook een daling van het gebruik van de pillen van de derde generatie, alsook een stabiel gebruik van de pillen van de eerste en de tweede generatie. Die pillen van de derde generatie lagen onder vuur, omdat zij te zwaar waren en te veel neveneffecten zouden hebben.

De evaluatie van de hervorming van de tegemoetkoming bij contraceptiva voor jongeren is, globaal genomen, positief, zeker op het vlak van de invloed van de hervorming op het gebruik van spiraaltjes, die veilige contraceptiva zijn.

Er werden ook twee concrete voorstellen tot wijziging geformuleerd. Ten eerste, de inschrijving van een specialiteit Depo-Provera op de lijst van contraceptiva voor jongeren. Dat is de prikpil. Ten tweede, een uitbreiding van de tegemoetkoming bij ambulante aflevering via de ziekenhuisapotheker voor langdurige contraceptiva. Dat wil zeggen voor plaatsing tijdens de consultatie in het ziekenhuis. Nu moeten jongeren de prikpil zelf gaan kopen, waarna zij nog eens naar de gynaecoloog terug moeten. Indien de prikpil in het ziekenhuis zelf zou kunnen worden aangekocht en zou worden terugbetaald, zou een en ander in één beweging kunnen gebeuren.

Ik heb gevraagd om beide voorstellen uit te diepen en te evalueren, ook met het oog op de budgettaire impact.

Voor de concrete vraag over het aantal ongewenste zwangerschappen verwijs ik naar de eerste vaststelling, met name een stelselmatige daling van het aantal abortussen en bevallingen bij vrouwen die nog geen 21 jaar zijn. Daarnaast werd ook vastgesteld dat de uitgaven voor de abortuspil, de morning-afterpil, daalden in 2015. Die gegevens gelden alleen voor de gehele bevolking. Wij weten niet hoeveel ervan door jongeren werden genomen. Dat is toch een belangrijke aanwijzing dat er meer preventief aan contraceptie wordt gedacht, terwijl de morning-afterpil altijd na de feiten wordt genomen.

Deze elementen lijken allemaal te wijzen op een daling van het aantal ongewenste zwangerschappen, maar

een specifieke studie die een causaal verband zou kunnen aantonen is er niet. Wij zien dat er een positieve invloed is, maar wat is nu precies de invloed van meer preventie of meer communicatie? Ik denk dat het ene met het andere samengaat. Als er een betere terugbetaling is, wordt er ook meer over gepraat, zijn er meer mogelijkheden, is er een directere toegang. Dat is een goede zaak.

Dit moet nog verder worden onderzocht voor de prikpil, die mogelijk neveneffecten kan hebben. Ik denk dat wij daar niet over een nacht ijs moeten gaan, omdat er nu al heel veel keuze is tussen korte of langdurige contraceptiva die allemaal veilig zijn, wat het belangrijkste is.

06.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt, mevrouw de minister. Het is altijd moeilijk om te zeggen welke campagnes of bijsturingen van maatregelen welke effecten hebben. Het belangrijkste is dat het aantal ongewenste zwangerschappen en abortussen daalt, dat de bescherming met betrekking tot het gebruik van anticonceptiemiddelen stijgt en dat het gebruik van de morning-afterpil daalt. Dat ziet er heel goed uit.

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

07 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een planningscommissie voor verpleegkundigen" (nr. 14675)

07 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une commission de planification pour le personnel infirmier" (n° 14675)

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, recent hebben we in de commissie de toelichting gehad bij de Planningscommissie voor artsen en tandartsen. De vraag is of die oefening eigenlijk ook op het getouw staat voor de andere beroepsgroepen, zoals de verpleegkundigen. U antwoordde op een vraag, bijvoorbeeld, dat er ongeveer 190 000 verpleegkundigen zijn. Dat wordt echter gewoon op basis van het visum geteld. Dat weten we, dat was ook het probleem met het kadaster van de artsen en de tandartsen, dat daarbij de niet-actieve ook werden meegeteld. Ook daar is er dus echt nood aan een dynamisch kadaster. Mijn vraag is gewoon wanneer we dat kunnen verwachten.

07.02 Minister Maggie De Block: De Planningscommissie brengt het actuele zorgaanbod voor artsen en tandartsen in kaart. Een gelijkaardige oefening werd in het verleden reeds volbracht voor de beroepsgroep van verpleegkundigen, namelijk van 2004 tot 2009. De resultaten van deze eerste gegevenskoppeling zijn terug te vinden op de website van de FOD onder de link Overlegorganen gezondheid België – Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt 2004-2009.

Het meerjarenplan 2016-2018 van de Planningscommissie – medisch aanbod voorziet er ook in een gegevenskoppeling te realiseren voor de vroedvrouwen en kinesitherapeuten in 2017. Pas na de gegevenskoppeling kan de analyse van start gaan. Bijkomend wordt ook voorzien in een vernieuwing van de gegevens voor de artsen in 2018. Tegelijkertijd wordt er gewerkt aan een periodieke gegevenskoppeling om die voor alle gezondheidszorgberoepen – artsen, tandartsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten en logopedisten – te bundelen, dit met het oog op de verkorting van deze procedure. Dat is dus ook iets waarmee men nu bezig is, die periodieke gegevenskoppeling.

De jaarstatistieken van 2015 hebben het over 181 121 verpleegkundigen met een visum. Om er een zicht op te krijgen in hoeverre zij actief zijn, moet er effectief een gegevenskoppeling zijn. We weten dat de gegevenskoppeling voor de artsen eigenlijk toch een ander beeld heeft opgeleverd.

De prioriteiten in de planning werden bepaald voor 2016-2018, maar de Planningscommissie heeft de verpleegkundigen daarin niet opgenomen. De prioriteit gaat wat planning betreft naar artsen, tandartsen en daarna vroedvrouwen en kinesitherapeuten.

U weet dat de Planningscommissie een heel andere manier van berekenen heeft. Ze heeft daar veel tijd aan besteed. Daarin zijn veel artsen en disciplines opgenomen. Dat is ook zo bij de verpleegkundigen. Zijzelf hebben ook een prioritaire lijst opgesteld. We zullen dit dus zeker niet vóór 2018 weten.

07.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat is jammer, maar dan moeten we nog geduld uitoefenen tot 2018 voor die oefening.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "EPP" (nr. 14763)

08 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la PPE" (n° 14763)

08.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb de kwestie van de vampierenziekte, EPP, al verschillende keren op tafel gelegd.

Mijn vraag is nu of de aanvraag al is ingediend. Zolang dat niet het geval is, welke andere mogelijkheden zijn er dan? In antwoord op een eerdere vraag verwees u bijvoorbeeld naar het BSF. Patiënten die mij daarover hebben aangesproken, heb ik daarnaar verwezen.

Het probleem met het BSF is dat blijkbaar rekening wordt gehouden met het inkomen, waardoor aan mensen die bijvoorbeeld een eigendom hebben, wordt gezegd dat ze die moeten verkopen. Ik begrijp niet dat het een rol speelt of mensen al dan niet een huis of een hoger inkomen hebben. De behandeling van EPP kost tien- tot twintigduizend euro. Men kan toch niet verwachten dat mensen, die niet hebben gevraagd om EPP te hebben, die behandeling zelf betalen?

Wat het BSF betreft, moet er niet naar de nood worden gekeken in plaats van naar het inkomen?

08.02 Minister **Maggie De Block**: Erythropoëtische protoporfyrie is een metabole erfelijke ziekte die zich kenmerkt door een accumulatie van protoporfyrine in het bloed, erythrocyten in het weefsel en ook cutane manifestaties van fotosensibiliteit. Het begint en wordt zichtbaar tijdens de jeugd, gekenmerkt door cutane verschijnselen van acute pijnlijke lichtgevoeligheid met erytheem en oedeem. De patiënten hebben ook een verhoogd risico op galstenen met episodes van occlusie. Eventueel kunnen zij ook een chronische leverziekte ontwikkelen die kan leiden tot leverfalen.

De behandeling is vooral gebaseerd op preventieve maatregelen ten aanzien van de blootstelling aan licht, reductie van de protoporfyrineniveaus, vermindering van erythropoëse door transfusie of door toediening van colestyramine, een galchelator, en het voorkomen van leverziekten die tot leverfalen kunnen leiden. Leverziekte is het belangrijkste risico van deze ziekte. Voor de ernstige gevallen met leverbeschadiging is een levertransplantatie nodig. Een stamceltransplantatie kan soms ook geïndiceerd worden. Het is dus een chronische ziekte en de prognose is afhankelijk van de ontwikkeling van een leverziekte. De lichtgevoeligheid heeft ook een weerslag op de kwaliteit van het leven van de patiënten.

U refereert in uw vraag aan een in Nederland beschikbare behandeling. Mijn diensten hebben niet kunnen vinden welke behandeling u bedoelt. Alle nodige behandelingen die hun wetenschappelijke waarde en doeltreffendheid hebben bewezen, zijn wel in België beschikbaar en terugbetaald, inbegrepen de colestyramine Questran die in geval van hypercholesterolemie terugbetaald is, behalve het betacaroteen dat als bescherming tegen de zon oraal voorgeschreven wordt. De lichtgevoelige patiënten kunnen inderdaad in het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds voor betacaroteen een tegemoetkoming krijgen.

Op dit moment is er geen enkele terugbetalingsprocedure lopende bij de CTG. Er is dus met andere woorden geen initiatief genomen door een of andere firma, want een procedure bij de CTG kan enkel lopen als er een aanvraag is.

Om een intentionele behandeling met hospitalisatie ergens in Europa te laten uitvoeren: via de mutualiteiten kan het document S2 worden aangevraagd. Zo worden ze als inwoner van dat land beschouwd en dus terugbetaald. Als de terugbetaling in België hoger zou liggen, kunnen ze het verschil aan het ziekenfonds vragen en krijgen. Als de aanvraag een niet in België terugbetaalde behandeling betreft, mag de adviserend geneesheer geen S2 afleveren. Voor een ambulante behandeling is de S2 niet nodig, maar de patiënt zal dan ook eerst de behandeling zelf moeten betalen en pas na terugkomst in België de terugbetaling aan zijn ziekenfonds kunnen vragen. Hij zal ook een terugbetaling krijgen, enkel en alleen voor de in België terugbetaalde verstrekkingen.

Artikel 25sexies van de gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994 over in het buitenland afgeleverde verzorging, voorziet in de tegemoetkoming van het Bijzonder Solidariteitsfonds voor niet in België terugbetaalde behandelingen. Als de

patiënt aan de criteria van dit artikel beantwoordt, zal hij nog voor zijn vertrek het akkoord hebben gekregen van het College van geneesheren-directeuren dat over deze aanvragen beslist en kan hij een tegemoetkoming ontvangen voor de medische kosten, reis- en verblijfkosten, en eventueel ook voor de kosten van de verzorgende persoon, als dit medisch verantwoord kan worden.

Het College van geneesheren-directeuren beschikt over een discretionaire bevoegdheid om de hoogte van de vergoeding vast te stellen, binnen een beperkt budget, maar het berekent de vergoeding op een identieke manier voor iedereen voor een zelfde verstrekking, ongeacht het inkomen. Het is dus niet afhankelijk van het inkomen. Het wordt voor iedereen op dezelfde manier berekend. Maar men tracht wel een zekere stroomlijning te vinden.

08.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik had het over de behandeling met het implantaat, waarover ik al eerder vragen heb gesteld. Het betreft Scenesse van de firma Clinuvel. Ik begrijp dat de aanvraag nog niet loopt. Dat is natuurlijk de verantwoordelijkheid van de firma om dat te doen. Ik zal ze zeker aansporen stappen te ondernemen.

Wat uw antwoord betreft, dat het niet inkomensafhankelijk is, ik zal de mensen zeker aanraden de documenten over te maken, want in het antwoord op hun aanvraag staat zwart op wit dat deze is afgewezen wegens hun inkomen. Ik zal dit zeker doorgeven.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la couverture et la publicité des vaccins contre la grippe" (n° 14920)

09 Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal beschikbare griepvaccins en de communicatie hierover" (nr. 14920)

09.01 Kattrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai introduit cette question il y a déjà quelques mois, début octobre 2016, vraiment au début de la campagne. Nous ferons en sorte de faire un petit bilan. J'adapterai mes questions.

La campagne de vaccination de la grippe a officiellement commencé le 10 octobre 2016. La grippe, bien que banalisée dans les pays d'Europe, reste dangereuse pour une partie de la population. En effet, certaines personnes plus fragiles risquent des complications pouvant dans certains cas mener au décès. En 2013, une enquête révèle que 44 % de cette population fragilisée a été vaccinée. Concrètement, le vaccin, administré par simple injection sous-cutanée, agit en deux ou trois semaines. Un débat existe sur le choix à opérer entre vaccins quadrivalents et vaccins trivalents. Bien que ce débat n'ait pas encore été tranché, la Belgique a commandé pour cette année un vaccin quadrivalent pour trois vaccins trivalents.

Afin de favoriser la bonne compréhension de ce qu'est la grippe et de ce que sont ses effets, et afin de sensibiliser les personnes fragilisées, il est important de développer une communication adéquate sur l'ensemble du territoire. Or, il semble que la communication soit restée assez discrète. Je rappelle que je parlais du début de la campagne. De plus, certains experts affirment que le nombre de vaccins est insuffisant pour l'ensemble du territoire et ce, malgré une commande estimée à 3 millions de doses.

Madame la ministre, nous pourrions faire le bilan. Quels sont les moyens de communication mis en œuvre pour favoriser la campagne pour la vaccination? Les personnes fragilisées sont-elles particulièrement ciblées par cette communication? Comment optimiser la couverture du vaccin pour l'ensemble du pays? Quel pourcentage de la population fragilisée n'est-il pas couvert? Sur quels critères a-t-il été décidé de commander un vaccin quadrivalent pour trois vaccins trivalents?

09.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Jadin, aujourd'hui, on vient d'annoncer que la grippe est en baisse.

La communication dans le cadre de la campagne de vaccination relève principalement des compétences des Communautés. Par contre, chaque année, le Conseil supérieur de la Santé, organe consultatif scientifique du Service public fédéral Santé publique, détermine les groupes à risque pour la grippe et formule les recommandations relatives au vaccin. Vous trouverez cet avis sur le site web du Conseil supérieur de la Santé.

En 2013, 44 % de la population à risque âgée de plus de quinze ans avait déclaré être vaccinée contre la grippe lors de la précédente enquête de santé nationale. Ce pourcentage est le plus faible dans les catégories d'âge inférieures: 11 % pour l'ensemble des personnes âgées de 15 à 49 ans et 20 % dans le groupe de 15 à 49 ans à haut risque. Ce pourcentage augmente systématiquement dans les catégories d'âge supérieures, allant jusqu'à 68 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Les autorités fédérales elles-mêmes ne commandent pas les vaccins mais prévoient bien un remboursement par l'INAMI des vaccins tant trivalents que quadrivalents. Les vaccins sont achetés par les pharmaciens.

En principe, le médecin traitant détermine quel type de vaccin le patient recevra (trivalent ou quadrivalent). En ce qui le concerne, il doit quand même tenir compte de la recommandation formulée par le Conseil supérieur de la Santé, qui souligne l'importance pour la santé publique de promouvoir le vaccin contre la grippe et ce, quels que soient les avantages spécifiques ou potentiels du type de vaccin choisi. Dans tous les cas, le vaccin quadrivalent, qui est enregistré pour toute personne de plus de trois ans, semble le plus adéquat pour les femmes enceintes et les enfants âgés de plus de trois ans et courant un risque. Selon moi, cette situation est temporaire. Nous avons connu, durant ces dernières années, des vaccins trivalents et quadrivalents. Mais nous allons évoluer vers un vaccin plus efficace, qui se développe déjà.

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

10 **Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de negatieve lissage" (nr. 14979)**

10 **Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lissage négatif" (n° 14979)**

10.01 **Valerie Van Peel (N-VA):** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dit is een deelvraag in het grotere debat dat vandaag natuurlijk nog steeds woedt. Een deel van het compromis dat wij overeengekomen zijn bij het aantreden van deze regering, is om ook het overtal aan artsen in de Franse Gemeenschap te laten afbetalen. Het is natuurlijk de vraag hoe groot dat overtal is. Daar zijn al verscheidene cijfers over geweest. Ook de Planningscommissie heeft een oefening gemaakt waarbij, wat mij betreft terecht, rekening wordt gehouden met het aantal buitenlandse studenten. Men kan niet ontkennen dat daar een instroom van is, al zal deze natuurlijk bij een ingangsexamen een pak lager liggen.

De vraag is of de berekening zoals die nu gemaakt wordt wel correct is. Men dient zich namelijk af te vragen of al die buitenlandse studenten achteraf wel degelijk terug naar het buitenland zullen gaan. Indien zij hier aan de slag blijven, moet dit uiteraard worden meegenomen in de quota. In dat geval maken zij natuurlijk ook deel uit van het opvullen van de nood aan artsen, die vandaag bestaat. Ik vraag mij daarom af of er geen andere manieren bestaan. U hebt in een interview eens gezegd dat er, wat de afbetaling betreft, sprake zou zijn van bijna een halvering in Wallonië. In Vlaanderen zou er zelfs een tekort aan vierhonderd artsen bestaan.

Zou het niet beter zijn als wij op een of andere manier de link leggen met aangetoonde werkzaamheden of activering? Op deze manier kunnen wij nagaan of iemand terug naar het buitenland gaat. Wij kunnen hen vragen de nummers af te staan indien er een praktijk wordt gestart in het buitenland. Zo kunnen wij de cijfers laten meetellen voor de toekomstige uitkomst. In dat geval komen wij tot een correcte analyse. Nu heb ik echter het gevoel dat dit, door de manier waarop de cijfers berekend zijn, ergens ook een kwijschelding is voor het overtal dat in het verleden is opgebouwd. Het is echter niet voldoende onderbouwd om zomaar aan te nemen als correct. Vandaar dus mijn vraag.

Welke factoren worden in rekening gebracht betreffende studenten die hier blijven, en op welke manier wil u daar rekening mee houden?

