

Commission de la Santé et de  
l'Égalité des chances

du

MARDI 25 AVRIL 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en  
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 25 APRIL 2023

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 46 et présidée par M. Thierry Warmoes.  
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.46 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

*Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés par les auteurs.*

*De teksten die in cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.*

**01** Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La lutte contre l'alcool" (55035546C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan interfédéral alcool" (55035958C)

- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les lobbies et le plan alcool" (55036110C)

- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "De l'eau gratuite dans l'horeca" (55036109C)

**01** Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De strijd tegen alcoholgebruik" (55035546C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het interfederaal alcoholplan" (55035958C)

- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De lobbygroepen en het alcoholplan" (55036110C)

- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Gratis water in de horeca" (55036109C)

**01.01** Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vais aller droit au but. Je ne vais pas rappeler tout ce qui s'est passé mais juste vous faire part de mon incompréhension totale par rapport aux décisions qui sont prises. Les chiffres donnent le tournis: 10 000 décès prématurés par an sont liés à la consommation d'alcool; en moyenne, six jeunes de 12 à 17 ans sont admis chaque jour à l'hôpital en raison d'une consommation abusive d'alcool. L'alcool est, avec le tabac, une des causes majeures de cancers. C'est la première cause de mortalité sur nos routes. C'est la première cause de violences sexuelles et familiales. Cela représente un coût de quatre milliards par an pour la société. Et si – heureusement d'ailleurs – la majorité des Belges consomme de l'alcool de manière non problématique, des personnes sont malades et gravement malades à cause de l'alcool.

Vous annoncez un plan alcool. Quel plan alcool? Septante-cinq mesures, dont la plupart sont soit des études et des analyses, soit des mesures déjà existantes. Et pour les leviers dont on sait qu'ils sont les plus efficaces, vous prenez des mesurette terriblement *light* et très éloignées des recommandations des experts. La diminution de l'accessibilité de l'alcool en réduisant les points de vente est un élément majeur. Que faites-vous? La vente d'alcool dans les magasins le long des autoroutes sera interdite mais seulement la nuit. En ce qui concerne l'accès à l'eau de distribution, alors que l'on aurait pu très clairement franchir une première étape en le prévoyant dans tous les lieux festifs, on va seulement stimuler. En ce qui concerne l'âge, une mesure claire et nette, rien! Pour ce qui est de l'interdiction de la publicité, on va encore faire quelque chose qui ne ressemble à rien! Cinq minutes avant et cinq

minutes après les émissions pour les enfants! C'est risible! Souvenez-vous de cette publicité "des bons points méritent des bonnes pintes"? Soi-disant, la régulation existe en Belgique au niveau de la publicité. La régulation a trouvé que c'était super. Franchement, cela ne va pas! C'est une publicité pour l'alcool qui est totalement inacceptable. Enfin, rien n'est prévu non plus pour l'étiquetage. Indiquer le nombre d'unités d'alcool et le nombre de calories sur la bouteille serait une forme de prévention, d'information, de transparence et d'aide permettant aux personnes de se rendre compte qu'elles se situent dans une consommation soit raisonnable soit problématique.

Monsieur le ministre, pour moi, vous abandonnez les malades!

**01.02** **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, le contexte a été rappelé par ma collègue, mais je me devais d'intervenir dans le débat, parce que le contenu du plan interfédéral alcool pose éminemment question. En effet, il se situe en deçà des enjeux de santé publique relatifs à la surconsommation d'alcool, dont les effets catastrophiques viennent d'être rappelés. Ce plan constitue en réalité une coquille vide qui ne tient absolument pas compte des recommandations – pourtant on ne peut plus claires – des experts.

Parmi les mesurètes annoncées, nous retrouvons donc, de manière non exhaustive, l'interdiction de vendre de l'alcool fort aux 16-18 ans – et donc le maintien de la possibilité de leur vendre du vin et de la bière, lesquels constituent de l'alcool, jusqu'à preuve du contraire –, l'interdiction de vente d'alcool dans les magasins le long des autoroutes – mais uniquement la nuit – ou encore l'interdiction de vente d'alcool dans les distributeurs automatiques et dans les magasins des hôpitaux – et donc la possibilité de les acheter dans les night-shops, qui sont les principaux lieux d'approvisionnement à ces heures tardives. À côté de ces mesurètes, on ne remarque aucune augmentation de prix, aucune modification de l'étiquetage, comme pour les paquets de cigarettes, ou encore aucune interdiction de toute publicité, quel que soit l'âge des personnes à qui ces publicités sont prétendument destinées.

Monsieur le ministre, pourquoi ne pas avoir suivi toutes les recommandations des alcoologues? Dans quelle mesure ont-elles véritablement été prises en compte?

Par ailleurs, la Société scientifique de Médecine Générale (SSMG) plaide depuis longtemps pour l'adaptation de l'étiquetage des boissons alcoolisées – comme c'est le cas en Irlande – et l'instauration d'un prix minimum par unité d'alcool vendue au détail. Pourquoi ces deux recommandations n'ont-elles finalement pas été retenues? Pourtant, vous aviez promis de les examiner, en réponse à ma question posée à ce sujet en février dernier.

Quelle a été la place réelle des lobbys alcooliers durant l'élaboration de ce plan? Que répondez-vous, par ailleurs, aux experts qui ont le sentiment que "la santé publique passe derrière les intérêts économiques"?

Au point 27 du plan est indiqué que l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs – à l'exclusion du vin et de la bière – "sera élargie à l'interdiction de vente des vins et bières mutés aux moins de 18 ans, comme le Martini, le sherry, le porto, etc."

Quand peut-on espérer que cette interdiction soit appliquée?

Enfin, comment entendez-vous stimuler la mise à disposition d'eau gratuite là où de l'alcool est vendu et consommé, sachant que l'horeca s'y est toujours opposé? Avez-vous évalué l'effet réel qu'une telle mesure aurait sur la consommation effective d'alcool?

De **voorzitter**: Mevrouw Claes, ik stel voor dat u uw twee vragen na elkaar stelt.

**01.03** **Mieke Claes** (N-VA): Dank u, mijnheer de voorzitter. Wat mijn vraag over de lobbygroepen betreft, weten we dat België er maar liefst 19 jaar over deed om tot een alcoholplan te komen. Verscheidene experts verklaren dat door de macht van de lobbygroepen.

Hoever staat het met de invoering van een transparantieregister, zoals bepaald in het regeerakkoord en in het alcoholplan? Hoe zal dat er praktisch uitzien?