10.02 **Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Peel, ik heb de Planningscommissie verzocht een berekeningsmethode uit te werken betreffende de berekeningsmethodologie voor het aantal artsen dat een stageplan mag aanvatten, ook rekening houdend met de artsen die niet actief zijn bij het RIZIV. Er zal een meer dan gestoffeerd advies worden afgeleverd, maar ik wacht dit advies af alvorens mij uit te spreken over de voorwaarden of modaliteiten voor het in rekening brengen van de opgebouwde

overschotten of tekorten.

Hoe meer men met verschillende parameters rekening houdt, hoe meer men de cijfers ziet variëren. Ze blijven ook variëren, want elk jaar kan een andere cohorte beginnen en is er ook een die vertrekt, al dan niet gedeeltelijk. Het is wel zo dat de tendens dezelfde blijft. In het verleden werden te veel artsen opgeleid in Wallonië. Daarnaast is er ook de vaststelling dat men in Vlaanderen niet genoeg artsen heeft opgeleid. Niet dat dit zo gewild was, maar men heeft toen de quota op een heel andere manier berekend, waarbij juist genoeg artsen de opleiding mochten starten. Achteraf bleek dit aantal onvoldoende.

Ik meen dat men heel terecht nog preciezer berekeningsmethodes, met nog meer variabelen, tracht uit te werken, zodat zo precies mogelijk het getal kan worden bepaald op basis waarvan de negatieve *lissage* zal plaatsvinden. We moeten ook rekening houden met het feit dat de filter van de heer Marcourt, die ook in de voorwaarden zat, toch wel zeer lang op zich heeft laten wachten en pas vorige woensdag werd goedgekeurd. Ondertussen zijn er nog steeds overtallen. Er was een akkoord van december 2014. Die overtallen zullen ook moeten worden meegerekend.

De cijfers zijn dan ook nog constant in evolutie. Ik reken erop dat de Planningscommissie aangeeft wie actief is en wanneer. Is men actief na de basisopleiding of na de specialisatie? Er is trouwens sprake van een hele va-et-vient, niet alleen van mensen uit het buitenland naar hier, maar ook van onze mensen naar het buitenland. Dat wisselt elk jaar.

10.03 **Valerie Van Peel** (N-VA): Mevrouw de minister, ik begrijp dat u voorzichtig bent in uw antwoord. Ik juich dat op zich ook toe, want ik wil hoofdzakelijk dat de regering eruit komt. Het is dan soms beter om inderdaad de adviezen af te wachten.

Dat er met bepaalde parameters, zoals buitenlandse artsen en hun activering of werkzaamheden, rekening wordt gehouden, is op zich een goede zaak. Zoals u echter weet uit de vorige discussies, is de Planningscommissie voor mij geen god. Nadat ik alles wat duidelijker bekeek, stel ik mij nog steeds grote vragen bij de parameters die zij bij een vorige oefening hadden gekozen. Ik hoop dus in elk geval dat hun nieuwe oefening beter is en dat er een correctere keuze werd gemaakt in de gebruikte parameters.

Wordt vervolgd. Ik hoop dat ik deze woorden ooit niet meer zal moeten zeggen wat dit dossier betreft.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 **Question de Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les terrains artificiels cancérogènes" (n° 15158)**

11 **Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de carcinogeniteit van kunstgrasvelden" (nr. 15158)**

11.01 **Katrin Jadin** (MR): Madame la ministre, il s'agit d'un débat qui est vécu de façon intense selon la région dans laquelle on se trouve. Il me semble donc important de faire le point avec vous.

Plusieurs pays s'inquiètent des cancers détectés auprès des personnes jouant sur des terrains synthétiques, composés de billes de remplissage. Leur composition serait cancérogène. Même si l'étude de l'Agence européenne des produits chimiques (ECHA) a dévoilé ses conclusions en février dernier, les chiffres sont préoccupants.

En effet, des centaines de personnes atteintes du cancer voient un lien de cause à effet entre leur cancer et leur pratique d'un sport sur des pelouses artificielles - au nombre de 130 en Wallonie. Bien que la lumière ne soit pas encore faite, il importe d'appliquer le principe de précaution. En effet, madame la ministre, nul besoin de rappeler que ce sont des personnes de tout âge qui utilisent ces terrains.

Madame la ministre, mes questions à ce sujet sont les suivantes. Quelle est l'ampleur du problème en Belgique? Dans le cas où la dangerosité de ces terrains serait confirmée, vous serait-il possible d'estimer le nombre de personnes touchées? Envisagez-vous de prendre des mesures préventives en attendant le rapport de l'ECHA? Enfin, dans le cas où l'étude confirmerait la toxicité de ces terrains, quelles leçons en tirer?

Ma question a été déposée voici un petit moment. Selon la presse, un premier rapport confirmerait l'innocuité de ces pelouses ou, du moins, l'absence de lien de cause à effet entre celles-ci et certains cancers.

Je vous remercie, madame la ministre, pour vos réponses.

11.02 Maggie De Block, ministre: Madame Jadin, suite à une étude publiée aux États-Unis qui indiquait un risque de cancer chez les enfants, les médias ont largement rapporté la préoccupation au sujet de l'utilisation sur les terrains de sport des granules en caoutchouc provenant de pneus recyclés, en particulier si les substances HAP (hydrocarbures aromatiques polycycliques), contenues dans ces pneus recyclés posaient un risque pour la santé.

Les substances HAP sont réglementées dans le Règlement européen REACH sous l'annexe 17 avec deux seuils de concentration différents, pour les articles consommateurs, d'une part, et pour les mélanges, d'autre part. Les granules en caoutchouc tombent sous les articles "mélanges".

Une étude menée aux Pays-Bas par le Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) a été publiée le 20 décembre 2016. La conclusion de cette étude n'indique pas de risque significatif pour l'utilisation des terrains de sport contenant ces granules. L'étude repose sur une étude de la littérature scientifique existante et sur les tests de 600 échantillons prélevés sur 100 terrains.

Les résultats des tests effectués par les Pays-Bas indiquent donc des concentrations largement en dessous de la norme obligatoire s'appliquant aux mélanges. Les résultats des tests effectués par la Belgique d'échantillons prélevés auprès des installateurs de terrains sont comparables pour les HAP. Nos analyses et celles des Pays-Bas ne permettent pas d'identifier des risques pour la santé. Il ne me semble donc pas urgent de prendre une mesure nationale. Mes services suivront bien entendu de près les résultats d'études scientifiques supplémentaires en cours, entre autres aux Pays-Bas.

Il reste les normes harmonisées au niveau européen. Même si aucun risque n'a été formellement identifié par le RIVM pour l'usage des terrains, il est recommandé un alignement de la réglementation des granules en caoutchouc avec les seuils maximum autorisés pour les articles plutôt que de se baser sur les seuils applicables aux mélanges.

Il faut noter que certains échantillons de granules en caoutchouc testés aux Pays-Bas répondent déjà à la norme pour les articles.

Les conclusions de l'étude européenne de l'ECHA ont été publiées le 28 février et sont en ligne avec celles des Pays-Bas. Elles se basent sur un large échantillonnage prélevé dans plusieurs États membres. Une possible initiative de la Commission européenne dans le cadre de l'annexe 17 de REACH pourrait en découler, et particulièrement l'alignement de la réglementation des granules en caoutchouc sur les seuils maximum autorisés pour les articles. Ils sont en vigueur depuis décembre 2015 et sont nettement plus contraignants.

En outre, le service compétent au sein du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement suivra aussi attentivement les dossiers de substances dangereuses potentiellement présentes dans des articles recyclés, en particulier pour les articles destinés aux consommateurs. Le SPF suivra également la sensibilisation des autorités concernées par cette thématique.

Je pense que cette histoire n'est pas finie. De toute façon, il n'y a pas de danger immédiat mais c'est évidemment pour éviter un risque éventuel que le seuil doit être aussi bas que possible dans la production et dans le recyclage.

11.03 Kattrin Jadin (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse très détaillée. Le sujet est important et sensibilise beaucoup la population et les médias. En menant à la fois les études nécessaires, en nous référant aussi à des études existantes et en renforçant certaines réglementations ou en les harmonisant au niveau européen, nous allons dans la bonne direction. Je répercuterai les informations que vous m'avez données.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conséquences des préjugés sur les porteurs du sida" (n° 15183)

12 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van vooroordelen over aidsdragers" (nr. 15183)

12.01 **Katrin Jadin** (MR): C'est ma journée santé, madame la présidente!

Madame la ministre, le sida reste une des maladies graves de notre siècle, au sujet de laquelle les préjugés ont la vie dure; les discriminations persistent. Une enquête révèle que des discriminations existent dans le domaine de l'emploi, mais aussi dans la vie quotidienne, dans la recherche d'un logement, dans les soins de santé, et dans la vie affective ou scolaire. Certains se sont vus rejetés au travail ou lors de prestations de soins de santé.

Compte tenu des avancées médicales en la matière, de telles discriminations sont évidemment intolérables. En effet, les progrès des traitements médicaux permettent de partager sa vie avec une personne séropositive sans risquer d'être affecté. Même si la personne reste séropositive, le risque de transmission est, selon l'analyse et les préceptes transmis par le corps médical, presque inexistant.

Mes questions à ce sujet sont à la fois très simples et très importantes. Madame la ministre, quelle communication est-elle mise en place en Belgique, et plus particulièrement dans le milieu professionnel, pour informer les travailleurs sur le virus HIV? Une personne victime de discrimination a-t-elle la possibilité de porter plainte? Quels sont les cas de transmission les plus fréquents? Des sanctions sont-elles prévues pour les membres du personnel médical qui traiteraient les porteurs du virus différemment des autres patients?

Cette question date du mois de novembre 2016 et se rattachait à une actualité plus importante.

12.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, chère collègue, même si la question date de novembre dernier, elle reste d'actualité.

La communication envers les professionnels pour les informer sur le virus du sida relève avant tout de la politique de prévention, voire de l'enseignement, qui sont des domaines de compétence des Communautés et Régions.

Quant aux possibilités pour une victime de discrimination de porter plainte, je rappelle tout d'abord que la loi relative aux droits du patient prévoit en son article 5 que "le patient a droit de la part de son praticien professionnel à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'aucune distinction d'aucune sorte ne soit faite".

Si un patient estime qu'il a été victime de discrimination et que le droit à la qualité des soins tel que prévu à l'article 5 de la loi relative aux droits du patient n'a donc pas été respecté, il a la possibilité de déposer plainte auprès du service de médiation tel que prévu dans la loi relative aux droits du patient et dans ses arrêtés royaux. Le médiateur sert d'intermédiaire entre le patient et le praticien professionnel de la santé en vue de favoriser ou de faciliter la communication entre ces derniers et d'aider lesdites parties à trouver une solution au regard de la demande formulée par le patient. Le médiateur de la loi relative aux droits du patient a aussi pour mission de formuler des recommandations, notamment auprès de la direction de l'institution dans laquelle il travaille, afin que des manquements susceptibles de donner lieu à une plainte ne se reproduisent plus.

Le patient pourrait aussi déposer plainte auprès du conseil provincial de l'Ordre des médecins compétent au regard du Code de déontologie médicale, voire auprès d'un tribunal en sollicitant des dommages et intérêts pour le préjudice subi.

En plus d'un tel avertissement de l'employeur du praticien qui traite les porteurs du virus différemment des autres patients et/ou d'une sanction plus lourde, telle un licenciement, si les faits sont graves, le praticien en cause pourrait, le cas échéant se voir infliger une peine disciplinaire via le conseil provincial de l'Ordre des médecins compétent.

Un tribunal pourrait aussi le condamner à payer des dommages et intérêts pour le préjudice subi par le

patient en raison de la discrimination.

Enfin, en ce qui concerne les cas de transmission les plus fréquents, la surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH et du sida existe depuis 1985 et repose sur l'enregistrement de nouveaux diagnostics de VIH et de nouveaux cas de sida par l'Institut scientifique de Santé publique. Le rapport le plus récent de l'ISP date de novembre 2016 et porte sur l'année 2015. Vous pourrez le trouver sur le site de l'Institut.

Les hommes entretenant des relations sexuelles avec d'autres hommes constituent le groupe à risque le plus touché par l'épidémie. Les diagnostics les concernant représentent actuellement 50 % des nouvelles infections enregistrées pour lesquelles le mode de contamination est connu. Les diagnostics d'infection contractée lors des rapports hétérosexuels représentent 45 % de nouvelles infections pour lesquelles le mode de contamination est connu. Il reste 5 %, constitués par des individus dont on ignore comment ils ont été infectés. Selon moi, c'est quand même beaucoup.

Nous avons abordé l'enregistrement lorsque nous avons parlé des dons de sang par des homosexuels et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

12.03 Katrin Jadin (MR): Nous en avons discuté, en effet. Je m'en souviens amplement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Madame Jadin, vous aviez une question sur le burn out, jointe à une autre de Mme Willaert. Celle-ci m'a indiqué que Mme la ministre y avait répondu en commission des Affaires sociales la semaine dernière. C'est la raison pour laquelle elle n'est pas là.

12.04 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, je vais aider la commission en transformant ma question en question écrite. C'est mieux, n'est-ce pas?

12.05 Maggie De Block, ministre: Surtout que ma réponse était fort longue.

12.06 Katrin Jadin (MR): Il y a beaucoup de choses à dire, en effet.

12.07 Maggie De Block, ministre: Nous avons bien indiqué les chiffres de 2010 à 2015 dans les tableaux.

12.08 Katrin Jadin (MR): Je lirai votre réponse avec plaisir.

La **présidente**: Les questions n° 15186 de Mme Katrin Jadin et n° 16866 de Mme Evita Willaert sont transformées en questions écrites.

13 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wachtlijsten in de thuiszorg" (nr. 15261)

13 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les listes d'attente dans les soins infirmiers à domicile" (n° 15261)

13.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik stel deze vraag naar aanleiding van een uitzending van De Zevende Dag, waarin een Parlements lid van Groen beweerde dat er wachtlijsten zijn in de thuiszorg.

Ik weet dat de thuiszorg sinds de zesde staatshervorming georganiseerd wordt op het niveau van de deelstaten. De honoraria vallen echter nog onder uw bevoegdheid.

Daarom stel ik u deze vraag. Zelf heb ik op het terrein nog nooit gehoord van wachtlijsten in de thuiszorg. Hebt u daar al wel van gehoord?

13.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, ik kijk niet naar De Zevende Dag. Ik ben dan meestal zelf op een of andere zender te zien en weet dus niet over wie het gaat.

Hoe dan ook, wij hebben gezocht, maar geen gegevens noch signalen gevonden in dat verband. Wij hebben

ons nochtans goed geïnformeerd. Voor zover ik weet, is er, gelukkig, geen sprake van een wachttijd voor thuisverpleging. Waar het Parlementslid van Groen haar of zijn informatie heeft gehaald, weet ik niet. Het was misschien een lapsus, ik weet het niet.

(...): (...)

13.03 Minister **Maggie De Block**: Het antwoord is kort en goed: ook wij hebben geen wachtlijsten gevonden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Mevrouw Van Camp, ik geef u het woord voor uw vraag over "de lagere kost van de geneesmiddelen". (nr. 15262)

13.04 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik wil deze vraag gerust omzetten in een schriftelijke vraag. Ik vermoed immers dat het antwoord ook daar heel lang en technisch is. U mag mij dat antwoord digitaal bezorgen, zodat we de zaken hier vooruit kunnen laten gaan.

13.05 Minister **Maggie De Block**: Wij hebben er bovendien een aantal tabellen bijgevoegd, waarop u ziet hoe de patiëntenfactuur per jaar daalt naargelang de maatregelen die al werden genomen in het kader van ofwel de uitvoering van het pact met de farmaceutische industrie, ofwel van diverse beslissingen die tijdens begrotingen werden genomen.

La **présidente**: Comme cela a été dit hier ou avant-hier, le cabinet enverra les réponses au secrétariat de la commission qui les communiquera aux membres de la commission ainsi qu'aux auteurs si ces derniers ne font pas partie de la commission de la Santé.

14 Questions jointes de

- **M. David Clarinval à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la proposition de loi visant à mettre sur pied un point de contact pour dénoncer les certificats de complaisance" (n° 15268)**

- **Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contrôle et la sanction des médecins" (n° 15377)**

14 Samengevoegde vragen van

- **de heer David Clarinval aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het wetsvoorstel tot invoering van een meldpunt waar onterecht afgegeven doktersattesten kunnen worden gemeld" (nr. 15268)**

- **mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het controleren en sanctioneren van artsen" (nr. 15377)**

14.01 **David Clarinval** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, dans la revue du mois d'août 2016 du syndicat neutre des indépendants (SNI), j'ai eu l'occasion de lire un article dans lequel le SNI estimait que la proposition de la N-VA visant à mettre sur pied un point de contact pour dénoncer les médecins qui délivrent abusivement des certificats était une bonne idée. Le SNI va même plus loin en indiquant que les faux malades, couverts par un faux certificat, devraient également être sanctionnés.

Madame la ministre, nous avons déjà parlé de cela en commission des Affaires sociales. Je vous ai d'ailleurs cité des exemples à l'époque. Je suis employeur et j'ai déjà eu plusieurs personnes qui, à certains moments, ont eu des certificats. Il y a notamment eu un certificat comme quoi la voirie n'était pas bien dégagée pour les neiges. Il s'agissait d'un certificat médical. J'en ai eu un autre pour un footballeur qui, le jour même, était en train de courir sur un terrain de football.

Même si la grande majorité des médecins ne délivrent pas de certificats sans raison, certains d'entre eux, malheureusement, délivrent plus facilement des certificats médicaux de complaisance. Pour de nombreux employeurs, cette pratique est problématique.

Je ne connais pas la proposition de la N-VA, mais je pense qu'en tout cas, elle a le mérite d'attirer l'attention sur une problématique réelle. J'aimerais donc connaître votre avis par rapport à cette idée et surtout savoir comment, dans la pratique, on pourrait mettre en œuvre une telle proposition.

J'ajouterais que, dans le cas du médecin qui avait fait un certificat médical qui empêchait le travailleur de

venir sur place parce que la route n'était pas bien déneigée, j'avais dénoncé les faits à l'Ordre des médecins. Je ne pense pas que l'état des routes soit en effet une raison médicale pour ne pas travailler. Mais je n'ai jamais eu de suites à ma dénonciation alors que, dans ce cas, il est évident qu'il y a une infraction.

En rebondissant sur la proposition de la N-VA, je crois, madame la ministre, qu'il y a matière à agir sur cette problématique.

14.02 **Valerie Van Peel** (N-VA): Waren alle collega's maar zo, dat is fijn, steun voor initiatieven.

Het is niet zo dat wij hierover een wetsvoorstel hebben klaarliggen, mevrouw de minister, maar het klopt wel dat wij dat ook als aandachtspunt zagen in de resolutie die wij hebben ingediend. Zoals mijn collega net al zei, zijn er tal van voorbeelden. Men hoeft er geen werkgever voor te zijn. Als OCMW-voorzitster heb ik onlangs in een dossier een briefje gekregen van een arts die iemand voor een jaar tijd ziekteverlof gaf met retroactieve inbreng. Die man kwam dus met een briefje voor het volledige afgelopen jaar. Die zaken kunnen natuurlijk gewoon niet meer. Men ziet altijd dezelfde namen terugkomen, dus het gaat echt over rotte appels. Het gaat niet over het artsenkorps an sich, maar dat maakt het des te schrijnender, want het bezoedelt natuurlijk wel een heel korps. Spijtig genoeg gaat er per stad en gemeente heel snel rond waar men terecht moet.

Ik heb u daarover eerder al vragen gesteld. U hebt zich daarvoor toen trouwens meteen geëngageerd. U zei dat er vandaag heel weinig rond bestaat. Er is de Orde van artsen, maar die heeft niet zoveel in handen en maakt er, volgens mij, toch ook geen prioriteit van om dat echt aan te pakken.

Ik heb nu een vraag opgesteld, omdat de geneeskundige commissie bij een zeer extreem en schrijnend geval van een arts die om heel veel redenen niet meer in staat blijkt te zijn om zijn beroep uit te oefenen en die er echt een sport van maakte om massaal valse ziekteattesten uit te schrijven, toch eens een procedure is gestart. Die werd echter nietig verklaard door de Raad van State. Voor de weinige keren dat men probeert om een arts hierop aan te spreken, blijkt het al niet te lukken. Ik vrees dat de cijfers van het aantal artsen die wel de gevolgen moeten dragen, dicht bij nul zitten.

Daarom heb ik enkele vragen, mevrouw de minister.

Wat zijn uw plannen ter zake? Misschien mag u niet echt ten gronde iets zeggen over deze zaak. In het kader van de hervorming van het KB nr. 78 sprak u ook over een soort toezichtskamer die onder de kwaliteitsraad zou komen. Als ik het goed heb begrepen, zou het misschien wel mogelijk zijn om die problematiek daar als een absoluut aandachtspunt te behandelen. U weet dat ik er voorstander van ben om de adviserend geneesheren daarin een rol te laten spelen en hen ergens anders onder te brengen, omdat de aansturing anders een zeer moeilijke zaak zal zijn.

14.03 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, chers collègues, lors de la grève des gardiens de prison, fin juin 2016, j'ai pu constater que des médecins délivraient des certificats de complaisance. J'ai alors demandé au Medex d'effectuer des contrôles d'absentéisme supplémentaires chez les gardiens. Ces contrôles ont immédiatement porté leurs fruits.

Je tiens à préciser que je suis tout à fait convaincue que la grande majorité des médecins travaillent de manière consciencieuse et qu'ils ne délivrent des certificats de maladie que si c'est nécessaire. Mais je suis également convaincue qu'une minorité de médecins se rendent coupables de pratiques illicites. C'est précisément cette minorité que je vise.

Je compte résoudre ce problème en établissant des profils permettant d'identifier les *outliers* et de leur faire assumer leurs responsabilités. Cette responsabilisation des médecins traitants fait partie des propositions relatives à la responsabilisation que j'ai transmises au kern. Ces propositions sont encore en cours de délibération au sein de ce dernier.

Zoals we nu de profielen trekken van de geneesmiddelenvoorschriften, gaan we dat doen voor diegenen die langdurige arbeidsongeschiktheid voorschrijven. Zoals u weet, moest er vroeger enkel een begindatum staan op het voorschrift van langdurige arbeidsongeschiktheid. Nu moet er ook een einddatum op vermeld worden. Het moet bovendien aaneensluitend zijn.

We kunnen het nu ook echt doen, en zo de buitenbeetjes wat voorschrijfgedrag betreft eruit halen. Ik weet

dat er lijsten circuleerden van bij wie men terecht kon om een briefje te krijgen. Er leek wel een plotse plaag van Egypte te zijn neergedaald over de penitentiaire beambten, waardoor ze allen tegelijkertijd zozegd ziek waren geworden.

Personnellement, je ne suis pas favorable à la création d'un point de contact pour dénoncer les certificats de complaisance car cela me fait penser aux méthodes de dénonciation du temps des dictatures. De plus, de tels points de contact ne font qu'amplifier la méfiance au sein de la société. Il est impossible de fonder une société viable sur un sentiment de méfiance global.

Wat een getuigschrift met terugwerkende kracht betreft, dat is nooit geldig, zelfs niet als het gaat over één dag terugwerkende kracht. U kan als voorzitter gemakkelijk optreden.

14.04 Valerie Van Peel (N-VA): Ik kan niet tegen de arts optreden, en dat vind ik even schrijnend.

14.05 Minister Maggie De Block: Het gaat hier om een arts die eigenlijk een strafrechtelijk feit, valsheid in geschrifte, begaat. Er is dus een naam en een sanctie voor. U kan als OCMW-voorzitter een klacht indienen tegen die arts. Misschien maakt u zich dan niet geliefd in uw streek, maar u kan het wel doen.

Ik heb ooit tegen patiënten die mijn arbeidsongeschiktheidsattesten hadden vervalst, door twee dagen om te zetten naar vier maanden, een klacht moeten indienen om mij juridisch in te dekken. Daar was ook sprake van valsheid in geschrifte, maar dan vanwege een patiënt die zeer ingenieus was geweest. Dankzij het onderzoek bleek dat deze patiënt dit al eerder had gedaan bij andere voorschriften van andere artsen. Sommige mensen zijn zeer inventief.

Actuellement, la seule sanction prévue pour un travailleur ayant reçu un certificat de complaisance réside dans le fait qu'il risque de ne pas toucher de salaire garanti, conformément à l'article 31 de la loi du 3 juillet relative au contrat de travail.

Par conséquent, la question de savoir s'il faut prévoir d'autres sanctions et lesquelles, doit être posée à mon collègue le ministre de l'Emploi.

Enfin, je tiens à préciser que le renforcement des contrôles et des sanctions n'est pas le seul moyen de faire baisser le taux d'absentéisme. Une organisation ou un service qui est confronté à un taux d'absentéisme élevé devrait aussi s'interroger sur les causes sous-jacentes de l'absentéisme. En général, un taux d'absentéisme élevé est un signal qu'il y a l'un ou l'autre problème fondamental au sein de l'organisation ou du service en question.

Mevrouw Van Peel, u heeft een bijzondere vraag gesteld over een arts in wiens geval ook een gerechtelijke beslissing getroffen is. Over deze individuele zaak kan en mag ik me niet uitspreken. Het is een geval dat u aangehaald heeft om aan te tonen hoe weinig middelen er zijn.

Ik kan u wel verzekeren dat mijn administratie, zowel op het niveau van de FOD Volksgezondheid als van het RIZIV, het zeer belangrijk vindt dat frauduleus of crimineel gedrag door beroepsbeoefenaars ook vervolgd wordt, zeker als het gaat om georganiseerd gedrag. Overigens zullen actiemiddelen om tussen te komen ook besproken worden in het kader van de herziening van het KB nr. 78. Ook daar zullen we meer actiemiddelen kunnen hebben wanneer een beroepsbeoefenaar in gebreke is gebleven.

Dat zit zowel in de kaderwet voor de herziening van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, maar ook in het andere luik, in het kader van het ontwerp van wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkuitvoering van de gezondheidszorg. We hebben immers inderdaad geconcludeerd dat er te weinig methodes zijn en dat het ook veel te lang duurt. Het geval dat u beschrijft, bewijst dat. Er zal dus veel eerder opgetreden worden tegen mensen die een loopje nemen met de wet bij hun voorschriften.

Ik herhaal nogmaals dat wie het correct doet, niets te vrezen heeft. Wie er een soort promotieartikel van maakt, en zijn maatschappelijke taak verwaarloost, zal aangepakt worden.

14.06 David Clarinval (MR): Madame la ministre, je suis d'accord avec vous, la grande majorité des médecins font bien leur travail et sont très consciencieux en ce qui concerne l'octroi des certificats médicaux. En l'occurrence ici, il s'agit d'un petit groupe de médecins qui abusent du système et qui sont connus. Dans

le canton de Gedinne, je pourrais vous citer le nom d'un médecin connu de tous qui, même s'il n'est pas votre médecin traitant et si vous avez un problème d'absentéisme, fait un véritable business de cela. Son nom est connu et il fait tache par rapport à tous ses autres collègues qui, eux, sont corrects. Il faut donc cibler un petit groupe de personnes qui abusent.

Je ne vais pas soulever le débat de l'absentéisme car nous connaissons ce sujet en commission des Affaires sociales et notamment le Medex, très efficace mais qui ne peut se déplacer dans tous les services publics. En outre, il ne couvre pas tous les services privés et, dès lors, on ne peut avoir toujours recours à ses services. Par contre, l'idée du point de contact me paraît intéressante. Vous considérez ces projets comme issus de sociétés dictatoriales! J'en suis étonné car nous avons voté, en Affaires sociales, un point de contact pour dénoncer la fraude sociale, ce qui est tout à fait la même idée.

14.07 Maggie De Block, ministre: Mais pas de manière anonyme, car cela existe aussi anonymement. Et, à ce sujet, cela part dans toutes les directions!

14.08 David Clarinval (MR): Je ne connais pas le texte de la N-VA, mais cela peut ne pas être anonyme! En tant que bourgmestre, je peux sans problème assumer mes propos et dénoncer les gens. D'ailleurs, j'avais écrit à l'Ordre des médecins pour un cas et j'avais signé mon courrier. Ce n'était donc pas anonyme. Il est clair que si ce n'est pas anonyme, la piste serait à creuser. J'ai néanmoins entendu que vous disposiez de plusieurs pistes concrètes que je n'ai pas toutes comprises, Madame la ministre, je vous fais néanmoins confiance afin que vous puissiez, avec les collègues du kern, prendre ce problème à bras-le-corps. Ce problème est manifestement un souci pour les employeurs et salit aussi parfois une profession qui ne le mérite pas.

14.09 Valerie Van Peel (N-VA): Dank u voor uw antwoord, mevrouw de minister. Voor alle duidelijkheid, in het artikel over dat meldpunt stond wel een quote van mij, maar daarin had ik het over een meldpunt voor adviserend geneesheren. Ik wil geen maatschappij creëren waarin een arts zijn concurrent...

14.10 Minister **Maggie De Block**: Het kan niet dat men denkt: mijn buurman is zijn gras aan het maaien, hij is weeral thuis. (...) Dat kan niet. Daar hebben we het over.

14.11 Valerie Van Peel (N-VA): Nee, dat is ook niet mijn idee van een ideale maatschappij, maar het was wel de bedoeling om een soort van meldpunt en een beleid te creëren voor de adviserend geneesheren. Zij kijken nu zaken na. Zij stoten op zaken en verbinden daaraan consequenties, vooral voor de patiënt, maar niet voor de arts, terwijl die er natuurlijk voor heeft gezorgd dat die patiënt, ook onterecht, kan thuiszitten. Dat is een link die volgens mij meer gelegd moet worden, ook al vind ik het idee om profielen te maken en *outliers* te zoeken al een zeer goed idee. De kans blijft echter bestaan dat men er op die manier alleen de echt grote spelers uithaalt, zoals in het voorbeeld dat ik gegeven heb. Het is soms iets meer verstoep.

Ik kan, zoals mijn collega, de artsen in mijn regio bij naam noemen van wie elke keer briefjes komen waarvan ik weet of aanvoel dat die niet kloppen. Als men optelt wat dat aan de maatschappij kost, dan komt men uit op een ongelofelijk getal. Daarover bent u het wellicht met mij eens.

Gisteren hebt u wellicht nog verder uitgelegd – ik heb het begin van uw uitleg daarover wel nog gehoord – hoe er binnen de hervorming van het KB nr. 78 ook een toezichtskamer komt. Dat lijkt mij inderdaad echt een momentum om daaromtrent een beleid op te zetten. Ik wil ervoor blijven pleiten om de adviserend geneesheren daarbij te betrekken, want zij zitten toch al in één richting te kijken. Het is dus niet zo moeilijk om op datzelfde moment ook in de andere richting te kijken, maar dan moeten zij daarvoor wel op een andere manier omkaderd worden dan vandaag, want nu staan zij er moeilijk voor.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 15276 de Mme Els Van Hoof est transformée en question écrite. La question n° 15279 de Mme Renate Hufkens est transformée en question écrite à sa demande.

15 Question de Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accès à l'information sur la pratique de l'IVG" (n° 15312)

15 Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toegang tot voorlichting over abortus" (nr. 15312)

15.01 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, malgré la dépénalisation partielle de l'avortement votée en 1990, l'interruption volontaire de grossesse reste, en 2016, inscrite dans le Code pénal. C'est, selon mon avis personnel, non seulement un non-sens, mais également une atteinte à la liberté des femmes, liberté de leurs choix et de leur corps puisque la pratique ne peut se faire que sous une série de conditions fixées par la loi.

Le combat des femmes dure depuis des dizaines d'années et, malgré tout ce temps, la pratique s'avère en grande partie méconnue et l'information donnée insuffisante. C'est le cas dans certaines universités de Belgique où les cours sur la pratique de l'interruption volontaire de grossesse semblent boudés par les professeurs des cursus de gynécologie ou de médecine générale.

Avant que vous ne me disiez que c'est une compétence des Communautés, ce que je sais, je voulais, madame la ministre, vous poser quelques questions.

Les informations sur le site du SPF Santé publique ne comportent pas de liens vers les centres de planning familial ou des médecins spécialisés, ni des psychologues. Est-il éventuellement envisagé d'inclure certains liens pour faciliter l'accès à la bonne information? Un numéro de téléphone gratuit sera-t-il ajouté à la page? C'est une suggestion.

Pour l'ensemble du site, les informations sont concentrées sur une page et comprennent des explications brèves pour les femmes enceintes. Est-il envisagé de construire une nouvelle page avec les professionnels du secteur pour permettre un accès à une information pertinente et uniforme?

15.02 Maggie De Block, ministre: Madame Jadin, je ne sais pas si vous le savez mais récemment, le site web du SPF Santé publique a été renouvelé. Depuis peu, le site mène vers différentes pages selon que l'on soit un professionnel de la santé ou à la recherche d'informations destinées au public.

Pour rappel, les services compétents au sein du SPF ont mis sur le site dédié aux commissions, les informations qui concernent le rôle de la Commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption volontaire de grossesse, ainsi que, sur le site général, une explication de la loi à destination des femmes confrontées à une grossesse non désirée.

Sauf remarque contraire de la Commission interruption volontaire de grossesse, mes services vont aussi préparer une liste des institutions procédant à des interruptions de grossesse et la publier sur le site. Ainsi, les femmes sauront où elles peuvent s'adresser pour demander de l'aide.

La possibilité de rédiger des documents informatifs avec des professionnels sera également soumise à la Commission afin d'en définir les modalités.

Je trouve qu'il n'est pas seulement nécessaire que les femmes sachent ce qu'il est possible de faire, mais aussi où elles peuvent s'adresser et où elles seront aidées.

15.03 Katrin Jadin (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Je n'ai pas eu l'occasion de consulter à nouveau le site du SPF. Je ne peux que vous féliciter d'avoir pris à bras-le-corps ce sujet que j'estime, je le répète, très important. L'information doit être la meilleure possible. La communication sur les possibilités existantes doit être la plus complète possible. J'irai voir ce qu'il en est sur le site de votre département.

Madame la ministre, il y a une deuxième question. Peut-être pourrions-nous y revenir. Vous êtes médecin. Je m'interrogeais sur le fait que dans les cursus universitaires, les pratiques qui ont trait à l'interruption volontaire de grossesse ne sont plus enseignées aux étudiants en médecine, à l'exception de l'ULB et peut-être de la VUB.

15.04 Maggie De Block, ministre: (...)

15.05 Katrin Jadin (MR): Je considère que c'est un problème. Il faudra quand même que nous y réfléchissions, ou du moins que nous attirions l'attention des entités fédérées là-dessus. Je vous remercie.

La **présidente**: Madame la ministre, l'existence d'une double cohorte sera peut-être l'occasion d'organiser des stages dans des centres de planning familial plutôt que dans des hôpitaux. Mais nous y reviendrons.

15.06 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, je sais que la double cohorte est votre dada, mais cela n'a vraiment rien à voir.

Ceux qui se trouvent dans la double cohorte ont déjà eu ces études. Certes, c'est important au niveau universitaire, mais il faut également viser les écoles secondaires car, si je me rappelle bien, nous avons reçu une éducation sexuelle en 5^e et 6^e années, à 11 et 12 ans. Je constate aussi que les jeunes ne disposent pas d'informations suffisantes.

La **présidente**: Tout à fait. C'est l'information santé de base.

15.07 Maggie De Block, ministre: Oui. Il ne s'agit pas seulement d'informer sur l'existence de la pilule mais aussi sur la façon de la prendre.

15.08 Katrin Jadin (MR): Je considère aussi que c'est un problème.

La **présidente**: Nous allons passer au point suivant mais, ici, c'est la formation des futurs médecins qui était abordée. C'est la raison pour laquelle je parlais des possibilités de stage.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Question de Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maltraitance des femmes en Belgique" (n° 15329)

16 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vrouwenmishandeling in België" (nr. 15329)

16.01 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, nous sommes en plein dans l'actualité car nous venons de célébrer la Journée internationale des droits des femmes. Plus que jamais, le combat pour le respect de la femme est important et nécessaire dans notre pays. C'est un combat non seulement pour plus de respect, mais aussi une lutte contre les discriminations et les inégalités.

Madame la ministre, les derniers chiffres sur les maltraitances faites aux femmes en Région wallonne sont interpellants: 18 viols commis chaque jour avec seulement 16 % de victimes qui s'adressent aux autorités. Dans ces situations, l'agresseur est principalement un homme et les victimes des mineurs. En plus des agressions sexuelles, certaines femmes vivent un enfer dans leur vie conjugale, où elles subissent des violences physiques ou sexuelles.