Mijn tweede vraag betreft de suggestie van het aanbieden van gratis water in de horeca. Het nieuwe

alcoholplan lijkt te zorgen voor ongerustheid bij de horeca, zoals we uitgebreid hebben kunnen lezen in de media. Het plan bepaalt immers dat de horeca voortaan gratis water zou moeten aanbieden, zoals gebruikelijk in verscheidene andere landen. Horeca Vlaanderen vindt echter dat de situatie in ons land uniek is. De uitbaters kaarten aan dat ze meer belastingen betalen, hogere loonkosten hebben enzovoort. Ze vrezen voor hun omzet, vinden het systeem niet rendabel en vragen compensaties.

Hoe staat u tegenover de bekommernissen van de horeca-uitbaters? Belangrijk voor ons: is er wetenschappelijk bewijs dat die maatregel ook effectief zou bijdragen aan de strijd tegen alcoholmisbruik?

**01.04 Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, pour rappel, les premières tentatives d'élaboration d'une stratégie interfédérale en matière d'alcool datent de 2008.

Fin mars 2023, la CIM a donné son accord sur le plan d'alcool interfédéral. Ce plan a bel et bien été modifié pendant les débats en fonction des contributions des parties prenantes qui viennent, entre autres, non seulement des secteurs de la santé mais aussi du bien-être et de l'économie. Mais ces contributions étaient parfois très éloignées les unes des autres et donc il n'était pas évident de trouver un compromis.

Personnellement, j'avais à l'esprit quelques actions peut-être plus ambitieuses d'ici là. Mais je suis surtout satisfait qu'il existe maintenant un plan d'action commun pour lutter ensemble contre la problématique de l'alcool dans notre pays.

Je crois que c'est un atout important. Je suis conscient que d'autres mesures doivent venir renforcer ce plan. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de valider un timing plus court de trois ans jusqu'en 2025. De cette manière, le gouvernement sera en mesure d'évaluer les mesures mises en place et de prendre les mesures supplémentaires nécessaires.

Les mesures qui dépendent du SPF Santé publique seront mises en œuvre dans les meilleurs délais, au plus tard en 2025.

En ce qui concerne les prix, l'action n°68 du plan prévoit, d'ici fin 2024, la mise en place d'un groupe de travail pour analyser la possibilité d'introduire un prix minimum et/ou de présenter divers scénarios au gouvernement fédéral concernant le prix de l'alcool, scénarios qui concernent les taxes, les droits d'accises, etc.

En décembre 2022, plusieurs producteurs, vendeurs ou distributeurs de boissons alcoolisées ont eu la possibilité de réagir par écrit sur le projet de plan. Il est à noter que ces parties prenantes n'ont pas été invitées à participer à la 1<sup>re</sup> phase de consultation de l'élaboration du plan qui a eu lieu en avril 2022. Seuls des experts de la santé, y compris des scientifiques ont été entendus lors de ce 1<sup>er</sup> tour. Ni mon cabinet, ni mon administration n'ont mené des négociations avec le lobby de l'alcool.

Au point 27 du plan, il est indiqué que cette proposition sera élargie à l'interdiction de vente de vins et bières mutés aux moins de 18 ans comme le Martini ou le Cherry. Quand, pouvons-nous espérer, cette interdiction sera-t-elle effectivement appliquée? La *deadline* du plan sera respectée, à savoir le 31 décembre 2023.

En ce qui concerne l'eau gratuite, les secteurs pertinents seront consultés afin de stimuler la mise à disposition d'eau gratuite là où de l'alcool est vendu et consommé.

Quoi qu'il en soit, j'ai déjà reçu un courrier très positif de l'organisation Formaat, qui chapeaute les maisons des jeunes en Flandre, dans lequel elle fait savoir qu'elle met déjà en œuvre cette action. Nous nous mettrons autour de la table avec les autres secteurs.

Er is vooralsnog geen sprake van een verplichting, mevrouw Claes. Ik zal de mogelijkheden bekijken met Horeca Vlaanderen. Ik neem aan dat de organisatie het belangrijk vindt dat horecaklanten kunnen rekenen op een aangenaam bezoek. De vraag is welke rol daarin weggelegd is voor het aanbieden van gratis water.

Met de werkgroep Alcohol zal worden bekeken hoe we de samenwerking concreet vorm kunnen geven. Uiteraard reikt dat verder dan louter mijn eigen bevoegdheid.

Ik volg de aanbevelingen van de geraadpleegde experts, waaronder het advies uit 2018 van de Hoge Gezondheidsraad om onder meer gratis kraantjeswater te verstrekken in de horeca. Ook Europees onderzoek naar het verminderen van alcoholgerelateerde schade, dat in 2015 werd gevoerd in 19 Europese landen, gaf aan dat het afwisselend verbruik van alcohol en water een goede praktijk blijkt om het risico op schadelijke alcoholconsumptie te verminderen.

Wat het transparantieregister betreft, zal conform het federaal regeerakkoord binnen de federale regering een transversaal transparantie- of lobbyregister worden opgezet. De actie daarvoor ligt in handen van het parlement. Er is alvast afgesproken dat ook de contacten met de alcohollobby daarin worden opgenomen.

**01.05 Catherine Fonck (Les Engagés):** Monsieur le ministre, quand vous dites que vous envisagiez de faire plus, il faut que vous m'expliquiez. Ici, il s'agit d'un recul majeur par rapport aux recommandations des experts. Vous avez clairement évoqué le fait qu'il y a eu des contributions du secteur économique. Je traduis: effectivement, il y a eu des contributions du secteur alcoolier et, manifestement, votre gouvernement – autrement dit vous-même – a pris en considération les commentaires et revendications dudit secteur, et ce directement au détriment de la santé.

J'osais espérer qu'un ministre de la Santé socialiste aurait à cœur d'avoir du courage pour établir un plan solide en matière d'alcool. Du courage aussi pour protéger nos jeunes. En moyenne, six à sept jeunes arrivent chaque jour à l'hôpital à cause de l'alcool. C'est énorme, monsieur le ministre! Nous avons une responsabilité en la matière qui est énormissime! Et les décisions qui sont prises pour nos jeunes ne vont pas les protéger, alors que les vrais leviers, les leviers fonctionnels et efficaces, sont pourtant entre les mains du gouvernement fédéral.

Pour cette raison, j'ai vraiment l'impression qu'il s'agit d'un abandon des malades, mais aussi d'un abandon des jeunes au profit du secteur alcoolier, afin que les jeunes soient plus nombreux à consommer et qu'ils consomment encore plus. Je vous remercie.

**01.06 Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le ministre, merci pour votre réponse, même si elle me laisse cruellement sur ma faim, et ce, pour chacune de mes questions. L'une des questions fondamentales portait sur le rôle joué par les lobbies dans l'élaboration de ce plan. En février, vous nous assuriez ne pas être sensible aux propositions de ces lobbies, parce qu'elles n'avaient pas de base scientifique et étaient difficiles à appliquer. Pourtant, lorsqu'on lit votre plan, on voit bien que les mesures qu'il contient ne sont pas du tout à la hauteur de l'enjeu et qu'elles sont même parfois hypocrites. J'ai cité quelques exemples dans ma question. Nous avons donc le droit de penser que ces lobbies ont gagné, quand bien même vous affirmez ne pas avoir négocié avec eux. Vous-même parlez de compromis entre des intérêts divergents. On voit bien ce que cela signifie.

Tenant de nous rassurer, vous dites avoir prévu un délai plus court pour l'évaluation des mesures afin de pouvoir aller plus loin d'ici à 2025. En fait, vous refilez la patate chaude au prochain gouvernement, ce qui constitue pour moi un aveu de faiblesse par rapport à un enjeu de santé publique qui méritait beaucoup mieux et beaucoup plus.

Concernant le prix minimum, vous déclarez avoir mis en place un groupe de travail. Nous sommes là aussi dans une optique de réflexion, alors que cette question méritait d'être tranchée au sein même de ce plan d'action.

Enfin, concernant la mise à disposition gratuite de l'eau dans les établissements horeca, vous parlez de collaboration avec les secteurs concernés, tout en disant que cela ne ressort pas de votre compétence. À nouveau, vous vous débarrassez du problème en le confiant à d'autres acteurs alors qu'il me semble que, sur un enjeu aussi fondamental qu'est la lutte contre la surconsommation d'alcool, vous devriez jouer le rôle de chef d'orchestre. Cela n'a pas été le cas ici, au détriment de la santé publique.

**01.07 Mieke Claes (N-VA):** Mijnheer de minister, met betrekking tot de lobbygroepen kijk ik uit naar

het transparantieregister. Ik hoop dat de regering daarvan snel werk maakt. Dat zou immers een sterk signaal zijn. De verschillende instellingen moeten hun krachten bundelen en werk maken van dat transparantieregister. Alleen zo kan de geloofwaardigheid van het beleid worden opgekrikt, evenals het vertrouwen van de experts.

Dan kom ik bij het gratis water. Iedereen weet dat gratis water niet bestaat. Principieel kan niemand er een bezwaar tegen hebben dat water gratis beschikbaar zou zijn. Wij moeten de horeca-uitbaters echter zien als partners in de strijd tegen alcoholmisbruik. Dat is heel belangrijk. In een recente mondelinge vraag over de controles in Gent heb ik dat ook aangekaart. Dat gesprek moet dus heel goed aangegaan worden, want de uitbaters staan uiteindelijk dagelijks in contact met de gebruikers van alcohol. Ik wil er dus echt voor pleiten om hen te zien als partners en om rekening te houden met hun bekommernissen, zodat de regeling werkbaar is voor iedereen.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**01.08 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, je vous prie de m'excuser, je dois absolument quitter la réunion pour me rendre en commission des Affaires sociales.

Le **président**: Vous êtes excusée. Vous reportez dès lors vos questions, je suppose? (*Oui*)

**02 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le lien entre le syndrome post-traumatique et le développement de maladies auto-immunes" (55035663C)**

**02 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verband tussen een posttraumatische stressstoornis en de ontwikkeling van auto-immuunziektes" (55035663C)**

**02.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le Ministre,**

*Après un évènement particulièrement traumatogène, certaines personnes peuvent développer un état de stress post-traumatique (PTSD), état qui peut faire souffrir tant sur le plan mental que physique.*

*Malheureusement, les conséquences sur le plan physique peuvent ne pas s'arrêter là: une étude de 2018, publiée dans le Journal of the American Medical Association (JAMA) et portant sur 106 000 personnes en Suède diagnostiquées avec des troubles liés au stress, a révélé que le PTSD était lié au développement ultérieur de maladies auto-immunes telles que la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis, la maladie de Crohn et la maladie cœliaque.*

*Cela a été confirmé par une étude plus récente: il existerait bel et bien un lien entre le stress et l'inflammation puisque le système immunitaire est particulièrement sensible au stress.*

*Ainsi, d'après le professeur de psychologie Suzanne Segerstrom, "le stress ne cause probablement pas de maladie auto-immune en soi (...) mais pourrait être l'un des facteurs qui amène la maladie à se développer pour les personnes déjà à risques, peut-être en raison d'une prédisposition génétique".*

*D'où mes questions, Monsieur le Ministre:*

*Aviez-vous connaissance de ces études et du lien de causalité mis en évidence par ces dernières entre stress et inflammation? Dans l'affirmative, quel suivi comptez-vous apporter à ce constat? Dans la négative, qu'en pensez-vous?*

*Lors de ma dernière question sur le sujet, vous m'aviez expliqué que notre offre de soins psychologiques de première ligne était déjà bien développée. Qu'en est-il en cas de développement de maladies auto-immunes à la suite du PTSD? Quelle prise en charge est actuellement proposée en Belgique à ces personnes et quelles sont vos ambitions à cet égard? Les centres de traumatologie sont-ils développés dans tout le pays et permettent-ils de prendre en charge ces maladies dans de tels*

cas?

*En ce qui concerne la prise en charge de la maladie auto-immune provoquée par un PTSD, le personnel soignant prend-il en compte cette dimension d'événement traumatisant dans l'approche qu'ils ont avec les patients?*

*Lors du diagnostic d'une maladie auto-immune, une investigation sur les causes de son développement est-elle actuellement réalisée par le personnel médical belge? Dans la négative, est-ce envisageable dans un but de collecte des données sur ce lien entre stress et inflammation?*

*Je vous remercie.*

**02.02** **Frank Vandebroucke**, ministre: Madame la députée, dans le domaine de la santé, l'existence d'une interaction entre l'état psychique et l'état somatique est depuis longtemps considérée comme une réalité, même si les liens entre l'un et l'autre restent encore parfois sujets à débat entre les scientifiques. Se focaliser uniquement sur le PTSD est trop limitatif. En effet, à la suite d'un incident critique, des personnes peuvent souffrir de toute une série d'autres problèmes (syndrome du survivant, trouble alimentaire, trouble de l'humeur, dépression, idéation suicidaire, trouble socio-affectif, etc.) ainsi que PTSD ou autre. On sait également que le PTSD s'accompagne de désordres voire de déficits immunitaires mais pas dans tous les cas.

Si la maladie auto-immune survient, il revient au médecin consulté d'établir via son anamnèse les causes possibles de la maladie et de trouver dans le tableau clinique des signes de PTSD déjà connus ou non. Les centres de traumatologie s'orientent davantage vers les personnes atteintes de lésions traumatiques et médicales de la moelle épinière, de lésions orthopédiques voire de traumatismes cérébraux et offrent principalement des soins de rééducation et de réadaptation centrés sur ce type de traumatismes.