En plus des violences avérées à l'encontre des femmes, c'est aussi la peur d'en parler et le sentiment de culpabilité qui enchaînent leur liberté dans notre société.

Je sais que cette question n'est pas de votre seule compétence. Mais il m'intéresse de savoir si votre département sait combien de femmes sont victimes chaque jour de violences en Belgique? Combien de femmes ou filles ont-elles été victimes d'un viol en 2016 dans notre pays?

Quels sont les moyens mis en place pour l'accompagnement des victimes? Là aussi y a-t-il des informations que nous pourrions obtenir de la part de votre département?

16.02 Maggie De Block, ministre: En ce qui concerne la maltraitance des femmes, vous savez qu'il existe une base de données reprenant les données médicales résumées hospitalières minimum, instituée au sein du Service public fédéral Santé publique. Cette base de données centralise les données médicales relatives à chaque patient hospitalisé sous forme anonymisée. Ces données médicales sont transmises périodiquement par les hôpitaux au SPF Santé publique sous forme de codes issus de la classification internationale ICD.

Cependant, l'administration ne dispose pas encore des chiffres pour les années 2015 et 2016. Je vous présente ici les données des années 2010 à 2014. Ces chiffres concernent les séjours en hospitalisation classique, en hospitalisation de jour et en hospitalisation de longue durée. Au total, pour cette période, il s'agit d'environ cinq patientes par an qui sont hospitalisées, après avoir été victimes de violences, pour au moins une nuit à l'hôpital. Il peut s'agir de violences psychiques, émotionnelles, psychologiques, sexuelles

ou autres.

Le nombre de patients mineurs et majeurs étant enregistrés dans nos hôpitaux comme étant victimes de violences sexuelles tourne autour de cent. Je peux vous transmettre les chiffres exacts si vous le désirez.

Plusieurs remarques méritent d'être faites, qui demandent que ces chiffres soient considérés avec beaucoup de réserves. Tout d'abord, le nombre de femmes victimes de violences ou de viol est plus que probablement sous-enregistré, étant donné que toutes n'osent pas déclarer qu'elles ont été victimes de violences et ont pu être admises sous un autre prétexte. Les patients venus en ambulatoire, via un passage aux urgences, et n'ayant pas été hospitalisés, ne sont pas repris dans les chiffres mentionnés. C'est fort dommage car c'est le cas de beaucoup.

Les chiffres relatifs à la violence en général ne concernent que les femmes de 18 ans et plus, alors qu'on sait qu'il y a aussi des cas chez de plus jeunes femmes ou filles. La notion d'abus sexuel est bien plus large que la notion de viol, étant donné que sont repris dans les abus sexuels les attouchements sexuels. Le code prévu dans la méthode ICD (NCM) n'est pas spécifique au viol.

Pour des chiffres plus exacts, je vous renvoie à mes collègues de l'Intérieur et de la Justice, sous réserve que les victimes aient fait une déclaration à la police. Il y en a aussi beaucoup qui font une déclaration et la retirent par après.

Une formation à la prise en charge des victimes de violence intrafamiliale et sexuelle a eu lieu du 1^{er} au 30 septembre 2015 dans quatorze hôpitaux du pays et s'adressait aux professionnels suivants: les médecins urgentistes, les gériatres, les gynécologues, les pédiatres, ainsi que les infirmiers sociaux, urgentistes et pédiatriques, les assistants sociaux, les sages-femmes et les psychologues. Cette formation a été dispensée par l'International Centre for Reproductive Health de l'Université de Gand, en partenariat avec le CHU Saint-Pierre de Bruxelles.

À cette occasion, l'équipe en charge du projet a également développé une *checklist* afin que les victimes de violence sexuelle puissent bénéficier de soins optimaux dans les hôpitaux belges. Elle a été conçue sur la base de *guidelines* internationales. Elle répond à la nécessité de disposer d'un outil clair et accessible.

En ce qui concerne la prise en charge des victimes de violence sexuelle, la secrétaire d'État en charge de l'Égalité des chances prépare un projet-pilote sur des centres de référence multidisciplinaires. J'espère que Mme Demir va poursuivre dans cette voie; je pense que ce sera le cas. Les soignants qui travaillent dans ces centres exprimeront sans aucun doute un besoin de formation spécialisée. Par ailleurs, il est nécessaire de mettre en place une collecte systématique et uniforme dans les hôpitaux belges des données relatives aux victimes de violence intrafamiliale et sexuelle.

Madame Jadin, je vais vous transmettre l'annexe, qui comporte énormément de chiffres. Il faut savoir que beaucoup de victimes ne se sont pas signalées.

Mon département est représenté au sein du comité de pilotage de l'étude de la faisabilité de la mise en place de ces centres connus sous l'appellation de Sexual Assault Referral Centre (SARC). Par ailleurs, un nouveau projet de formation portant sur la violence intrafamiliale, y compris sexuelle, vient de démarrer.

Il s'adressera à douze hôpitaux: cinq en Région wallonne, deux en Région bruxelloise et cinq en Région flamande. Ces formations sont planifiées dans le courant de cette année. Par souci de continuité, leur organisation sera reprise par l'équipe qui s'était chargée du projet en 2014 et 2015.

16.03 Katrin Jadin (MR): Madame la ministre, merci pour toutes ces informations. J'ai déjà interrogé les ministres de l'Intérieur et de la Justice, de manière à compléter les statistiques existantes. Pas plus tard qu'hier, il y a eu un colloque au Sénat concernant justement les faits de viol commis sur des femmes – ça existe aussi dans d'autres circonstances - dans le monde. Même si je savais que suivant les cultures, le phénomène pouvait être plus ou moins répandu, j'ai été étonnée de constater que dans notre pays, c'est vraiment un sujet d'une très grande importance, qu'il faut prendre à bras-le-corps, qu'il faut analyser, pour lequel il faut trouver les moyens de prévention optimaux. Je constate qu'en ce qui concerne votre département, vous prenez les choses à bras-le-corps et je ne peux que m'en trouver satisfaite. Nous essaierons de voir, avec tous les éléments récoltés, comment tout cela s'allie en pratique pour démontrer ou non l'efficacité. Comme vous le dites, un viol commis n'est peut-être pas toujours répertorié.

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

17 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gelijkschakeling van diploma's verpleegkunde behaald buiten de EU" (nr. 15389)
- de heer Michel de Lamotte aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de verpleegkundigen" (nr. 16194)

17 **Questions jointes de**

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des diplômes de formation d'infirmier acquis en dehors de l'UE" (n° 15389)
- M. Michel de Lamotte à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des infirmiers" (n° 16194)

17.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, verpleegkundigen die hun diploma buiten Europa behaalden en in Vlaanderen willen werken, moeten hun diploma laten gelijkschakelen met een Vlaams diploma graduaat in de verpleegkunde. Hiervoor doen zij dan een aanvraag bij de FOD Volksgezondheid. Een Nederlandstalige commissie moet dan samenkomen om de dossiers te bespreken.

Wij krijgen uit het werkveld regelmatig bericht dat dit niet vlot verloopt en deze commissie niet samenkomt, waardoor een aantal aanvragers al meer dan een jaar op een antwoord wachten. Het is een knelpuntberoep en dus is het belangrijk dat wij deze mensen in de zorg aan bod kunnen laten komen.

Wat is daar het probleem? Hoeveel dossiers liggen daar te wachten? Is de commissie al samengekomen?

17.02 **Michel de Lamotte** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, il me revient aussi que des problèmes se posent au sujet de la reconnaissance d'infirmiers étrangers avec permis de travail qui désirent travailler en Communauté germanophone. Certains dossiers jugés complets et recevables par le SPF Santé publique ne seraient pas traités pour l'instant parce que la commission en charge du dossier aurait été dissoute. Les dossiers seraient dès lors bloqués.

À titre d'exemple, un expert administratif de la cellule "Accès à la profession" du SPF Santé publique a répondu que "le dossier de telle personne est complet depuis le 4 octobre 2016 et se trouve maintenant en attente de passage à la commission des infirmiers néerlandophones. En effet, il y a un accord avec la commission néerlandophone pour le passage des dossiers du côté germanophone. Malheureusement la commission néerlandophone ne statue plus, car elle est dissoute et donc pour l'instant l'ensemble des dossiers sont bloqués." Voilà en résumé pourquoi la demande est bloquée tant que le dossier n'est pas passé à la commission!

Madame la ministre, avez-vous connaissance de ce problème? Quelles sont les raisons de la dissolution de la commission? Depuis combien de temps la commission est-elle dissoute? Pourriez-vous me dire combien de dossiers sont actuellement bloqués? Qu'envisagez-vous de mettre en œuvre pour résoudre cette situation? Avez-vous eu des contacts avec vos collègues des entités fédérées à ce sujet? Quels ont été les résultats de ces contacts? Dans quel délai pensez-vous qu'une solution sera trouvée?

17.03 **Maggie De Block**, ministre: Madame Dedry, monsieur de Lamotte, je dois constater, en effet, que des difficultés se posent dans toutes les Communautés. Cela provoque des problèmes aussi chez nous pour la reconnaissance.

De niet-Europese verpleegkundigen vragen, in toepassing van artikel 145 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015, de toegang tot hun beroep in België bij de FOD Volksgezondheid, maar zij dienen in eerste instantie hun diploma gelijkwaardig te laten verklaren door de bevoegde diensten van Onderwijs, alvorens hun dossier in aanmerking genomen kan worden door de FOD. De FOD moet dus eerst het bewijs van de diensten van Onderwijs hebben dat het om een gelijkwaardig diploma gaat. Op dit moment zijn er 16 Franstalige en 23 Nederlandstalige dossiers die door mijn administratie volledig werden bevonden en die nog voor advies moeten worden voorgelegd aan de erkenningscommissie voor de beoefenaars van de verpleegkunde. Verder zijn nog 7 Franstalige en 14 Nederlandstalige dossiers ingediend die nog niet volledig zijn en ook nog een advies vereisen, eens de aanvrager de nodige documenten aangeleverd zal

hebben. Als wij die bijtellen, dan komen wij aan 23 Franstalige en 37 Nederlandstalige dossiers die bij de FOD bekend zijn.

Je suis au courant de la problématique concernant les infirmiers non européens qui souhaitent, en application de l'article 145, exercer leur métier en Belgique et dont le dossier est bloqué à cause d'un avis manquant.

Les personnes concernées ont introduit une demande de reconnaissance auprès du SPF Santé publique après avoir obtenu une équivalence de leur diplôme de la part des autorités compétentes pour l'enseignement. L'article 145 susmentionné prévoit que la demande doit être soumise à l'avis de la Commission d'agrément pour les praticiens de l'art infirmier qui a été scindée et transférée aux Communautés respectives depuis le 1^{er} juillet 2014, dans le cadre de la sixième réforme de l'État.

Le gouvernement fédéral n'a, par conséquent, pas d'impact sur l'organisation des réunions de ces commissions. Au terme de cette réforme de l'État, les Communautés sont effectivement en train de reconstituer les commissions selon leurs compétences. Pour la Communauté flamande, la procédure a commencé début 2016. Pour la Communauté française, la procédure a commencé fin 2016.

Lorsque certaines personnes nous écrivent, parce qu'auparavant les cas arrivaient chez nous, nous transférons systématiquement aux Communautés respectives, les demandes qui sont évidemment urgentes.

Op dit moment zijn er geen geblokkeerde Franstalige dossiers meer, aangezien de Franstalige commissie heeft beslist om de oude leden te blijven bijeenroepen om toch nog adviezen te kunnen uitbrengen, tot de mandaten hernieuwd worden. C'est déjà une très bonne initiative.

Aan Nederlandstalige kant zijn er nog 23 volledige dossiers waarvoor wij wachten op een advies. Daar is de beslissing niet genomen om verder te vergaderen met de oude leden tot er een nieuwe commissie is om op die manier voor de continuïteit te zorgen.

Daarnaast zijn er minstens 3 Duitstalige dossiers die op een advies van de Vlaamse Gemeenschap wachten.

Entre-temps, vu le problème et vu que nous souhaitons que davantage d'infirmiers et d'infirmières exercent, notre administration a pris contact avec l'administration de la Communauté flamande. Une solution est attendue dans les semaines à venir. Les personnes concernées seront averties dès que leur dossier sera débloqué. Mon administration veillera à ce que l'autorisation d'exercer la profession leur soit alors délivrée au plus vite.

Wij gaan dus een deel van de verloren tijd trachten in te halen.

De erkenningscommissie voor de beoefenaars van de verpleegkunde werd inderdaad, ingevolge de zesde staatshervorming, opgesplitst en overgeheveld naar de respectievelijke Gemeenschappen. De federale overheid is aangewezen op het advies van het gemeenschapsorgaan. Wij kunnen de organisatie van de vergaderingen dan ook niet eisen of inzien.

Bovendien loopt bij de Vlaamse Gemeenschap sinds geruime tijd een procedure om de mandaten van de leden van de Nederlandstalige afdeling te hernieuwen, van begin 2016, waardoor sinds lange tijd geen vergaderingen meer plaatsvonden en er ook geen zicht is op een nieuwe vergadering. Ook aan Franstalige kant dreigt hetzelfde probleem te ontstaan.

Wij zoeken met het kabinet, in overleg met de Gemeenschappen en de administratie, een alternatieve en juridisch sluitende oplossing voor deze impasse, zodat de hangende dossiers op korte termijn alsnog kunnen worden behandeld. Ik heb er nog een aantal zien passeren, maar de moeilijkheden zijn echt wel groot. De mensen blijven naar de Gemeenschappen, naar Onderwijs schrijven. Ik weet niet wat met die brieven gebeurt, maar betrokkenen worden inderdaad niet meteen geholpen.

Wij hebben daar al veel energie in gestoken, want wij weten hoe groot de nood aan verpleegkundigen op het terrein is.

Pour les infirmiers qui ont la volonté de travailler, il ne faut pas tarder à leur en donner la possibilité car nous

avons besoin d'eux. Nous n'avons pas assez d'infirmiers.

17.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, al van begin 2016 is de Nederlandstalige kant van het land bezig met het samenstellen van de commissie, wat niet blijkt te lukken.

Ik begrijp dus niet op welke manier u de problematiek in een aantal dossiers toch nog gedeblokkeerd krijgt. De commissie is op dit moment immers niet geldig samengesteld. U merkt op dat u alle inspanningen doet en u probeert een aantal dossiers alsnog te deblokken. Echter, gedurende een heel jaar een commissie niet samengesteld krijgen, dat lijkt mij bizar.

Hoe kunnen wij die mensen een antwoord geven? Moeten wij hen vragen te blijven schrijven?

17.05 Minister Maggie De Block: U vindt misschien een Vlaams Parlementslid van Groen die dat daar kan aanklaarten. Als zij naar De Zevende Dag kunnen gaan, kunnen zij dat ook doen.

Wij kunnen pas optreden, wanneer zij gepasseerd zijn en hun diploma gelijkwaardig is verklaard. Wij weten ook dat er een tekort is. Het is te gek voor woorden dat betrokkenen niet kunnen werken.

17.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik zal dat doen.

17.07 Minister Maggie De Block: Met de overheveling door de zesde staatshervorming zijn er een aantal zaken waarvoor men niet klaar was. Zo is het.

17.08 Michel de Lamotte (cdH): Madame la ministre, je ne sais pas s'ils m'accepteront à *De Zevende Dag*.

J'ai bien compris que le problème du côté francophone était solutionné, puisqu'il y a eu une continuité du service public. Cependant, quelques infirmiers postulent dans le cadre de la Communauté germanophone et c'est vraiment ennuyeux. Il y en a trois, vous l'avez dit. Je souhaiterais vraiment, même si vous dites que vous avez déjà dépensé beaucoup d'énergie en la matière, que votre administration puisse activer ce dossier. Il faut vraiment répondre à cette demande. C'est un métier en pénurie et il y a des demandeurs. Je compte sur votre dynamisme.

Si jamais la situation ne devait pas se débloquer, comptez sur moi pour vous revoir!

La **présidente**: On agira à tous les niveaux!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des produits homéopathiques" (n° 15420)

18 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bepaalde homeopathische producten" (nr. 15420)

18.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'avais posé cette question à la fois à vous et à votre collègue le ministre Kris Peeters puisque, en soi, ce n'est pas vraiment un médicament. C'est en effet un produit qui est contenu dans des tablettes et dans des gels dits "homéopathiques" qui sont destinés à soulager les douleurs liées aux poussées dentaires, singulièrement chez les bébés. La FDA (Food and Drug Administration) a émis, en septembre dernier, un avis avertissant que ces tablettes et ces gels pouvaient poser un risque d'alerte secondaire sérieux pour les tout petits. La FDA conseille donc de ne plus utiliser ces produits.

Il s'agit de la deuxième alerte qui intervient. Une première alerte avait été lancée en 2010 par la FDA.

Madame la ministre, les produits incriminés dans les deux avis successifs de la FDA sont-ils autorisés en Belgique? L'AFMPS a-t-elle été alertée des dangers? A-t-elle pris la mesure des avis de la FDA liés à l'utilisation de ces tablettes et gels chez les bébés? S'il y a des éléments supplémentaires qui ne sont pas connus par le grand public actuellement, l'origine de la dangerosité de ces produits est-elle identifiée?

Considérez-vous que ce soit du côté de l'AFMPS ou du côté du département de l'Économie qu'il faut prendre des mesures particulières en la matière?

18.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, les produits de Hyland ne sont pas autorisés en Belgique et n'y sont donc pas délivrés comme médicaments. En Belgique, un médicament homéopathique autorisé doit faire l'objet d'une évaluation de la qualité, de l'innocuité et de l'efficacité du produit. Un tel médicament doit aussi être fabriqué selon les conditions GMP comme décrit dans les documents de guidance européenne et doit comprendre une notice claire pour les patients incluant la posologie et la méthode d'administration.

Les services de l'Agence des Médicaments, l'AFMPS, considèrent qu'il n'est pas nécessaire de prendre des mesures en Belgique étant donné que ce produit Hyland n'est pas sur le marché. S'il devait l'être, il devrait au préalable faire l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché incluant des données garantissant la qualité et l'efficacité du produit ainsi que son innocuité.