La convention en soins psychologiques de première ligne prévoit que ces soins visent à prévenir ou à intervenir à un stade précoce des problèmes psychologiques légers ou modérément graves. Les problèmes psychologiques ont régulièrement une manifestation physique et ceci est encore plus vrai dans le cas de problèmes légers souvent ressentis comme des plaintes musculaires et de tension, des troubles gastro-intestinaux, de l'hyperventilation. Pour soulager ces plaintes, une coopération multidisciplinaire est donc essentielle.

L'approche du patient dans une optique de soins intégrés a l'ambition de considérer le patient dans son environnement global et dans toutes ses dimensions. La volonté est effectivement de considérer aussi ses éventuelles difficultés psychiques ou son environnement socioéconomique par exemple, afin de pouvoir lui offrir, le cas échéant, des soins multidisciplinaires coordonnés visant à répondre au mieux à ses différents besoins.

**02.03** **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse sur une question fondamentale puisque celle-ci montre à quel point il convient d'établir un lien entre la santé mentale et la santé physique, mais aussi combien la non-prise en compte de la gravité d'un syndrome post-traumatique – tout comme d'autres problèmes psychiques – peut avoir des conséquences en termes de santé physique, avec la survenance de maladies comme celles qui ont été évoquées.

Il convient donc de faire de cette question un enjeu crucial au sein de la Conférence interministérielle Santé afin de veiller à la prévention ainsi qu'à la prise en charge de tels problèmes pour éviter que la santé physique ne s'en trouve détériorée, et ce dans tout le pays.

À ce sujet, vous n'avez malheureusement pas répondu à ma question quant à l'offre proposée par les centres de traumatologie du pays. Vous dites combien c'est important, vous dites à quel point il importe d'aller vers une offre de soins intégrés multidisciplinaires. Mais quand on voit le nombre de personnes concernées ou potentiellement concernées par ce type de problème et par le stress post-traumatique – par exemple les victimes directes d'événements traumatisants mais aussi les personnes qui gravitent autour comme les services de police et de secours –, je crains que cette offre soit insuffisante pour répondre à la demande, qui me semble d'ailleurs sous-estimée. En effet, beaucoup ignorent vivre avec un stress post-traumatique.

Je suis d'accord avec vous quand vous dites qu'il est important que les personnes concernées puissent consulter au plus vite. Mais je me demande si elles disposent de toutes les informations et de tous les outils nécessaires pour ce faire, quel que soit leur lieu de résidence. Selon moi, un travail de recensement doit donc pouvoir être réalisé afin de voir ce qui est réellement mis à leur disposition. Je ne manquerai pas de vous adresser une question écrite à ce sujet.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

Le **président**: Les questions n° 55035779C de M. Boukili et n° 55035780C de Mme Merckx sont transformées en questions écrites.

**03** **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het cannabis-hennepbrood en de normalisatie van het drugsgebruik" (55035791C)**

**03** **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le pain de cannabis-chanvre et la banalisation de la consommation de drogue" (55035791C)**

**03.01** **Kathleen Depoorter (N-VA)**: Mijnheer de minister, er is sprake van een eigenaardige marketingstunt van de bakker en brunchbar Le Pain Quotidien, die sinds kort de verkoop van cannabis-hennepbrood is gestart. Dat zal wel een promotie zijn geweest en het product in kwestie zal ook geen THC bevatten. Men zal er dus helemaal niet high van worden, maar het is toch een heel bijzondere manier om voedingsmiddelen te promoten, waardoor drugsgebruik bovendien wordt gebanaliseerd.

De keten gaf al aan dat het in ons land een juridische uitdaging is om brood te maken met cannabis of hennep, maar het FAVV zag er in eerste instantie geen graten in. De vraag blijft hoe een dergelijke naamkeuze in ons land kan worden gemaakt. Er is de hoge kostprijs en de naamgeving is toch een smakeloze commerciële praktijk die een link met drugs legt.

Wat vindt u daarvan, mijnheer de minister? Was er een advies van de toezichthouder? Zo ja, wat was dat? Hebt u contact opgenomen met de toezichthouder?

Mag deze naam überhaupt worden gebruikt in ons land en vindt u dat dat kan?

Meent u dat deze marketing bijdraagt tot de normalisering van drugsgebruik?

**03.02** **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, vermits het om een levensmiddel gaat, geldt de levensmiddelenwetgeving. Sinds 1 januari 2023 zijn er strenge Europese normen van toepassing voor THC in hennepzaden en daarmee ook afgeleide normen voor THC in de samengestelde levensmiddelen, waaronder brood met hennepzaad. Ik verwijs hiervoor naar verordening (EU) 2022/1393 tot wijziging van verordening (EG) 1881/2006. Het FAVV is bevoegd voor de controle op de conformiteit van levensmiddelen met deze verordening.

De benaming cannabis-hennepbrood is niet in strijd met de etiketteringsvoorschriften, omdat men verwijst – op een wat slordige manier, vind ik persoonlijk – naar de naam van een plant. Men verwijst naar de plant die in het brood verwerkt is. Bij voorverpakte producten moet het percentage hennepzaden worden vermeld, aangezien hun aanwezigheid wordt benadrukt.

Wat men hier doet, stoort mij ook een beetje, zonder dat ik er formeel juridisch bezwaar tegen kan aantekenen. Ik vind het een nogal slordige verwijzing naar de naam van de plant, want er is hennep en cannabis sativa. Dat zijn verschillende plantenbenamingen. Cannabis speelt daar een rol in, maar men gooit wat dingen op een hoop en zoals u zegt, zit er natuurlijk niet veel cannabis in.

Men gebruikt die verwijzing echter wel. Dat stoort mij eerlijk gezegd ook wel een beetje. Het is een reclamestunt, net als sommige andere reclame voor voeding die mij stoort. Ik zal met mijn administratie zeer waakzaam blijven voor mogelijk misbruik. Als men echt over de schreef zou gaan, dan zullen we optreden. Dit is juridisch niet echt aanvechtbaar, maar het getuigt wel van slechte smaak.

**03.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt eigenlijk dat u het ook niet zo fijn vindt, maar dat u er niets aan kan doen. Het is goed dat u een oogje in het zeil houdt. Uw partij en mijn partij hebben immers een ander idee over de legalisering van cannabis. In een aantal Amerikaanse staten waar er wel gelegaliseerd is, kan je allerlei zaken kopen met de naam cannabis, hennep, hasj en dergelijke, zoals knuffelbeertjes, snoepbeertjes, chocolade, waarschijnlijk ook brood en cake. Eigenlijk is dit een evolutie die helemaal niet gewenst is volgens onze visie op preventie. Dit zal die immers gewoon tegenwerken en het signaal zal worden gegeven dat dergelijk brood, ook al zit er wellicht niks in, toch wel oké is. U moet als minister van Volksgezondheid zeer waakzaam blijven. Een signaal geven aan de betrokken producent zou wat mij betreft ook mogen.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

Le **président**: Les questions n° 55035793C de Mme Catherine Fonck, n° 55036090C et n° 55036091C de Mme Marie-Colline Leroy sont reportées.