La Food and Drug Administration a alerté l'Agence des Médicaments, début octobre 2016, via le Service de pharmacovigilance. Le Homeopathic Medicinal Products Working Group a également informé ses membres, dont l'AFMPS, peu de temps après.

Le Homeopathic Medicinal Products Working Group est le groupe de travail européen dédié aux médicaments homéopathiques à usage humain, mais aussi vétérinaire.

Le produit de Hyland contient, notamment, une dilution de la Belladone, c'est-à-dire une dilution D6, dilution du produit au millionième, à savoir (10^{-6}).

Selon le rapport d'évaluation de l'innocuité du Homeopathic Medicinal Products Working Group, cette dilution ne pose pas de problème de toxicité. Toutefois, mes services restent vigilants car la quantité de belladone peut varier d'un produit à l'autre selon l'alerte de la Food and Drug Administration. De plus, des erreurs dans la prise de médicaments ont également été rapportées aux États-Unis.

Quoi qu'il en soit, nous restons vigilants même si, pour l'instant, aucun problème ne se pose ici. Il est toujours possible que des touristes achètent ce produit lorsqu'ils se trouvent à l'étranger. En effet, on ne peut pas l'acheter en Belgique, mais il peut être utilisé ici après avoir été acheté dans un autre pays. Je vais donc à nouveau interroger l'Agence.

18.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je me permets de vous demander d'aller plus loin. À titre personnel, j'ai évidemment essayé de voir s'il était possible d'en disposer en Belgique. Cela va très vite. En deux minutes, j'ai trouvé ce *teething gel*, ce gel homéopathique destiné spécifiquement aux bébés. Il suffit de faire un clic sur internet et vous l'avez en trois secondes.

18.04 Maggie De Block, ministre: Vendu ici?

18.05 Catherine Fonck (cdH): Vous savez aussi bien que moi qu'il y a des officines en ligne. L'invasion, via internet, de toute une série de produits fait qu'on a une disponibilité de ce produit en Belgique avec une accessibilité d'achat de ce produit qui est clairement recommandé pour l'utilisation lors de poussées dentaires.

18.06 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas permis. C'est illégal.

La **présidente**: Madame Fonck, avez-vous été jusqu'à l'achat?

18.07 Catherine Fonck (cdH): Oui. C'est facile. Je ne l'ai pas acheté car je n'ai pas de bébé. J'ai de grands ados.

La **présidente**: Je vous demande cela pour voir si la démarche se fait jusqu'au bout.

18.08 Catherine Fonck (cdH): C'est très simple. C'est comme pour plein d'autres choses. Souvenez-vous de notre débat sur les contraceptifs du lendemain. J'avais expliqué qu'ils étaient disponibles en trois secondes en cliquant mais qu'on était obligé de passer... mais, soit, je ne vais pas revenir sur ce débat-là pour ne pas mélanger les sujets.

Madame la ministre, en Belgique, n'importe qui peut acheter ce produit de façon extrêmement rapide. Donc, dire qu'il n'est pas délivré en Belgique, ce n'est pas juste. Je me permets dès lors d'insister pour qu'on fasse une chasse plus correcte sur la manière avec laquelle ces produits sont mis à la disposition via des ventes en e-commerce mais, à mon avis, c'est presque mission impossible. L'autre solution, c'est prendre des mesures d'information. La FDA a rendu son avis en septembre dernier et j'ai déposé cette question au mois de décembre. Or, vous me l'avez confirmé et je l'ai vérifié hier, aucune mesure d'information particulière n'a été prise en Belgique.

Je me permets donc d'insister parce que des parents qui ne chercheraient pas plus que cela une information scientifique sur le produit peuvent effectivement très facilement l'acheter et le mettre dans la bouche des bébés.

Je vous remercie de prendre la mesure de ce problème.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 15431 de Mme Catherine Fonck est transformée en question écrite.

19 **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een billijke vergoeding voor gameetdonoren" (nr. 15444)**

19 **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une rémunération équitable pour les donneurs de gamètes" (n° 15444)**

19.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, in de wet betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en gameten van 2007 is bepaald dat de Koning een vergoeding kan bepalen om verplaatsingskosten of loonverlies van een persoon bij wie een afname wordt verricht, te dekken. Die vergoeding kan ook hiermee samenhangende ziekenhuiskosten dekken. Momenteel bestaat er nog maar één KB dat de uitvoering van die wet een beetje regelt. Er blijken dus nog geen KB's te zijn die uitvoering geven aan de artikelen 48-51. We zijn bijna tien jaar later en er blijkt dus nog onvoldoende initiatief te zijn genomen voor een billijke vergoeding voor de gameetdonoren. Het is uiteraard een facultatieve mogelijkheid en geen verplichting.

Mevrouw de minister, wat vindt u van het plan om een vergoedingssysteem uit te werken? Bent u van plan om ter zake uitvoeringsbesluiten te nemen of niet?

19.02 **Minister Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, zoals u aanhaalt, bepaalt artikel 51, § 1 van de wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en gameten dat de gratis donatie van gameten is toegestaan. De Koning kan echter een vergoeding bepalen om verplaatsingskosten of loonverlies van de persoon bij wie een afname wordt verricht, te dekken. De vergoeding kan ook de ziekenhuiskosten dekken die samenhangen met de afname van de eicellen bij de donor. Artikel 38 van dezelfde wet bevat een gelijkaardige bepaling, die van toepassing is op het gebruik van gameten in een wetenschappelijk onderzoeksprogramma.

Het is niet eenvoudig om standaardbedragen te bepalen die toegepast zullen kunnen worden op alle situaties. Bovendien zijn mij uit de praktijk op dit vlak geen problemen met de toepassing van de wet gemeld. Ik heb geen weet van excessieve vergoedingen die de onkosten of inkomstenderving van de donor zouden overstijgen. Ik denk dus dat hier voorlopig geen nieuw wetgevend initiatief hoeft te worden genomen.

19.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Ik neem akte van het standpunt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 **Question de Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accord IZOM" (n° 15475)**

20 **Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het IZOM-akkoord" (nr. 15475)**

20.01 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, d'après mes informations, l'accord IZOM est sur le point d'être revu. Depuis peu, les mutuelles de la région frontalière ne délivrent plus l'attestation IZOM et donc, à partir du mois de juillet prochain (l'accord ayant été prolongé de six mois), les patients n'auront plus la possibilité d'être remboursés automatiquement pour les traitements spécialisés à l'étranger. Il fallait donc trouver une nouvelle solution.

Pour rappel, l'accord IZOM avait été adopté pour permettre aux patients germanophones de suivre un traitement dans leur langue maternelle.

Lors de votre dernière réponse à ce sujet - cela date déjà d'un an, voire un an et demi -, vous m'aviez indiqué que votre administration préparait une évaluation approfondie du projet IZOM parce que certaines mutuelles avaient abusé du système. Si nous pouvons revoir ce système et mettre en place une nouvelle forme adaptée de ce système, il faudra éviter de nouveaux abus à charge de l'État belge. Nous sommes bien d'accord.

Madame la ministre, avez-vous déjà pu négocier les possibilités existantes pour prolonger, voire pour mettre en place un nouvel accord de type IZOM.

Quel en est le résultat? Avez-vous déjà des communications à nous faire à ce sujet? J'ai un peu adapté la question en fonction de l'actualité. C'était obligatoire!

20.02 Maggie De Block, ministre: Chère collègue, la réponse a été actualisée entre-temps. Réactualiser les questions déposées, cela nous donne constamment du travail, comme nous l'avons évoqué hier.

Un groupe de travail ad hoc concernant l'accord de coopération IZOM a été créé. Son objectif est d'élaborer une proposition de consensus en ce qui concerne l'avenir de l'accord de coopération IZOM, ainsi que d'éventuelles solutions alternatives. Ce groupe de travail se réunit sous la présidence de l'INAMI. Il est composé d'un représentant de chaque Union nationale, de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI), de la Caisse des soins de santé de HR Rail (CSS HR Rail) et de la Communauté germanophone, cette dernière en qualité de conseiller.

Entre-temps, le groupe de travail s'est réuni à diverses reprises: le 17 novembre, le 28 novembre et le 6 décembre en 2016, et le 26 janvier 2017. Il convient de constater qu'une majorité des membres du groupe de travail n'est pas disposée à accéder aux conditions financières imposées unilatéralement par le AOK Rheinland Hamburg, selon lesquelles ils ne pouvaient offrir les garanties d'une continuation de l'accord de coopération IZOM. Il en résulte que l'accord de coopération IZOM cesse de facto d'exister et doit être résilié. Comme prévu par l'accord de coopération IZOM, le comité de l'assurance a retiré son approbation pour l'accord de coopération le 19 décembre 2016.

Les organismes assureurs belges, parties signataires de l'accord de coopération IZOM, ont été invités à informer, avant le 31 décembre 2016, les parties signataires étrangères de la décision du comité de l'assurance, que l'accord de coopération prendra fin le 30 juin 2017, tout en respectant un préavis de six mois.

En ce qui concerne une solution alternative qui facilite l'accessibilité des soins de santé en Allemagne pour nos concitoyens germanophones qui peuvent actuellement bénéficier de l'accord de coopération IZOM, le groupe de travail s'est entre-temps mis d'accord sur les éléments suivants:

- ce régime sera d'application aux habitants des cantons de l'Est ainsi que des communes de Baelen, Bleiberg et Welkenraedt;
- ce régime prévoira une simplification de l'accès aux dispensateurs de soins actifs dans une zone géographique bien définie en Allemagne, en particulier la région d'Aix-la-Chapelle et les arrondissements de Bitburg, Daun et Prüm. C'est la même zone géographique en Allemagne couverte par l'accord IZOM;
- un document S2 administratif ou formulaire E112 sera délivré pour les soins de santé auxquels s'appliquera le régime alternatif;
- la réglementation belge et européenne telle qu'elle s'applique aussi aux autres assurés belges sera d'application pour les soins de santé non concernés par le régime alternatif. C'est la même chose que pour tous les autres.

Les soins de santé auxquels s'appliquera le régime alternatif seront définis sur base des éléments suivants:

- le paquet de prestations couvert par l'assurance fédérale obligatoire soins de santé est la référence;

- les besoins médicaux pour lesquels le langage allemand est un élément essentiel;
- l'offre insuffisante pour les habitants auxquels s'appliquera le régime alternatif.

Le groupe de travail continue ses travaux en 2017 et est d'avis qu'un accord doit intervenir quant aux prestations de santé auxquelles s'appliquera le régime alternatif, au plus tard dans la seconde moitié du mois de mars 2017, de sorte que les organismes assureurs disposent du temps nécessaire pour la communication sur le nouveau régime, notamment à l'intention de leurs assurés et des dispensateurs de soins belges concernés.

Le rapport d'évaluation de l'accord de coopération IZOM contient un aperçu statistique des patients ainsi qu'une analyse SWOT. Entre-temps, un régime réservé aux citoyens germanophones est en train d'être discuté, car l'accord IZOM prendra fin le 30 juin prochain.

20.03 Kattrin Jadin (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour toutes ces informations.

Nous pouvons nous réjouir que le groupe de travail ait pu dégager un consensus et, surtout, une solution. Je sais que ce n'était pas aisé. Nous savons que certaines mutuelles ont laissé entendre que ce système ne pourrait plus être assuré par la sécurité sociale.

Par ailleurs, pour succéder à l'accord qui court jusqu'en juin, nous allons progressivement mettre en place le nouveau système. Je vous invite grandement, madame la ministre, à garder la maîtrise du dossier, bien entendu avec l'INAMI, et à bien communiquer les nouvelles dispositions afin qu'elles soient parfaitement comprises. En effet, beaucoup de choses sont dites dans ma région, mal orientées et mal comprises en raison de ce que je considère comme un manque de communication.

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

21 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resolutie van het Vlaams Parlement betreffende mantelzorg" (nr. 15494)

21 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la résolution du Parlement flamand concernant les soins de proximité" (n° 15494)

21.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb precies het gevoel dat u op deze vraag al een antwoord hebt gegeven.

De meerderheid heeft in het Vlaams Parlement een resolutie goedgekeurd. Dat was na de aankondiging van de 110 actiepunten uit het mantelzorgplan van minister Vandeurzen. Ik heb daar twee punten uitgehaald, omdat ze in overleg met de federale overheid kunnen gebeuren.

Ten eerste, de aanbeveling om een laagdrempelig en duidelijk herkenbaar digitaal informatieloket te maken. Er staat nadrukkelijk dat men dit in overleg met de federale overheid wil doen. Ik wil graag weten of ter zake al iets gebeurd is.

Een tweede aanbeveling strekt ertoe om de mantelzorger als een volwaardige partner te zien, met alle voordelen van dien. Wij hadden het er gisteren ook over. Wij willen de mantelzorger op een fatsoenlijke manier betrekken en mogelijk ook toegang geven tot het zorgdossier.

Federaal zijn zeker nog andere zaken mogelijk, zoals de bijscholing voor zorgverstrekkers om tot een betere communicatie te komen. Dat werd gisteren ook besproken.

En dan wat u zelf al een aantal keren hebt aangehaald, ook bij de voorstelling van mijn boek rond de respijtzorg en de adempauzes. Er ligt een statuut klaar. Er moeten nog uitvoeringsbesluiten worden genomen. Wat is de timing daarvan? Is er al een akkoord in de regering over hoe het nu verder moet met de uitvoering van dit statuut? Ik heb immers begrepen dat sommige collega's in de regering dit anders zien.

21.02 Minister Maggie De Block: We hebben het gisteren inderdaad nog gehad over de mantelzorg. Het is natuurlijk de bedoeling dat mantelzorgers ook echt erkend worden in de zorg die ze mee helpen geven aan mensen met een verminderde autonomie. De druk van de zorg mag echter niet verschuiven naar de mantelzorgers. Ik heb het al meermaals gezegd: hun rechten moeten worden gevrijwaard.

De mantelzorgers hebben een wezenlijke rol te spelen. Bij 75 % van de ouderen bestaat de wens om, zelfs indien ze zwakker en minder zelfredzaam worden, zolang mogelijk thuis verzorgd te kunnen worden. Het is belangrijk dat hierbij onderzocht wordt, in samenwerking met de regio's en de gemeenten, welke initiatieven het beste aansluiten bij de noden van mantelzorgers. Ik stel vast dat collega Vandeurzen alvast zijn mantelzorgplan heeft voorgesteld.

Ondanks de vele middenveldorganisaties en adviesraden die hun advies hebben bezorgd over de uitvoering van de wet van 12 mei 2014 betreffende de erkenning van de mantelzorger die een persoon met een grote zorgbehoefte bijstaat, blijven er toch ook nog een aantal knelpunten inzake de invulling van de koninklijke uitvoeringsbesluiten. Het is mijn overtuiging dat we beter methodisch te werk gaan. Het is mijn wens om eerst de erkenning *as such* uit te werken. We moeten eerst bepalen wie de doelgroep van gerechtigde mantelzorgers is en die afbakenen. Nadien kunnen we bepalen welke sociale voordelen op maat aan deze erkenning kunnen worden vastgehecht. Niet alle coalitiepartners delen die mening. Dat is een knelpunt dat tot nu toe nog niet is opgelost.

Onlangs gaf het Observatorium voor de chronische ziekten van het RIZIV zijn standpunt. Het advies van het Observatorium was algemeen, maar richtte zich ook op een aantal specifieke punten. Het gaf onder meer aan dat de koninklijke uitvoeringsbesluiten duidelijk moeten aangeven dat het om zeer specifieke mantelzorgers gaat en dat deze keuze ook gemotiveerd moet worden.

Ook met de mutualiteiten is er reeds overleg gevoerd, die een opvolging kreeg via een nota van het Nationaal Intermutualistisch College dienaangaande.

Aan de hand van die adviezen heb ik de problematiek accuraat in kaart kunnen brengen. Zodra deze werf is voltooid, moet in samenwerking met de collega's-ministers worden bekeken welke sociale voordelen aan de erkenning kunnen worden vastgehecht. Op dat vlak is er nog geen doorbraak, wat betekent dat er ook nog geen zekerheid is over de koninklijke uitvoeringsbesluiten.

Zoals al eerder vermeld in de commissie beschouw ik de mantelzorger als een cruciale actor en toegangspersoon tussen de professionele zorgverleners en de diensten en de patiënten zelf. Het is echter overbodig om de toegang tot het elektronisch zorgdossier te wijzigen. Elke patiënt heeft toegang tot zijn elektronisch zorgdossier. Gegeven de rol van de mantelzorger als vertrouwenpersoon rijzen er geen problemen qua toegang of beheer. Bovendien botst het op de grenzen van de doelmatigheid van de toegangsrechten en dus ook van de privacy van de gezondheidsgegevens.

De derde vraag is een onderwerp voor de minister van Werk, Kris Peeters.

Wat de respijtzorg betreft, tijdens vergaderingen en bijeenkomsten over dit thema heb ik altijd het belang ervan benadrukt. Diverse adviezen, waaronder dat van kenniscentrummantelzorg.be, onderstrepen dat respijtzorg een reële zorgverlichting met zich kan meebrengen voor de mantelzorger. Vorig jaar is ook de leerstoel Baillet Latour opgericht aan de Universiteit Gent. Het eerste project van die leerstoel wil nagaan wat de impact is van het ondersteunen van mantelzorgers bij personen met dementie. Dat onderzoek moet eind dit jaar de eerste resultaten opleveren. Indien uit deze wetenschappelijke studie blijkt dat de *care burden* voor mantelzorgers effectief wordt verlicht door het inrichten van respijtzorg, moet worden onderzocht hoe wij met het geheel van de overheden die initiatieven kunnen ondersteunen.

Ik verleen mijn volledige medewerking aan de plannen van de deelstaten. Zo heb ik ook een overleg georganiseerd op 16 november 2016 op mijn kabinet met het kabinet van minister Vandeurzen naar aanleiding van zijn mantelzorgplan.

21.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): U bent van goede wil en u wilt graag vooruit in dit dossier, maar ik heb al meermaals het antwoord gekregen dat er geen doorbraak is omdat er geen akkoord is binnen de regering. Ik kan u dus alleen maar vragen of en hoe ik u kan helpen.

21.04 Minister Maggie De Block: De bal ligt niet in het groene kamp, dus u kunt niet helpen.

La **présidente**: Donc, nous n'avons plus qu'à poser des questions, à attendre et à réclamer.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La question n° 15496 de Mme Karin Jiroflée est transformée en question écrite.

22 Questions jointes de

- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les victimes de valproate de sodium" (n° 15514)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de certains médicaments pour les femmes enceintes" (n° 15716)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques liés à l'usage du valproate chez les femmes enceintes" (n° 15727)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise de médicaments contenant du valproate avant et pendant la grossesse" (n° 15729)
- M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'indemnisation des patients traités par Dépakine" (n° 15738)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'apposition d'un logo sur les boîtes de médicaments tératogènes" (n° 15788)
- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la publicité sur les dangers de la Dépakine" (n° 16188)

22 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de slachtoffers van natriumvalproaat" (nr. 15514)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "gevaren van medicijnen voor zwangere vrouwen" (nr. 15716)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van het gebruik van valproaat door zwangere vrouwen" (nr. 15727)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geneesmiddelen met valproaat voor en tijdens de zwangerschap" (nr. 15729)
- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadevergoeding voor de patiënten die met Depakine werden behandeld" (nr. 15738)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een logo op de verpakkingen van teratogene medicatie" (nr. 15788)
- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voorlichting over de gevaren van Depakine" (nr. 16188)

La **présidente**: Cette problématique est liée à la proposition de loi dont nous avons discuté, sur laquelle nous avons voté et qui reviendra en plénière, sans qu'il y ait un débat.

Chers collègues, nous n'allons pas faire comme si nous n'avions pas abordé le sujet. Nous en avons déjà parlé durant plusieurs heures. Je vous suggère donc de poser vos questions en résumant la situation.

22.01 **Véronique Caprasse** (DéFI): Madame la présidente, madame la ministre, tenant compte de tout ce qu'on a dit et de tout ce que l'on sait sur le sujet, pouvez-vous me dire si la réunion qui s'est tenue à votre cabinet avec l'Agence des Médicaments et les associations de patients a pu déboucher sur des initiatives concrètes?

Suite à la révélation de la situation en France et à l'initiative prise en vue de dédommager les victimes, envisagez-vous de prendre, de votre côté, des mesures similaires?

Ne serait-il pas temps d'opérer, enfin, un recensement des victimes ou encore de prêter une oreille plus attentive à la suggestion, déjà formulée par des collègues en commission, d'apposer un logo spécifique pour alerter les femmes enceintes, comme cela se pratique déjà aussi en France?

22.02 **Daniel Senesael** (PS): Madame la présidente, je vais en venir directement aux questions puisque, comme cela a été dit, le débat a déjà eu lieu.

Madame la ministre, vous avez récemment indiqué dans la presse que l'AFMPS avait reçu une proposition d'action. Pouvez-vous nous en détailler les principes? Vous avez également dit vouloir recevoir le rapport de l'Agence le plus rapidement possible. Pour quand est-il attendu? Les associations de victimes demandent de procéder à un recensement des enfants frappés par les effets secondaires de la molécule à l'instar de ce qui

a été réalisé en France. Y êtes-vous favorable? Dans la négative, pourquoi?

22.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik sluit mij daarbij aan. Steunt u de aanbevelingen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen? Wat vindt u van de opdracht van de overheid om informatie beter te verspreiden, al dan niet in samenwerking met de ziekenfondsen? Zult u hiervoor een budget vrijmaken?

22.04 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, n'étant pas membre de la commission de la Santé, je ne suis pas au courant du débat que vous avez mené.

Madame la ministre, je vous interpellais déjà en juin 2015 sur la question de la Dépakine et le temps mis à prendre en considération les effets secondaires sur le fœtus lors de l'administration de ce médicament à des femmes enceintes. Vous vous souviendrez que je vous avais demandé alors quelles informations vous aviez sur les actions en justice intentées par des patients belges ayant été victimes des effets toxiques du valproate. Vous m'aviez répondu qu'une action en responsabilité contre l'État belge et des médecins était en cours.

Ce mois de décembre 2016, une action collective, permise par une modification de la loi française en la matière, a été intentée par des patientes à qui avait été prescrit ce médicament. Il est à souligner que ces actions sont longues et l'indemnisation repoussée à un délai très lointain. C'est d'autant plus long que ces actions collectives, constituées comme un bélier devant ouvrir la voie à une indemnisation des patients qui esteront de manière individuelle, amènent à des indemnisations extrêmement hypothétiques.

En effet, le temps passant, les éléments de preuve, les effets secondaires induits, peuvent être perdus ou battus en brèche par une rémission à la suite de l'arrêt du traitement. Établir la responsabilité du laboratoire permettrait de raccourcir la procédure si le juge présume les causalités, notamment lorsqu'un enfant présente un trouble du comportement alors que sa mère a pris de la Dépakine pendant sa grossesse. Cela permettrait aussi de dispenser les victimes d'une phase d'expertise éprouvante.

Madame la ministre, pouvez-vous nous renseigner plus précisément sur l'état des procédures engagées par les patients belges? Où en est-on pour ce qui concerne l'action en responsabilité de l'État belge? Combien de médecins sont-ils concernés par des actions en justice en Belgique? Avez-vous engagé une action en justice demandant la reconnaissance de la responsabilité du laboratoire? Si cette dernière est reconnue par la justice française, vous en servirez-vous pour traiter ce dossier? Comment l'action collective en justice intentée en France va-t-elle influencer sur la résolution des dossiers des patients belges? Des provisions ont-elles été faites pour assurer l'indemnisation à venir des patients concernés susceptibles d'enclencher une action en justice? Comment comptez-vous agir pour que réparation, dans un délai raisonnable et de manière satisfaisante, soit faite pour les préjudices subis? Quelles actions et/ou décisions ont-elles été évoquées ou adoptées sur le plan européen pour apporter une réponse enfin convergente aux patients concernés dans l'espace européen?

22.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, pour éclairer mon collègue, je préciserai que nous avons débattu dans cette commission d'une proposition de loi que j'avais déposée voici un an au sujet du valproate, notamment la Dépakine, et, plus généralement, des médicaments tératogènes.

Madame la ministre, je pense que l'enjeu est triple. Il faut tout d'abord se donner le maximum de chances d'éviter que les femmes enceintes prennent du valproate, mais aussi des médicaments tératogènes, alors même qu'une alternative est possible et pertinente dans le traitement de l'épilepsie. Certes, la notice contenait des indications claires, mais elles étaient insuffisantes. Ces informations pourraient être beaucoup plus visibles, notamment sous la forme d'un message indiquant que la prise de tout médicament contenant du valproate de sodium par une femme enceinte nécessite une consultation médicale. Cela permettrait une action plus efficace dès le tout début de la grossesse. Nous savons en effet que la tératogénie sera d'autant plus importante à ce moment-là. Il convient de l'associer à des campagnes d'information répétées. Rappelons que 12 500 femmes et adolescentes en âge de procréer suivent ce traitement en Belgique.

J'en viens au deuxième volet, qui concerne le recensement des patientes ayant pris du valproate de sodium durant la grossesse et dont l'enfant en a malheureusement subi directement les conséquences. Ce recensement est indispensable, mais il n'a toujours pas été établi.

Enfin, ma troisième préoccupation porte évidemment sur l'indemnisation des victimes. Comme vous n'êtes pas venue en commission et que cela a pas mal ramé à ce sujet, c'est le moins que l'on puisse dire,

reconnaissons qu'un changement d'attitude s'est produit entre l'année dernière, où l'on m'a presque vue comme une martienne quand je suis venue avec ce dossier, et aujourd'hui, où des collègues ont manifestement été convaincus – et je m'en réjouis.

Je voudrais que l'État et la majorité, cher Jean-Jacques, prennent leurs responsabilités. Les autorités sanitaires ont beaucoup trop tardé dans ce dossier. Le temps est venu de rattraper ce retard. Or vos mesures restent insuffisantes.

La **présidente**: Mme Jadin n'est plus là. Je passe donc la parole à Mme la ministre.

22.06 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, je remercie les différents membres de la Chambre qui m'ont interrogée.

Tout d'abord, madame Caprasse, la réunion avec l'Agence des médicaments et les associations de patients, à laquelle vous vous référez, n'a pas eu lieu à mon cabinet.

À la demande de la Commission des médicaments à usage humain, un groupe de travail a été mis en place en mars 2016, au sein de l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de santé (AFMPS) afin de se pencher sur la possibilité de l'apposition d'un avertissement visuel sur l'emballage des médicaments à effets tératogènes, comme la Dépakine, et de rassembler les informations sur les initiatives prises dans ce domaine dans les différents États membres de l'Union européenne. Les conclusions de ce groupe de travail ont été présentées à la Commission des médicaments à usage humain en sa séance du 16 décembre 2016 et ont été transmises sous forme de rapport à l'AFMPS, le 13 janvier 2017. Les conclusions validées et commentées par l'AFMPS m'ont été transmises fin janvier.

De Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik adviseert het volgende. Ten eerste moet een waarschuwingpictogram – dus geen bericht – op de verpakking van de teratogene geneesmiddelen worden aangebracht. Het betreft alle geneesmiddelen waarvoor bijkomende risicobeperkende maatregelen betreffende het teratogene risico nodig zijn. We hebben het dan bijvoorbeeld over educatief materiaal voor patiënten of gezondheidszorgbeoefenaars, zoals een programma ter preventie van de zwangerschap. Daarnaast geldt het voor alle geneesmiddelen waarvoor de samenvatting van de kenmerken uitdrukkelijk documenteert dat een risico op ontwikkelingstoxiciteit of teratogeniciteit is vastgesteld op basis van de analyse van de resultaten van studies bij mensen.

Parallel moet ook een informatiecampagne over de betekenis van het pictogram naar de patiënten en artsen worden gelanceerd.

Ten tweede moet er een onafhankelijke effectiviteitsstudie wordt uitgevoerd om de doeltreffendheid van de maatregelen te beoordelen, en moet een *teratology information service* worden opgericht.

De eerste analyse van het FAGG leert dat het pictogram, zoals aanbevolen door de Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik, zou moeten worden aangebracht op ongeveer 50 % van alle geneesmiddelen. Dat heeft kolossale gevolgen voor zowel het FAGG als de industrie.

L'AFMPS ne suit que partiellement les recommandations de la Commission des médicaments à usage humain. Ainsi, elle ne recommande pas d'apposer un pictogramme sur l'emballage des médicaments à effet tératogène, ceci afin d'éviter que des interprétations erronées conduisent soit à un sentiment de sécurité inapproprié en l'absence de pictogramme, soit à un arrêt spontané d'un traitement éventuellement indispensable pour le patient quand un pictogramme est présent.

Après discussion avec l'AFMPS, des campagnes d'information répétées de manière régulière seront organisées afin d'informer les patients, et plus particulièrement les femmes en âge de procréation et les femmes enceintes, sur les risques liés à la prise de médicaments pendant la grossesse et la nécessité de consulter toujours son médecin ou son pharmacien. Des campagnes de sensibilisation des médecins et du personnel soignant seront également organisées.

Un pictogramme sera apposé sur l'emballage de tous les médicaments contenant du valproate. Sanofi, la firme qui a développé le valproate, a en effet pris cette initiative au niveau mondial. Il me paraît important, dans un souci de cohérence, d'élargir la mesure à l'ensemble des médicaments contenant du valproate, molécule originale et générique comprise.

La Belgique portera au niveau européen la question plus large de l'ensemble des produits potentiellement tératogènes. Il est en effet important d'avoir une approche commune et cohérente dans les différents pays de l'Union européenne. À ce jour, seule la France a pris des mesures visant à apposer un pictogramme sur ce type de produit.

En ce qui concerne l'indemnisation des familles concernées, il n'y a actuellement pas de mesures spécifiques prévues en dehors des recours possibles au Fonds des accidents médicamenteux. Il est difficile de faire des promesses au sujet d'un fonds d'indemnisation spécifique comme celui créé en France. Ceci n'est pas facilement réalisable et n'entre pas dans mes compétences.

Il est très important d'éviter de nouvelles victimes. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de prendre les mesures complémentaires que je viens de décrire. Celles-ci viennent s'ajouter aux mesures de minimisation des risques mises en place en 2014 suite aux recommandations faites par le Pharmacovigilance Risk Assessment Committee au sein de l'EMA après réévaluation des risques associés à la prise du valproate.

Ces mesures peuvent se résumer comme suit.

Tout d'abord, les notices destinées au public et les résumés des caractéristiques du produit des médicaments contenant le valproate ont été mis à jour et mentionnent désormais que chez les enfants et adolescents de sexe féminin et chez les femmes en âge de procréer, le traitement par valproate doit être prescrit et surveillé par un médecin spécialiste de l'épilepsie ou de troubles bipolaires.

Il est également indiqué que le valproate peut provoquer des malformations et des troubles du développement psychomoteur chez l'enfant s'il est pris pendant la grossesse. Si vous êtes une femme en âge de procréer, vous devez utiliser une contraception efficace pendant votre traitement. Le traitement doit être instauré uniquement en cas d'inefficacité ou d'intolérance aux autres traitements et le bénéfice du médicament doit être réévalué attentivement par le médecin traitant à intervalles réguliers au cours du traitement. Ceci a également été mentionné dans une communication directe aux professionnels de la santé.

Een artikel in de maandelijkse periodiek *Folia* van maart 2015 werd ook gewijd aan valproaat.

Dit artikel is ook bestemd voor gezondheidszorgbeoefenaars en bevat informatie om zwangere vrouwen of vrouwen in de vruchtbare leeftijd te waarschuwen voor de risico's tijdens de zwangerschap.

Naar aanleiding van de Europese aanbevelingen moesten de betrokken farmaceutische bedrijven educatief materiaal ontwikkelen om te informeren omtrent de risico's geassocieerd met valproaat bij zwangere vrouwen of vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Het materiaal omvat een gids voor gezondheidszorgbeoefenaars, een informatiefolder voor patiënten, die artsen moeten geven aan hun patiënten en die ze nodig hebben om met hen de risico's te bespreken, en een formulier voor ontvangstbevestiging van risico-informatie, dat de arts en de patiënt moeten ondertekenen.

Het FAGG heeft de aanbevelingen met betrekking tot de versterking van de gebruiksbepalingen van valproaat van het Europese Risicobeoordelingscomité voor geneesmiddelenbewaking (PRAC) gepubliceerd. De aanbevelingen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn in lijn met de eerder vermelde risicobeperkende maatregelen die van kracht zijn sedert 2014.

La **présidente**: Avant de passer aux répliques, je vais devoir me faire remplacer. Je dois en effet assister à un débat sur les personnes transgenres et transsexuelles.

Président: Daniel Senesael.

Voorzitter: Daniel Senesael.

22.07 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la ministre, il faut mettre fin à ce scandale. Il est inadmissible que des femmes enceintes se voient encore prescrire ce type de médicaments. Grâce à la plainte contre X déposée par quelques victimes, on peut espérer que des responsabilités seront établies, tant par les firmes pharmaceutiques que par les acteurs concernés. Mais cela ne suffit pas: il y a une responsabilité de santé publique de ce dossier. Nous comptons vraiment sur vous pour prendre toutes les mesures nécessaires.

22.08 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik sluit mij aan bij mijn collega.

22.09 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Moi aussi.

22.10 **Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, je serai un peu plus longue mais rapide.

Madame la ministre, c'est Sanofi qui a décidé de mettre un logo. Vous n'avez donc pas le choix puisque Sanofi vous dicte l'obligation d'imposer le logo pour tous les autres médicaments qui contiennent du valproate.

Par ailleurs, je ne peux que déplorer le fait que l'AFMPS, en collaboration avec votre cabinet, ait refusé le logo alors que la Commission des médicaments à usage humain avait rendu un avis positif pour la mise en place de ce type de logo sur les médicaments tératogènes. Puis-je vous rappeler que sur ma proposition de loi, tout le secteur (les médecins, les pharmaciens, les associations de patients, plates-formes du Nord et du Sud du pays) convergeait pour appliquer ce logo.

Vous expliquez que ce n'est pas un bon plan car la patiente risque d'arrêter le médicament de façon inadaptée. Permettez-moi de vous dire que dans la notice, il est écrit exactement la même chose. Si je suis votre argumentation, cela signifierait qu'il faudrait supprimer cet élément de la notice, ce qui est un non-sens.

Votre argument de l'Europe ne tient que partiellement. Vous savez aussi bien que moi que des packagings sont adaptés aux pays puisqu'il faut prendre en compte la langue. Chez nous, par exemple, plusieurs langues sont obligatoires sur ce packaging.

Le choix de ne pas l'étendre à tous les médicaments tératogènes est, selon moi, une erreur qui est de la responsabilité de l'État. Vous savez aussi bien que moi que sans base légale, toute une série de firmes pharmaceutiques ne le feront pas. Je ne parle pas que du valproate mais aussi des autres médicaments à effet tératogène.

Demain, que ce soit dans cinq ou dans dix ans, nous reviendrons débattre de ce problème, mais au sujet d'un autre médicament.

Par ailleurs, je regrette que vous n'ayez parlé ni du recensement ni de l'indemnisation des patientes et, surtout, de leur enfant.

22.11 **Maggie De Block**, ministre: Vous ne m'avez pas bien écoutée, parce que j'en ai parlé.

22.12 **Catherine Fonck** (cdH): Oui, enfin, vous renvoyez à la Justice, mais c'est un peu court. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Madame Fonck, votre question n° 15523 porte sur la kinésithérapie.

22.13 **Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, je dois partir. J'aimerais donc que l'on reporte mes questions suivantes.

Le **président**: Ce ne sera pas pour la semaine prochaine, mais pour le 29.

Donc, les questions suivantes de Mme Fonck, sont reportées (n^{os} 15523, 15538, 15539, 15763, 15764, 15783, 15784, 15785, 15786, 15787, 15790, 15791, 15882, 16086, 17161, 16737, 16721, 16767, 16768, 17133, 17173 et 17184).