#### **04** **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe vaccinatiecampagne tegen COVID-19" (55035794C)**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De herfstcampagne inzake de covidvaccinatie" (55035982C)**

#### **04** **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle campagne de vaccination contre le Covid-19" (55035794C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La campagne automnale de vaccination contre le covid" (55035982C)**

**04.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het ECDC (European Center for Disease Prevention and Control) adviseert in een recent rapport dat een nieuwe covidvaccinatiecampagne, zeker voor risicogroepen, wenselijk zou kunnen zijn. We weten allemaal dat het coronavirus nog aanwezig is. De mensen hebben dankzij het vaccin gelukkig voldoende bescherming opgebouwd en worden wel verkouden, maar daarom niet heel erg ziek. Ook de hospitalisaties vallen mee tot op vandaag.

Steven Callens, de covoorzitter van de vaccinatiegroep in de Hoge Gezondheidsraad, verklaarde dat de campagne al wordt voorbereid. Ze zou in het najaar plaatsvinden via de kanalen die ook vorige keer zijn gebruikt, namelijk de eerstelijnszorg. Ze zou niet voor iedereen bedoeld zijn, maar voor kwetsbare groepen en ouderen.

De deelstaten zullen instaan voor de praktische organisatie. U bent dan ook in gesprek met de deelstaten over de overheveling. Ik heb u al vaker bevraagd over de verdeelsleutel die u met de deelstaten hebt afgesproken, moet afspreken of zult afspreken. Ik kreeg telkens opnieuw het antwoord dat er nog geen akkoord is. Tegen wanneer verwacht u dat akkoord? Indien u immers nog voor de zomer de volledige bevoegdheid inzake de vaccinatiecampagne wilt overhevelen, wordt het tijd.

Hoe zult u de overheveling doen? Welke financiële en praktische afspraken hebt u tot op vandaag al gemaakt met de deelstaten om de overheveling van de strategische stock uit te voeren? De vaccins zijn er immers. Ze zijn wellicht ook al betaald.

Wanneer wordt het advies van de Hoge Gezondheidsraad verwacht? Ik had ter zake graag minstens een indicatieve datum van u ontvangen.

Ik heb nog een zijvraag. Indien via de eerstelijnszorg wordt gevaccineerd zal, naar ik aanneem, de betaling van de zorgverstrekkers ook via het RIZIV gebeuren. Kunt u dat bevestigen?

De vaccinproducenten van ons land geven aan dat zij aan een nieuw vaccin werken, dat is aangepast



aan de varianten die op dit moment dominant zijn. Dat zou betekenen dat een nieuw vaccin zou worden gebruikt in de herfst. Op hoeveel vaccins per leverancier heeft ons land ingetekend? Wanneer zouden ze worden geleverd? Zou in geval van een nieuwe vaccinvariant de voorkeur worden gegeven aan dat nieuwe vaccin? Dat impliceert ook dat de 9 miljoen vaccins die in stock zijn, nog even in stock blijven en niet worden gebruikt.

**04.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, er is nog geen akkoord over de verdeelsleutel met de deelstaten. Het Overlegcomité moet daarover nog steeds beslissen. De vaststelling is dat er momenteel geen akkoord is. Ik kan niet vooruitlopen op de timing.

De overdracht van het beheer van de federale overheid naar de deelstaten wordt besproken, zodat alle aspecten in overweging kunnen worden genomen: juridische, financiële en logistieke aspecten en ook de farmaceutische regelgeving. De deelstaten, onze FOD, het FAGG en de logistieke partners stellen momenteel een lijst op van de voorwaarden en gevolgen die aan de overdracht verbonden zijn. De financiële en praktische afspraken die daarmee samenhangen, worden nu ook besproken met alle betrokken partijen. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad wordt in juni verwacht.

Inzake uw specifieke vraag over de komende herfstcampagne kan ik het volgende zeggen. Er zijn geen nieuwe contracten voor vaccins ondertekend. De vaccins die met de bestaande contracten worden geleverd, zijn de volgende: 10.000 dosissen HIPRA, 86.400 dosissen Sanofi-GSK, 12.083.966 dosissen Pfizer-BioNTech, waarvan de verdeling over de komende jaren zich in de laatste fase van de onderhandelingen op Europees niveau bevindt.

Het type vaccin dat in de volgende campagne zal worden gebruikt, is nog niet bekend. Indien een variantaanpassing aan het vaccin nodig zou zijn, dan is dat voorzien in het Europese contract met Pfizer-BioNTech.

**04.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, met betrekking tot de betaling en overeenkomst met de deelstaten hebt u geen akkoord en geen timing. Dat sleept al een hele tijd aan. Eigenlijk is dat tekenend voor heel het beleid met betrekking tot die vaccinatiecampagne. U hebt heel veel engagementen genomen, zonder daar een vaste rekening tegenover te stellen. U weet in de verste verte nog niet hoeveel de federale overheid hiervoor zal bijdragen. Het is ook duidelijk dat u de afspraken ook niet goed gebetonneerd hebt, zoals volgens mij een goede huisvader zou doen.

U blijft ook zeer vaag over de voorwaarden en gevolgen en de financiële afspraken voor de overheveling en de logistieke en juridische afwikkeling van die overheveling. Opnieuw dreigt u in dezelfde val te lopen. U hebt het bevestigd, het gaat over minimaal 4 miljoen euro om vaccins te verhuizen van de ene distributeur naar de andere. Nu liggen die vaccins bij de distributeur en nu geeft u aan dat het ondertekende contract inderdaad inhoudt dat er nog 12 miljoen vaccins van Pfizer naar ons land zullen komen. Wij hebben dat contract ondertekend en zullen die vaccins dus moeten betalen.

De nieuwe variant waar Pfizer momenteel aan werkt, wordt wellicht geleverd nog voor de start van de herfstcampagne. Dat leidt me dus tot het besluit dat de uitgave van vier miljoen euro aan transportkosten voor een vaccin dat uiteindelijk niet zal worden gebruikt, volstrekt onnodig was.

Het blijft vooruitblikken, maar ik vrees dat ik nog maar eens gelijk krijg.

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

Le **président**: Les questions n° 55035795C et n° 55035796C de Mme Catherine Fonck sont reportées.

**05** Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Puberteitsremmers bij trans tieners" (55035797C)

**05** Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les inhibiteurs de puberté chez les adolescents transgenres" (55035797C)

**05.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, we hebben op 29 maart in *Pano* een reportage gezien die best wel confronterend was. De gepastheid van een hormonale behandeling voor trans tieners stond er centraal. De hormonale behandeling heeft bijzonder sterke gevolgen voor de ontwikkeling van jonge personen. De gebruikte middelen zorgen ervoor dat er minder kalk wordt opgebouwd in de botten, waardoor die minder sterk zijn dan bij leeftijdsgenoten. Daarnaast en belangrijker wordt door de behandeling de rijping van zaadcellen of eicellen onderbroken. Het gevolg is dat de patiënten hormonaal niet evolueren, maar ook dat ze in de regel niet meer vruchtbaar zijn.