23 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les appels à projets aux hôpitaux belges dans le cadre de l'e-santé" (n° 15671)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les projets pilotes en e-santé" (n° 15969)
- M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le soutien aux applications mobiles dans le domaine de la santé" (n° 15704)

23 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de projectoproepen aan de Belgische ziekenhuizen in het kader van e-gezondheid" (nr. 15671)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de proefprojecten met gezondheidsapps" (nr. 15969)
- de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de steun voor gezondheidsapps" (nr. 15704)

23.01 **Gautier Calomne** (MR): Madame la ministre, un budget de 3,5 millions d'euros a été débloqué pour le développement d'applications mobiles pour *smartphones* grâce auxquelles les médecins peuvent surveiller à distance l'état de santé de leurs patients. Il est évident que l'investissement dans ces nouvelles technologies est une nécessité pour favoriser l'amélioration de l'offre de couverture médicale de l'ensemble de nos concitoyens. Je ne peux que vous encourager à poursuivre dans cette démarche. Néanmoins, je souhaite en savoir davantage sur les objectifs de ces nouveaux moyens ainsi mobilisés.

Madame la ministre, quelles sont les applications mobiles ayant été retenues dans le cadre de ce projet? Concrètement, comment ont-elles été choisies? Sur le plan médical, quels sont les objectifs poursuivis? Quelles sont les synergies prévues avec les représentants des professionnels de la santé (je pense en particulier aux médecins) pour favoriser la réappropriation des outils soutenus par le gouvernement? Quel est le champ de la couverture médicale prévue par ces nouveaux outils? Pourriez-vous nous communiquer un calendrier prévisionnel pour la réalisation de ce chantier? Je vous remercie pour les réponses que vous voudrez bien donner à mes questions.

23.02 **Daniel Senesael** (PS): Madame la ministre, en juin 2016, un budget de 3,25 millions d'euros avait été débloqué pour soutenir la mise en place de projets pilotes e-santé dans cinq domaines de la santé, à savoir le diabète, la santé mentale, les accidents vasculaires cérébraux, les soins cardiovasculaires et les douleurs chroniques.

Alors que je vous interrogeais sur le sujet en octobre dernier, vous m'annonciez que 97 propositions de projets avaient été reçues et qu'une procédure d'évaluation avait été amorcée. Par ailleurs, vous précisiez que, à la suite de cette évaluation, les projets sélectionnés allaient être lancés au cours du mois de décembre.

Madame la ministre, pouvez-vous faire le point sur les différents projets qui ont été retenus, en fonction des cinq thèmes précités, parmi les 97 propositions reçues? Sont-ils déjà mis en œuvre?

Pouvez-vous nous préciser la durée et les modalités d'évaluation de ces projets pilotes? Quelle suite sera-t-elle réservée aux projets dont l'évaluation sera considérée comme positive?

23.03 **Maggie De Block**, ministre: L'appel à projets relatif aux initiatives en matière de *mobile health* a été diffusé en date du 1^{er} juillet 2016 via un communiqué de presse en français et en néerlandais sur le site de l'INAMI ainsi que sur mon site. Une procédure semblable a été utilisée pour d'autres appels à projets, y compris pour des projets en matière d'hospitalisation ou d'accouchement avec séjour écourté.

La démarche proposée ainsi que l'appel proprement dit ont fait l'objet de diverses communications dans le cadre du groupe de travail intercabinets e-santé de la Conférence interministérielle Santé publique, groupe de travail auquel participent également des représentants du ministre wallon de la Santé et de son administration.

Dès le 15 avril 2016, une première discussion avait lieu au sein de ce groupe de travail concernant les types d'application qu'il convenait de tester via des projets-pilotes.

Lors de la réunion de mai, les cinq thèmes retenus ont été communiqués aux membres du groupe de travail en précisant que l'appel serait lancé au début du troisième trimestre, que la sélection de projets était planifiée pour le quatrième trimestre 2016 et que les projets démarreraient, début 2017.

Au mois de juin, une enquête a été lancée au sein du secteur pour inventorier les types d'application présentés dans le domaine des soins de santé. Lors de cette enquête, l'annonce d'un appel à projets a été diffusée et les membres du groupe de travail intercabinets ont été informés que la démarche avait été approuvée par le comité de l'assurance de l'INAMI.

Lors de sa réunion de septembre, le groupe de travail intercabineets a été informé des décisions prises par le Comité de pilotage responsable de l'action 19 du Plan e-Santé en matière de composition du Comité de sélection de projets, de critères de sélection et de critères qualitatifs d'évaluation des projets en rappelant le *timing*. Il y a, premièrement, l'introduction des candidatures jusqu'au 30 septembre 2016. Les acteurs de terrain disposent de trois mois pour rédiger leurs propositions. Deuxièmement, il y a la sélection des candidatures sur la base des dossiers et *pitches* au mois d'octobre; la décision en matière de financement et de projets en novembre, la notification des projets retenus en décembre. À chaque fois, le calendrier a été discuté.

Les différentes informations communiquées dans le cadre du groupe de travail inter-cabinets ont également été notifiées dans les rapports de réunions communiqués aux membres et, ce, comme toujours. Il n'y a eu aucune communication spécifique vers les hôpitaux, qu'ils soient bruxellois, wallons ou flamands. L'appel à projets n'était d'ailleurs pas destiné spécifiquement aux hôpitaux mais bien à l'ensemble des acteurs de soins. Chaque projet introduit devait associer à la fois les prestataires de soins et au moins un fournisseur d'applications. De nombreuses candidatures introduites émanaient d'acteurs, en ce compris les acteurs wallons, et n'étaient pas liées à un hôpital en particulier.

Au total, 97 candidatures ont été introduites et 24 projets ont été retenus. La proportion de projets francophones et néerlandophones est d'environ de 70/30, soit 30% francophones et 70% néerlandophones tant au niveau des candidatures proposées qu'au niveau des projets retenus. Nous rédigeons actuellement chaque contrat en fonction de son projet après quoi ils pourront être lancés. Les conclusions sont attendues fin 2017.

On a respecté la même clé de répartition linguistique néerlandophone/francophone pour les projets introduits que pour les projets retenus. Avec l'ensemble des membres, nous avons retenu parmi les conditions la qualité et la diversité. Je ne sais pourquoi tant de réunions ont été nécessaires. Il y en a eu chaque mois. On m'a écrit que je n'avais pas averti les francophones. C'est chaque fois la même façon de travailler avec les réunions du groupe de travail et, à chaque fois, les notifications sont faites et transmises à chacun.

Ce n'est pas à cause de cela. J'ignore si c'est un autre mécanisme. Avant d'entamer le projet pilote, on a étudié la méthode et tenté de déterminer la façon de travailler ensemble pour être certain que tous soient concernés. Pour moi, c'est un mystère. Les francophones étaient à tout moment concernés. Je ne comprends pas.

23.04 **Gautier Calomne** (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse.

23.05 **Daniel Senesael** (PS): Je me joins à ces remerciements pour une réponse claire, précise et circonstanciée.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

24 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme du financement des hôpitaux et les programmes régionaux de construction hospitalière" (n° 15672)

- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir des services de maternité et de pédiatrie" (n° 15776)

- M. Stéphane Crusnière à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les potentielles fermetures du service SMUR de l'hôpital de Tubize et du service de maternité de l'hôpital de Nivelles" (n° 15995)

- Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport intermédiaire du projet pilote de maternité light" (n° 16073)

- M. Benoît Piedboeuf à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vision du paysage hospitalier" (n° 16522)

- M. Jean-Marc Delizée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme du secteur hospitalier et l'avenir de la maternité et du service de pédiatrie du CSF de Chimay" (n° 17163)

- M. Jean-Marc Delizée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme du secteur hospitalier et l'avenir du service des urgences du CSF de Chimay" (n° 17164)

24 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de regionale programma's voor de bouw van ziekenhuizen" (nr. 15672)
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de kraam- en kinderafdelingen" (nr. 15776)
- de heer Stéphane Crusnière aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijke sluiting van de mug van het ziekenhuis in Tubeke en van de kraamafdeling van het ziekenhuis in Nijvel" (nr. 15995)
- mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tussentijdse rapport over het proefproject voor een kraamverblijf light" (nr. 16073)
- de heer Benoît Piedboeuf aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de visie op het ziekenhuislandschap" (nr. 16522)
- de heer Jean-Marc Delizée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de ziekenhuissector en de toekomst van de kraam- en pediatrieafdeling van het CSF te Chimay" (nr. 17163)
- de heer Jean-Marc Delizée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de ziekenhuissector en de toekomst van de spoeddienst van het CSF te Chimay" (nr. 17164)

24.01 **Benoît Piedboeuf** (MR): Monsieur le président, madame la ministre, votre volonté est d'améliorer la qualité des soins et de tabler sur l'effet "volume" pour certaines spécialités. Reste que, dans les zones moins densifiées, un service de soins de santé doit être assuré. C'est la base du projet Vivalia 2025 en province de Luxembourg.

Madame la ministre, afin de bien profiler le modèle, pouvez-vous nous donner succinctement votre vision du socle de base minimum à assurer sur place? Un hôpital de haut niveau, sauf spécialités réservées à un ou deux sites en Belgique, est-il compatible avec votre vision de l'évolution du paysage hospitalier? Si oui, dans quelle mesure?

Le **président**: Madame la ministre, je vous demande de bien vouloir accepter nos excuses car notre méthode de travail est quelque peu décousue et il n'est pas facile de suivre. De plus, je comprends aisément qu'il soit plus difficile de répondre, lorsque plusieurs questions sont jointes et qu'un seul membre est présent pour poser sa question. Toutefois, cela permet d'avancer. Les absents perdent leur tour. Si on ne procède pas de cette manière, on nous reprochera encore de ne pas avancer dans les questions.

24.02 **Maggie De Block**, ministre: Néanmoins, quand il y a tant de questions sur un sujet, cela veut dire qu'il y a des choses à préciser. Je vais le faire pour M. Piedboeuf qui est le seul à être présent.

Monsieur Piedboeuf, comme vous le savez, la réforme des hôpitaux est l'un des chantiers principaux au sujet duquel nous communiquerons bientôt. Tout changement cause une certaine réticence. Cela vaut également pour le monde des hôpitaux. Cependant, j'ai choisi de mener une politique qui me permet de garder les soins de santé belges à un haut niveau, voire même d'en améliorer la qualité et qui, en plus, permet de préparer nos soins de santé ainsi que le paysage hospitalier aux évolutions démographiques et médico-technologiques.

Cette importante réforme se déroule dans les limites des possibilités budgétaires actuelles. Nos soins de santé doivent rester abordables à l'avenir, tant pour les pouvoirs publics que pour les patients. Beaucoup de choses ont changé au niveau des soins mais aussi dans notre société et ce, dans de nombreux domaines. Notre vision de la notion de qualité a été revue suite aux nombreuses études internationales et belges menées entre autres par le KCE et qui démontrent que la qualité des soins hospitaliers est en grande partie déterminée par l'expertise médicale. Éventuellement au sein d'une équipe multidisciplinaire, cette expertise est surtout nécessaire dans des cas complexes et pour les pathologies moins fréquentes mais elle est aussi vitale, au sens littéral, pour être capable d'intervenir de manière adéquate en cas de complication lors d'une intervention en cas de pathologie courante.

Les prestataires de soins ne peuvent acquérir et entretenir cette expertise qu'en voyant suffisamment de patients.

L'accessibilité des soins va bien au-delà de la distance vers un hôpital. Certains sont préoccupés par le fait qu'à l'avenir, les patients devront peut-être se déplacer un peu plus loin pour bénéficier de soins adéquats.

Mais soyons honnêtes, notre large infrastructure routière fait que la proximité des soins est un concept relatif. Je dis souvent que nous ne sommes pas au Canada, ici. Les temps de trajet dans les métropoles sont à certains moments de la journée bien plus problématiques que dans les zones rurales. De plus, la proximité des soins n'est pas toujours synonyme de qualité de soins.

Les pays scandinaves, par exemple, ont un système de soins de santé très performant, accessible à tous les habitants, y compris à ceux provenant des zones à faible densité de population, mais sans pour autant déployer tous les soins médicaux et tous les soins hospitaliers dans chacune des régions isolées. Lorsque j'ai visité le Danemark, j'ai constaté qu'avant leur réforme qui leur a pris vingt ans, ils avaient aussi de petits hôpitaux sur leurs petites îles. À présent, leurs soins se sont améliorés et sont de meilleure qualité. Leur infrastructure comprend par exemple des hélicoptères, vu la particularité de leur territoire.

Nous nous organisons afin que le patient puisse être vu par un médecin partout et à tout moment et, si nécessaire, bénéficier des premiers soins pour ensuite, le cas échéant, poursuivre son traitement ailleurs, notamment là où l'expertise, la technologie et les appareils requis sont disponibles.

Cette organisation doit prévoir une disponibilité des médecins et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), sept jours sur sept, 24 heures sur 24, et pas nécessairement dans un service d'urgence spécialisé au sein de l'hôpital. Il existe également des règles concernant les SMUR et la législation garantit une couverture suffisante du territoire.

L'affectation des moyens publics limités doit être beaucoup plus efficace. Nous n'y arriverons pas en organisant de nombreuses permanences 24 heures sur 24, sept jours sur sept, par exemple pour les maternités qui ont moins d'un accouchement par 24 heures et les services qui ont une activité trop faible. Cela implique une utilisation inefficace du personnel et des moyens, mais aussi le fait qu'il y a de fortes chances que, les prestataires de soins n'ayant pas suffisamment d'opportunités d'acquérir l'expertise ou de la préserver, la qualité soit insuffisante.

Cela ne vaut pas que pour les salles d'accouchement. L'efficacité et la qualité des soins vont aussi de pair dans les unités de soins infirmiers. Je prends encore l'exemple des maternités. En Belgique, les maternités ont un taux d'occupation de moins de 50 %. Une réduction du nombre de maternités, tout en augmentant le taux d'occupation des lits, sera bénéfique pour la qualité des soins pour la mère et son bébé, mais aussi pour la satisfaction des infirmiers et sages-femmes. Car, même pour un nombre limité de patients dans une petite maternité, il faut continuer à assurer la permanence, avec une équipe beaucoup plus restreinte. Il est donc bel et bien utile de concentrer les accouchements dans un nombre limité de maternités.

Il va de soi que cela entraîne des problèmes liés à la transition et qu'il convient donc de prévoir des mesures transitoires pour accompagner ce changement.

Comment allons-nous procéder concrètement pour mettre en place les réformes des hôpitaux? Comme je l'ai déjà indiqué en septembre dernier au sein de cette commission, la cellule stratégique a eu une concertation périodique avec un représentant des médecins, les coupoles hospitalières - vous savez qu'il y en a plusieurs en Wallonie - et les mutualités, en plus des entretiens bilatéraux réguliers avec les différentes parties prenantes.

En outre, nous soumettons nos plans aux entités fédérées au sein de la commission interministérielle Santé publique et, dans l'esprit de la déclaration commune de 2015, nous espérons pouvoir arriver à une vision commune.

Enfin, en ce qui concerne les projets pilotes relatifs aux accouchements avec séjour hospitalier écourté, nous avons sélectionné sept projets pilotes l'année dernière afin qu'ils puissent exécuter leur plan. Les partenaires de ces projets ont commencé leurs travaux l'été dernier et/ou en septembre dernier. Nous attendons leur première évaluation intermédiaire un an après et nous ne sommes donc pas encore en mesure de vous fournir un rapport à ce sujet. Nous y reviendrons.

24.03 **Benoît Piedboeuf** (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Pour ce qui est de la mobilité que vous évoquiez en début de réponse, il va de soi qu'on devra en tirer aussi les conséquences quant à des infrastructures, notamment ferroviaires, pour permettre aussi la circulation de patients éventuellement par le train.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

25 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique" (n° 15786)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes liés à Recip-e" (n° 16336)
- M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique" (n° 17076)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le refus de certains médecins de passer à la prescription électronique" (n° 17158)
- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la généralisation de la prescription électronique à partir du 1^{er} janvier 2018" (n° 17222)

25 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift" (nr. 15786)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problemen die voortvloeien uit Recip-e" (nr. 16336)
- de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift" (nr. 17076)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de weigering van sommige artsen om naar het elektronische voorschrift over te schakelen" (nr. 17158)
- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de algemene invoering van het elektronische voorschrift vanaf 1 januari 2018" (nr. 17222)

25.01 **Gautier Calomne** (MR): Madame la ministre, le 31 décembre 2017 devrait marquer la fin d'une époque, avec l'arrêt de toute forme de prescription rédigée sur format papier. La délivrance de documents numériques, baptisés Recip-e, devrait prendre le relais au sein des cabinets, sur la base de dossiers médicaux préalablement compilés grâce à l'outil informatique.

Malgré l'intérêt d'adapter le système de soins de santé aux dernières technologies, d'améliorer l'efficacité des mesures prises au profit de la collectivité et d'augmenter la sécurité et la clarté du contenu des prescriptions, on ne peut rester insensible à certaines critiques émises par les professionnels.

À ce propos, j'ai pu prendre connaissance de plusieurs témoignages de ceux-ci. Je souhaiterais citer l'un d'entre eux qui a été publié dans la presse: "Comment imaginer qu'un médecin généraliste de 60 ans, approchant la fin de carrière, va commencer à encoder ses milliers de dossiers dans un logiciel pour avoir encore le droit de prescrire? (...) Informatiser ses dossiers ne présente aucun intérêt et constitue une lourde charge. Je veux rester maître du choix de mes outils. (...) J'ai déjà une valise médicale qui dépasse les 12 kilos. Je ne me vois pas déployer un portable, une imprimante numérique, capter un wifi dont tout le monde a oublié le code ou une 3G improbable dans certaines régions, pour finalement imprimer un document qui me prenait moins de deux minutes à la main précédemment".

J'ai précisé, madame la ministre, qu'il s'agissait de citations qui avaient été publiées telles quelles dans la presse. Il est évidemment important de pouvoir rectifier cela. Il est évident que les réformes promues par le gouvernement fédéral vont dans le bon sens. Elles vont permettre de réaliser des économies de temps, d'argent et surtout de renforcer la performance du cadre général. La question de l'opportunité de mesures transitoires pour le nouveau régime en projet peut se poser, eu égard en particulier aux médecins qui ne sont pas du tout technophiles, notamment dans la catégorie des professionnels plus âgés.

Madame la ministre, quel regard portez-vous sur les craintes qui ont été exprimées par les professionnels de la médecine? J'en ai cité quelques-unes qui prêtent peut-être à sourire mais il en existe d'autres plus nuancées. Avez-vous eu l'occasion de rencontrer les représentations sectorielles à ce sujet? Quels messages leur avez-vous communiqués à ce sujet?