De pubertidsremmers worden gemiddeld maximaal vier jaar gebruikt. De fysieke effecten zijn omkeerbaar, al werd dat in de reportage wel een beetje genuanceerd. In de praktijk blijkt dat er zelden of nooit gestopt wordt met die behandeling. Eigenlijk gaat het dus om meer dan een pauzeknop. Belangrijk is dat de hormonale behandeling besproken moet worden in een veel bredere discussie binnen sociale en gezondheidsmiddelen, om na te gaan of het opportuun is om puberteitsremmers toe te dienen aan patiënten op zeer jonge leeftijd. Er is in Europa ter zake een discussie aan de gang. Zweden en Finland worden heel terughoudend en ook in het Verenigd Koninkrijk zijn er signalen uit onderzoeken dat terughoudendheid gepast is. Het genderteam van het UZ Gent meende dan weer dat de behandeling veel jongeren helpt en dat er in ons land al heel voorzichtig wordt omgegaan met puberteitsremmers.

Graag verneem ik van u welk belang u hecht aan die reportage van 29 maart. Wat zijn uw conclusies?

**05.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik hecht belang aan de reportage van *Pano*. De onderliggende, eigenlijk wetenschappelijke, kwestie hebben mijn medewerkers al eerder opgenomen met het genderteam van het UZ Gent. Ook met andere experts wordt daarover gesproken. Na de reportage werd dat overigens opnieuw opgenomen in contacten met het team van het UZ Gent.

Ik zal u eerst zeggen wat de reacties waren vanuit het team van het UZ Gent, waarvoor ik respect heb. Het waren authentieke reacties, meen ik. Zij zeggen dat de eerste stap om jongeren met genderdysforie en hun ouders te helpen, luisteren is. Daarna kunnen ze samen op zoek gaan naar antwoorden op de hulpvraag.

Hormoontherapieën behoren vaak tot die antwoorden, maar altijd weloverwogen. We weten dat het voor die jongeren, en ook volwassenen, nog altijd een worsteling is. Dat antwoord geeft blijk van nuance. Ik ben wel tevreden dat de gevoelens en de vragen waar mensen mee zitten in de sfeer van genderdysforie bespreekbaar worden, dat meer mensen hun weg vinden naar de zorg. Dat is op zich een goede zaak, daar zult u het ongetwijfeld mee eens zijn. Dat is overigens een reden om te blijven investeren in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook in centra die daar alle expertise in verzamelen, zoals het genderteam van het UZ Gent.

In de dialoog met het team in Gent komt naar voren dat de behandelingsprotocollen steeds aangepast worden aan nieuwe wetenschappelijke inzichten, wat vanzelfsprekend is. Er zijn recent nog nieuwe richtlijnen voor transgenderzorg gepubliceerd die tot stand gekomen zijn na vier jaar grondige voorbereiding. Er wordt hiervoor verwezen naar [www.wpath.org/soc8methodology](http://www.wpath.org/soc8methodology). Die richtlijnen zijn ontwikkeld op basis van evidentie, zo onderstreept men. Men zegt ook dat het proces van gendertransitie sterk geïndividualiseerd is, op basis van de concrete situatie van de jongere, de concrete zorgen van de ouders en andere factoren. De klinische interventie is dus zeker geen kwestie van *one size fits all*. Het starten van puberteitsremming impliceert ook niet per definitie het voortzetten van het traject.

Over het algemeen voeren professionals in de geestelijke gezondheidszorg en medische professionals een grondige evaluatie uit van elke betrokkene, om ervoor te zorgen dat gepaste interventies worden gebruikt om het emotionele en psychologische welzijn van de jongeren te bevorderen. Men zegt ook dat geen enkel kind of geen enkele jongere na slechts zes maanden al start met puberteitsremmers of genderbevestigende hormonale therapie. Dat komt uit de dialoog die mijn medewerkers hebben met het genderteam. Ik ga er eigenlijk van uit dat je hier nog voor een stuk met onzekerheden te maken hebt in de bestaande evidentie, en ook met een evoluerende evidentie. Dat is ook wat ik hoor. Iedereen moet daar dus vanzelfsprekend rekening mee houden, ook het genderteam.

Vermits het hier een wetenschappelijke aangelegenheid betreft, wil ik me daar vandaag niet verder over uitspreken. We moeten er vooral oog voor hebben dat de evidentie evolueert. Het is belangrijk dat

eenieder oog blijft hebben voor de evidentie, ook het zorgpersoneel in de geestelijke gezondheidszorg dat zich ontfemt over die jonge mensen en misschien een totaal andere benadering toepast. Ik ga er alvast van uit dat men dat ook in Gent doet en blijf die zaak zeker in die zin opvolgen.

**05.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, de discussie is inderdaad nog lang niet afgesloten.

Het is fijn dat u aangeeft dat de evidentie nog onzekerheden bevat. Hoewel dat een feit is, mis ik soms die nuance in het debat, waarbij men er te veel van uitgaat dat er evidentie is en dat men die dus ook moet toepassen.

Het is goed dat u de link legt met de geestelijke gezondheidszorg. Uit recent in de VS gepubliceerde studies blijkt er veel te doen om die *rapid-onset gender dysphoria*, met jonge mensen die plots heel snel evolueren, hoewel ze voorheen nooit hebben aangegeven zich niet goed te voelen in hun vel. U geeft aan dat er binnen de zes maanden alvast geen puberteitsremmers worden opgestart. Ik meen nochtans gelezen te hebben dat dat in andere centra wel het geval kan zijn, al kan ik het fout hebben. Ik ben echter blij te horen dat dat in Gent niet wordt toegepast.

Ik ben het volstrekt met u eens dat we ons moeten baseren op *evidence-based medicine* en dat we de geestelijke gezondheidszorg erbij moeten betrekken. Verder mogen we niet voorbijgaan aan de alarmsignalen, nu we vaststellen dat liefst 70 % van de patiënten meisjes blijken te zijn en er daar een enorme groei is. We moeten onderzoeken hoe dat fenomeen kan worden verklaard. Ligt de drempel gewoon lager of zijn er plots meer patiënten?

Puberteitsremmers zijn absoluut geen snoepgoed en hebben mogelijk grote gevolgen voor de ontwikkeling van de persoon die ze neemt. De nodige voorzichtigheid blijft geboden in dit dossier en voor de terugbetaling moeten we ons hoe dan ook laten leiden door de evidentie.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

Le **président**: Les questions n° 55035798C et n° 55035799C de Mme Catherine Fonck sont reportées.

**06 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bijwerkingen van het malariamedicijn" (55035800C)**

**06 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les effets secondaires du médicament contre la malaria" (55035800C)**

**06.01 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, het is de ideale dag om deze vraag te stellen: het is de internationale dag tegen malaria. We willen komen tot nul malariabesmettingen in de wereld. U hebt het ook gelezen: het malariamedicijn Lariam of mefloquine kan ernstige bijwerkingen hebben. Dat is niet nieuw, we weten al jaren dat dit een trigger kan zijn voor mensen met mentale gezondheidsproblemen. In de berichtgeving kwam Stromae ter sprake. Lariam zou de boosdoener zijn waarom de artiest zijn optredens moest afgelasten.

Veel belangrijker is echter dat de FDA al in 2013 waarschuwde voor de gevolgen van gebruik van het middel. Men gaf aan dat de gevolgen jaren kunnen aanhouden. De waarschuwing voorzag Lariam van een *black label*. Bijwerkingen kunnen zijn: angststoornissen, hallucinaties, depressies, duizeligheid, psychose en paniekaanvallen. Het blijkt echter dat er nooit langdurig of breed onderzoek werd gedaan naar dat middel. Vaak kiezen mensen in de apotheek voor het goedkopere middel in plaats van voor de nieuwere versie Malarone, die de bijwerkingen niet heeft. Als apotheker ben ik terughoudend en waarschuw de mensen, maar het is natuurlijk de arts die voorschrijft.

Bent u bereid om een breed onderzoek te doen naar de neveneffecten van Lariam? We kunnen het KCE daarvoor inschakelen.

Beschikt het Tropisch Instituut over onderzoeksresultaten of studies in die richting? Heel moeilijk in

deze discussie is dat we heel veel generieke, goedkopere, oude geneesmiddelen hebben die veilig zijn, waar we voorstander van zijn. Als we echter zwart op wit de gevaren van Lariam kennen, waarom zouden we dat product dan nog verder ondersteunen?

**06.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik zeg u onmiddellijk dat ik zelf niet 100 % tevreden ben over het antwoord dat ik heb gekregen van mijn diensten. Dat is geen kritiek op mijn diensten, maar zoals u de vraag nu stelt – dat zat ook wat in de schriftelijke voorbereiding ervan – is die eigenlijk gericht op bijkomend onderzoek. Daar heb ik niet echt een goed antwoord op.

Ik kan u wel zeggen dat er nu niet onmiddellijk nieuwe onderzoeken naar de bijwerkingen van Lariam in de pijn zitten, omdat de neuropsychiatrische bijwerkingen van Lariam, met als actief bestanddeel mefloquine, al lang bekend zijn en duidelijk worden aangegeven in de bijsluiter. Het is ook bekend dat de bijwerkingen lang kunnen aanhouden. Wij weten dat dus eigenlijk wel. Die stof is ook gecontra-indiceerd bij patiënten met psychische stoornissen of met een voorgeschiedenis van psychische stoornissen, zoals depressie, angststoornissen, schizofrenie of andere psychische aandoeningen. Eigenlijk wordt mefloquine nog relatief weinig gebruikt, maar het blijft volgens mijn diensten als geneesmiddel wel zijn plaats hebben in het arsenaal van antimariamiddelen, zeker wanneer alternatieve geneesmiddelen niet kunnen worden gebruikt, bijvoorbeeld wegens allergieën.

U had het echter over de alternatieve geneesmiddelen. Ik wil wel eens bekijken of er onderzoeksacties gebeuren met betrekking tot de alternatieven en of wij daar beweging in kunnen krijgen. Ik durf daar zo niet op te antwoorden en ik heb het ook niet in mijn voorbereiding zitten. U zult mij daarvoor wat tijd moeten geven, dus misschien moet u een schriftelijke vraag indienen.

**06.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal inderdaad een schriftelijke vraag indienen. Dat is geen enkel probleem. Ik denk effectief dat dat onderzoek noodzakelijk is. Malarone, met atovaquon en proguanil, is een alternatief met relatief weinig bijwerkingen en bestaat ook in generieke vorm, maar is nog altijd duurder dan Lariam. Ik zou het bijzonder jammer vinden – ik veronderstel dat u dat ook zult vinden – dat mensen die naar hun thuisland gaan vanuit ons land wegens de kostprijs van een pil een geneesmiddel zouden nemen dat een gevaar vormt voor hun gezondheid, zeker ook op lange termijn. Ik zie dus graag onderzoek daarnaar en zal de vraag alleszins indienen.

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

**07** **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het overleg over de ereloon-supplementen" (55035802C)**  
**07** **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La concertation relative aux suppléments d'honoraires" (55035802C)**

**07.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, we hebben het al vaker gehad over de ereloon-supplementen, inzonderheid over de prijs die huisartsen aanrekenen, en het verband met het deconventioneren. U argumenteert steevast dat niet veel huisartsen deconventioneren, maar dat is mijns inziens wel degelijk het geval.

Volgens een artikel in *De Tijd* van 5 april bereidt u een wettekst voor om de erelonen te beperken. Daarvoor verkreeg u al het akkoord van de regering en startte al overleg met de betrokkenen. Een viertal maanden geleden ontstonden er spanningen tussen u en BVAS, toen u besliste om ereloon-supplementen te verbieden, als gedeconventioneerde artsen die doorrekenen aan patiënten met een laag inkomen waarvoor de derde-betalregel van toepassing is. Aan de zijde van de artsen zag men dat namelijk als een inbreuk op de medische vrijheid. Ondertussen – daar zijn we het toch over eens – gaan de huisartsen wel gebukt onder een steeds grotere administratieve druk.

Het betreffende artikel wijst er ook op dat een afwijking van de wet enkel via schriftelijke weg kan. De voorzitter van BVAS klaagt daarin ook het gebrek aan overleg aan.

Hoe is het overleg precies verlopen en wat was de aanleiding om een dergelijke maatregel in een

wettekst voor te leggen?

In het verlengde zou het ontwerp ereloonsupplementen voor labo-onderzoeken alleen toelaten, als de patiënt daarmee schriftelijk en expliciet akkoord gaat. Aangezien vandaag de communicatie vooral digitaal verloopt, vreest BVAS voor administratieve last. Hoe reageert u hierop? Zou een digitaal akkoord een uitkomst kunnen bieden?

Wat is de huidige trend inzake deconventionering?

Hoe staat u tegenover mijn wetsvoorstel van enkele jaren geleden dat ook vervolgonderzoeken bij een geconventioneerde arts onder conventietarieven garandeert? Is de wettekst die u nu aan de regering voorlegt, daarmee compatibel?

**07.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, de informatie in *De Tijd*, net zoals de manier waarop u een en ander formuleert, is niet helemaal correct en de reactie van de voorzitter van BVAS is misschien gebaseerd op een misverstand.