Enfin, quelles sont les mesures prévues pour faciliter, dans les meilleures conditions, le changement de régime de ces prescriptions? Des dispositions transitoires sont-elles actuellement à l'examen ou d'ores et déjà prévues par vos services? Nous souhaiterions vous entendre sur cette question.

25.02 Daniel Senesael (PS): Je ne répéterai pas les propos tenus par M. Calomne. Madame la ministre, je me limiterai à me faire le relais de certaines inquiétudes de professionnels.

Il se fait que je me trouvais hier matin chez le généraliste pour une déchirure musculaire. Il commençait justement ses prescriptions électroniques et disait combien ce n'était pas facile en région rurale en raison d'une mauvaise connexion.

Comme M. Calomne, je me demande si des dispositions transitoires sont prévues pour aider les personnes qui manient plus difficilement l'outil informatique ou qui connaissent des problèmes de connexion.

25.03 Maggie De Block, ministre: Afin de garantir que la prescription électronique réponde aux critères des prestataires de soins concernés, le projet a été sous-traité par l'INAMI à l'ASBL Recip-e, une ASBL créée et gérée par les prescripteurs et délivreurs. Là aussi, les prescripteurs sont déjà concernés.

La prescription électronique a été disponible depuis 2012 et déployée progressivement. Le circuit a été modifié au 1^{er} janvier 2017, mais la prescription n'est pas encore obligatoire. La modification du circuit implique qu'en cas de prescription électronique, le document délivré n'est plus une prescription. Il reprend bien les médicaments prescrits de sorte que les pharmaciens soient obligés d'aller chercher la prescription électronique. Cela ne pose pas vraiment de problème, étant donné que, maintenant, 95 % des pharmaciens utilisaient déjà le Recip-e.

L'obligation de travailler par prescription électronique est beaucoup commentée en ce moment, avec beaucoup de caricatures. Elle entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018. On est en train d'examiner l'opportunité d'ajouter ou non encore de nouvelles mesures transitoires.

Nous tenons compte des remarques qui ont déjà été formulées, par exemple sur l'ordinateur de 12 kilos. De plus, la période transitoire va durer cinq ans, ce qui n'est pas rien.

Nous avons constaté des problèmes et nous avons déjà pris deux mesures. Tout d'abord, l'ASBL Recip-e a engagé un manager de crise, qui doit prendre en charge les problèmes avant la fin du mois d'avril. Il est vrai que cette ASBL a eu des maladies de jeunesse. Nous ne le permettons pas, car nous avons payé pour avoir un produit efficace, ce qu'ils nous avaient promis.

Deuxièmement, nous avons décidé d'ajouter une période supplémentaire de six mois. Pour l'ASBL Recip-e, cela signifie six mois supplémentaires, donc jusqu'au 1^{er} juillet 2017, pendant lesquels nous pourrions vérifier si des gens utilisent le système Recip-e.

Vous savez que l'INAMI finance des formations pour un budget annuel d'un million d'euros, tandis que l'organisation de cours pour fournisseurs de soins est de compétence communautaire. Lors de la Conférence interministérielle, nous avons eu une discussion pour savoir quels cours se remplissaient du côté francophone et néerlandophone. J'ai alors répondu que, pour moi, c'était important pour notre système et que la charge serait imputée à mon budget. Les discussions tournaient autour du comptage des francophones et des néerlandophones, qui va payer quoi etc. J'ai immédiatement dit que j'allais prendre le budget dans mon ministère parce que cela m'importe peu qu'il y ait plus ou moins de langues.

Quand cela sera obligatoire, le 1^{er} janvier, je veux aussi que tous les problèmes soient résolus et qu'il ne réside aucune incertitude à ce moment-là. Au mois de février, plus de neuf mille médecins ont envoyé 2,560 millions d'ordonnances Recip-e, ce qui est beaucoup pour un mois.

Il semble que ce soit la même chose pour les dentistes. Il faut savoir que seuls 1 700 d'entre eux ont envoyé 14 000 Recip-e d'ordonnance. Par ailleurs, presque 500 pharmaciens ont retiré 2 100 000 Recip-e. La croissance est exponentielle.

Maintenant, vous dites qu'il y a des problèmes d'internet dans certaines régions. Je dois me renseigner. En effet, ce n'est pas le cas à Bruxelles, ni en Flandre. En effet, j'habite dans une petite commune. On y trouve partout la 4G. Mais cette question relève de la compétence des Communautés.

En tout cas, disposer d'internet est, selon moi, d'autant plus important que bientôt, tout sera informatisé. Ce faisant, les gens qui ne pourront pas y avoir facilement accès se retrouveront isolés.

Ma petite-nièce est étudiante. Elle doit envoyer ses devoirs aux professeurs. L'agenda change plusieurs fois par jour. On ne peut envoyer les étudiants dans une commune mieux située pour avoir une connexion. J'en parlerai au ministre compétent de votre Communauté.

25.04 Gautier Calomne (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour les différentes réponses que vous nous avez apportées. J'ai pris bonne note de votre ouverture par rapport à la question des mesures transitoires et votre souhait d'intégrer, autant que possible, les différentes remarques qui ont été formulées par les professionnels de la santé inquiets face à certaines de ces questions. J'ai bien entendu aussi que vous souhaitiez que tous les problèmes soient résolus au moment où le dispositif sera rendu obligatoire. C'est important de le signaler et de le communiquer clairement. Je vous en remercie.

25.05 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je voudrais signaler, même si je sais que ce n'est pas vous qui en êtes tributaire, que dans certaines zones plus vallonnées – la Flandre est plus plate – et surtout dans les régions transfrontalières – nous avons dans mon entité une frontière de 23 km commune avec la France – les connexions ne s'établissent pas de manière immédiate. C'est plus compliqué. Je voulais simplement attirer votre attention à ce propos.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

26 Question de M. Benoît Piedboeuf à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente 'proxi-urgence'" (n° 16067)

26 Vraag van de heer Benoît Piedboeuf aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dringende medische hulpverlening in zogenaamde 'proxi-urgences'" (nr. 16067)

26.01 Benoît Piedboeuf (MR): Madame la ministre, dans le cadre de l'appel à projets que vous aviez lancé, Vivalia avait rentré un modèle d'organisation de l'aide médicale urgente appelé "proxi-urgence" visant, en zone rurale, à assurer une couverture AMU qui met tous les patients, quel que soit leur lieu de résidence, dans la situation de pouvoir être secouru avec un IML de 15 minutes.

Pourriez-vous me dire où en est ce dossier et d'une manière générale, quelle est votre vision, dans la perspective de la réforme du paysage hospitalier, que vous avez évoquée tout à l'heure et qui suppose d'amener les patients dans les lieux les plus appropriés pour être soignés? Quelle est votre vision de l'organisation des urgences plus particulièrement en zone rurale. Je vous remercie pour votre réponse.

26.02 Maggie De Block, ministre: Je dispose de la réponse en néerlandais. Je vais faire l'effort, monsieur Piedboeuf. Cela concerne l'aide urgente dans votre région. On a développé un plan concernant l'aide urgente. On va également mener une réforme dans cette aide urgente. Il y a une partie des ambulances qui ne sont pas dans les services publics, et qui ont un contrat avec nous, tandis que les services publics, pour des raisons historiques, n'ont pas fait cela.

Les commissions provinciales pour l'aide urgente ont, dans leurs tâches d'organisation, le contrôle des services avec lesquels il n'y a pas de contrat. Là aussi, ils doivent répondre à des exigences de qualité. Va-t-on réorganiser les services et les moyens budgétaires? Oui. Aujourd'hui, il y a 426 ambulances disponibles. Parmi elles, certaines sont très demandées, d'autres très peu. Dans certains centres qui disposent de quatre ambulances, la quatrième n'est quasiment jamais utilisée.

Des simulations ont été faites et il en ressort qu'au moins 350 ambulances sont nécessaires sur notre territoire pour répondre au *service level*, c'est-à-dire une répartition territoriale efficace et une arrivée auprès du patient dans les quinze minutes.

Là, il s'agissait vraiment d'un exercice sur l'efficacité. On constate qu'à ce jour aucun *service level* n'a été imposé dans l'aide urgente. Mais 84 % des interventions sont faites en moins de 15 minutes. Je voudrais parvenir à augmenter ce pourcentage.

C'est un gros dossier, que je partage avec le ministre de l'Intérieur. Il y a de nombreux services ambulanciers. L'exercice requiert aussi des moyens. On va présenter cela dans quelque temps. Il faut encore réfléchir avec les autres ministres. Alors, on demandera d'injecter des moyens. Je pense que notre pays a besoin d'une programmation qui élimine les zones grises où les ambulances sont en nombre insuffisant.

Ça a été fait par une coopération entre les services qui ont l'expérience et notre administration, y compris tous les groupes ambulanciers et certains pompiers.

Quand ils ont manifesté la semaine passée, c'est parce qu'ils savent qu'on a notre plan et qu'il faut aussi des moyens. Pour m'apporter leur soutien, ils ont manifesté avec trente ambulances devant ma porte. Ils étaient très gentils. J'ai fait des interviews avec leurs gyrophares, etc. et ils sont contents de l'élaboration de ce plan. Ils n'ont pas commencé à faire de bruit sinon je n'aurais pas pu donner d'interview.

C'est très important aussi pour les bourgmestres, pour tout le monde, nous y compris, qu'il y ait ce temps de moins de quinze minutes parce que sinon, vous savez, c'est frustrant. On a aussi travaillé sur le coût pour les patients parce que c'est important également. Quand l'ambulance doit venir de trop loin, le coût pour le patient est beaucoup plus élevé. Quand le patient doit payer 50 %, cela peut maintenant vraiment varier en fonction de l'ambulance qu'on envoie chez lui. Là aussi, on a travaillé sur ce modèle pour avoir un prix toujours identique.

26.03 Benoît Piedboeuf (MR): À partir du moment où votre objectif est le même que le nôtre, je n'ai pas tellement d'inquiétudes. La raison pour laquelle je parlais du dossier Proxi-urgence de Vivalia, c'est que, comme nous avons les mêmes préoccupations, avec la volonté de ne pas avoir trop de dépenses, nous avons présenté un dossier qui pouvait être un dossier pilote. J'ai le sentiment que le dossier que nous avons préparé va aider à la réalisation de votre solution et donc je suis content. J'attends avec impatience votre projet de plan d'organisation de l'aide médicale urgente.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

27 Question de M. Benoît Piedboeuf à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les comités de direction des institutions hospitalières" (n° 16068)

27 Vraag van de heer Benoît Piedboeuf aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de directiecomités van de ziekenhuizen" (nr. 16068)

27.01 Benoît Piedboeuf (MR): Monsieur le président, madame la ministre, la prise de connaissance du rapport du KCE sur la réforme du mode de gouvernance pour les collaborations entre hôpitaux appelle la réflexion de l'articulation entre les recommandations du KCE et la législation wallonne sur les intercommunales lorsque - comme c'est le cas en Luxembourg - le conseil d'administration ne comprend que - façon de parler! - trente mandataires politiques, aucun médecin et aucun expert en dehors du staff de direction.

Pensez-vous que ce mode actuel doive évoluer pour rencontrer l'objectif de réseautage envisagé? Pensez-vous qu'il puisse rester le même tout en étant complété d'une structure faîtière comprenant, dans le cadre du réseau, un comité de direction alliant politiques et médecins des différentes institutions?

27.02 Maggie De Block, ministre: Tout d'abord, je n'ai pas de réponse à cette question, pour deux raisons. La première est qu'il s'agit d'une question plutôt d'ordre politique. La deuxième est que mes services ne sont pas arrivés à répondre aux questions inscrites au-delà du point 70 de notre agenda.

27.03 Benoît Piedboeuf (MR): Je propose donc de transformer cette question en question écrite.

27.04 Maggie De Block, ministre: Je vous en remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président:** Il est donc inutile d'aller au-delà de ce point d'agenda. M. Frédéric étant arrivé, nous revenons au point 40.

28 Questions jointes de

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les anticoagulants de nouvelle génération" (n° 15782)

- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût des NOAC et leur prise en charge par l'INAMI" (n° 15793)

- Mme Ine Somers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du Centre fédéral d'expertise relative à l'anticoagulation et la fibrillation auriculaire" (n° 15802)

28 Samengevoegde vragen van

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de anticoagulantia van de nieuwe generatie" (nr. 15782)

- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe orale anticoagulantia NOAC's en de terugbetaling door het RIZIV" (nr. 15793)

- mevrouw Ine Somers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het KCE inzake antistolling en voorkamerfibrillatie" (nr. 15802)

28.01 **André Frédéric** (PS): Monsieur le président, madame la ministre, veuillez excuser mon retard. J'étais en commission Attentats terroristes mais j'ai tenu à venir pour vous saluer.

Environ 200 000 Belges souffrent de fibrillation auriculaire pouvant conduire à des accidents vasculaires cérébraux provoquant la mort ou la paralysie. Pour éviter ces AVC, des anticoagulants sont prescrits.

Depuis 2012, de nouveaux anticoagulants oraux, les NOACs, sont utilisés pour cette pathologie. Ces nouveaux anticoagulants (Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Lixiana) sont plus faciles à prendre pour le patient puisque la dose est identique pour tous. Les patients traités sous anticoagulants de la génération précédente, comme le Sintrom, Marevan et Marcoumar, devaient quant à eux effectuer des prises de sang régulières afin d'établir la bonne dose. Cette nécessité entraîne un coût élevé des examens biologiques et un nombre important de consultations chez le médecin.

Selon un récent rapport du KCE, les NOACs présentent deux problèmes essentiels. D'une part, leur durée d'action réduite, qui implique une prise précise, réglée en heures là où les anciennes molécules couvraient le patient en jours. D'autre part, leur prix: ils coûtent dix fois plus cher que les anciennes molécules. Ils représenteraient pour notre assurance maladie un coût annuel supplémentaire qui avoisinerait les 100 millions d'euros.

Selon le KCE, malgré cette différence de prix le calcul du coût pour le restant de la vie du patient n'est pas beaucoup plus élevé. Le Centre d'expertise émet d'ailleurs des doutes sur la probité de certaines recommandations internationales dans ce cadre.

Les NOACs seraient pourtant un bon choix pour les patients chez qui les anticoagulants de l'ancienne génération ne fonctionnent pas correctement ou pour ceux chez qui des prises de sang régulières posent problème, mais à condition qu'ils les reçoivent à une dose appropriée et qu'ils observent scrupuleusement leurs prises quotidiennes ou biquotidiennes.

Sur la base de ce constat, le KCE estime qu'une renégociation du prix des NOACs s'impose.

Mes questions sont donc les suivantes.

Madame la ministre, comptez-vous entamer les discussions en vue d'une renégociation du prix des NOACs comme le recommande le KCE?

Si ces négociations n'aboutissent pas, envisagez-vous de restreindre l'utilisation de ces nouveaux anticoagulants ou d'en restreindre le remboursement? Avec à nouveau des conséquences directes pour les patients qui doivent prendre ce traitement spécifique.

Estimez-vous également que la probité de certaines recommandations internationales en la matière doit être remise en cause alors que vous utilisez également certaines recommandations internationales pour prendre des décisions dans d'autres dossiers importants?

28.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Frédéric, les NOACs, les nouveaux anticoagulants sont une nouvelle classe d'anticoagulants administrés par voie orale. On connaît leurs noms commerciaux. Vous en avez évoqué quelques-uns. Ils sont une alternative aux traitements standards par antagonistes de la vitamine K. Leur efficacité est comparable à celle des anti-vitamines K, voire légèrement supérieure. Contrairement aux anti-vitamines K, les NOACs ne nécessitent pas de prise de sang régulière pour trouver

la bonne dose. Il y a donc un important avantage pratique pour le patient. De même pour l'INAMI, sur les tests de laboratoire.

Les médecins prescrivent parfois des doses plus faibles de NOACs que celles étudiées, en particulier chez les patients âgés et ceux dont les reins ne fonctionnent pas bien, ce qui permet de réduire les risques de saignements. Le problème est que l'efficacité de ces doses plus faibles n'est pas prouvée, ce qui peut exposer les patients à des complications.

Ceci nous amène au prix des NOACs. Le coût pour l'INAMI est de 2,55 euros par patient et par jour. Ce coût est basé sur le prix officiel des NOACs. Le coût des AVK est nettement inférieur: 0,32 euro par patient et par jour auquel il faut ajouter le coût des tests en laboratoire et celui des consultations pour les prises de sang; coûts qui varient d'un patient à l'autre, en fonction du nombre de prélèvements, soit 0,57 euro par jour si on se base sur une fréquence d'un contrôle par mois. Le coût des AVK est donc de 0,89 euro par mois.

Il est important de souligner que le prix officiel des NOACs ne correspond pas au prix réel payé par la sécurité sociale. Les firmes accordent des ristournes à l'INAMI, dont l'importance varie en fonction du chiffre d'affaires. Leur niveau est strictement confidentiel. Les procédures pour conclure un tel contrat prévoient déjà des révisions, en fin de contrat, pour chaque molécule concernée. Compte tenu de cet élément, il n'y a aucune raison de renégocier le prix des NOACs dans leur totalité.

Le rapport du KCE sera soumis à la Commission de Remboursement des médicaments. Afin que les patients prennent les médicaments comme prescrits, nous avons aussi discuté de mesures envers les pharmaciens. Nous avons présenté aujourd'hui le pacte que nous avons passé avec ceux-ci. Il y aura un pharmacien de référence, le *huisapotheker*, à qui nous donnerons la possibilité de donner son avis au patient et de guider le patient dans son traitement, dans une sorte de fidélité thérapeutique. Une collaboration intégrée entre prestataires de soins est donc primordiale pour garantir la qualité des soins et l'observance thérapeutique.

Je trouve qu'il y a une grande différence de qualité de traitement pour le patient, mais ce n'est pas à moi de décider. Le rapport sera soumis à la Commission de Remboursement des médicaments, qui est indépendante. Nous verrons quelle sera leur décision.

28.03 **André Frédéric** (PS): Je remercie la ministre pour sa réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions jointes n° 15882 de Mme Catherine Fonck, n° 17006 de Mme Muriel Gerkens et n°^{os} 17027 et 17028 de M. André Frédéric sont reportées.

La réunion publique de commission est levée à 18.46 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.46 uur.