Ik heb naar aanleiding van de begrotingscontrole in maart 2023 in de regering uitgelegd welke beleidsplannen ik nog heb. Die plannen vragen niet allemaal budgettaire inspanningen, maar hangen daar soms wel mee samen. Zo hebben we in de regering besproken hoe we bijvoorbeeld grote inspanningen doen om de erelonen in diverse sectoren aan nieuwe inzichten en de prijsindexering aan te passen en hoe we het prijsindexeringsmechanisme kunnen verbeteren.

Tegelijk heb ik ook steun gezocht voor een aantal hervormingen die ik wil doorvoeren, bijvoorbeeld in de ziekenhuisfinanciering, in de huisartsgeneeskunde en met betrekking tot ereloonsupplementen. Ik heb de steun van de regering ook gekregen. Dat is besproken bij het begrotingsconclaf. Er is dus geen enkele twijfel over de uitdrukkelijke steun van de regering voor mijn plannen inzake ereloonsupplementen.

Dat is ook niet strijdig met het feit dat ik overleg wil plegen met de artsenorganisaties en de ziekenfondsen in de medicomutcommissie. Ik heb inderdaad ook in de regering uitgelegd dat het principieel mogelijk is om het aanrekenen van ereloonsupplementen aan patiënten die de verhoogde tegemoetkoming genieten in ambulante prestaties te verbieden. Dat staat immers in de wet van 29 november 2022. Ik heb de regering daarover meegedeeld dat ik hoop daarover een goed overleg te kunnen plegen in de medicomutcommissie. Dat heb ik ook beloofd aan BVAS en alle andere organisaties.

Op basis van een goed overleg hoop ik dat we tot een conclusie komen, waardoor die wet toepasbaar wordt, maar niet vóór het jaar 2024. Dat is belangrijk, omdat we op een bijzondere vergadering met de medicomutpartners op 9 januari 2023 hebben afgesproken om in de loop van 2023 overleg op te starten over de uitvoering van die wettelijke bepaling, zoals daarin was voorzien, maar die niet in te voeren vóór 2024, uit respect voor het bestaande medicomutakkoord.

Ik heb dat in de regering nog eens uitgelegd en die steunt mij in die benadering. Dat betekent natuurlijk dat ik de medicomutpartners oproep om tot een constructief overleg te komen en in overleg een voorstel te formuleren.

Kort samengevat, over de uitvoering van de hier in de meerderheid aanvaarde wettelijke bepaling die toelaat om een verbod op ereloonsupplementen uit te vaardigen voor patiënten die genieten van een verhoogde tegemoetkoming in de ambulante sector, zal door de medicomutcommissie worden overlegd, met het oog op de invoering in de praktijk, volgens modaliteiten overeen te komen in de medicomutcommissie, niet voor 1 januari 2024. Dat is afgesproken met BVAS en alle anderen. De regering steunt mij daar ten volle in. Zo stond het in *De Tijd*.

U komt dan op een ander punt. In het kader van de hervormingen in de klinische biologie, die een onderdeel zijn van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, hebben we inderdaad vastgesteld dat het eigenlijk nodig is om ook in de ambulante sector patiënten te beveiligen tegen supplementen, die niet noodzakelijk zeer omvangrijk zijn, maar die wel enigszins ongezien passeren.

Daar is principieel geen weerstand tegen. Wel vrezen artsorganisaties voor de paperasserij, als we een regeling moeten toepassen waarbij een supplement wel kan als de patiënt uitdrukkelijk toelating geeft. Ik wil daar een oplossing voor zoeken en denk dat praktische oplossingen mogelijk zijn, maar ik wil daarop niet vooruitlopen. Ik heb begrip voor die bekommering en ik denk dat we daarop een antwoord moeten geven. Ik zal ook een voorstel doen om de regeling operationeel te maken.

U hebt zelf een wetsvoorstel ingediend. Ik zal mij voorzichtig uitdrukken. Het is geen wetsvoorstel waar ik per se tegen ben. Het is een andere benadering dan wat wij nu doen. De vraag is wat wij het liefste doen. Uw wetsvoorstel is ook redelijk verregaand. Het gaat over het vervolg op een prestatie bij een geconventioneerde zorgverstreker. Wij doen iets anders. Ik geef er de voorkeur aan om eerst die andere denksporen uit te werken. Meer commentaar wil ik nu niet op uw wetsvoorstel geven.

U vraagt wat de trend vandaag is. Ik heb de cijfers al gegeven. Het globale aantal artsen dat de conventietarieven in 2023 weigert, bedraagt 13,55 %, 7,29 % bij de huisartsen en 17,7 % bij de specialisten. Dat is een stijging met 1,07 % ten opzichte van 2022. Daarmee zitten we op hetzelfde niveau als in 2020 en 2021.

De stijging tegenover 2022 doet zich onder meer voor in een aantal disciplines waar er inderdaad veel deconventionering is. Het gaat bijvoorbeeld om dermatologie, van 64,44 % weigeringen in 2022 naar 70,07 % in 2023; plastische chirurgie, van 49,08 % weigeringen in 2022 naar 53,57 % in 2023 en oftalmologie, van 57,3 % weigeringen in 2022 naar 60,42 % in 2023. In die disciplines zien we inderdaad een toenemend aantal weigeringen en dat is een reden om heel het systeem kritisch te bekijken. Ik heb aan de medicomutactoren gevraagd om daarover grondig na te denken.

**07.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

In het artikel leek het alsof er nog een nieuw wetgevend initiatief was, vandaar dat ik een beetje verwonderd was. Wat is er gebeurd met de wetgeving? Ze werd in het Parlement goedgekeurd, maar u had geen akkoord met de artsen na volgend jaar. Dat geeft u nu ook aan in uw antwoord. Samenwerken, overleggen en tot een consensus komen, blijven nog altijd de pijnpunten van uw administratie. Dat gaat heel moeilijk.

U zegt dat er een kleine stijging is van het aantal deconventionerende artsen. Wij horen op het terrein steeds vaker dat patiënten geen arts meer vinden die geconventioneerd is in een bepaalde discipline. Dat is voor de toegankelijkheid van de zorg absoluut een werkpunt, een bezorgdheid. Dan evolueert men immers naar een klassengeneeskunde.

Voor de regeling in verband met de vervolgonderzoeken in de ambulante zorg, beogen we min of meer hetzelfde, maar ik ben er wel van overtuigd dat de zekerheid voor de patiënt belangrijk is. Daar hebt u met uw administratie ook aan gewerkt door ervoor te zorgen dat prijzen geafficheerd moesten worden. De patiënten moeten op voorhand geïnformeerd worden van de prijs van een onderzoek. In dezelfde lijn ligt mijn wetsvoorstel dat de patiënt die een geconventioneerde arts raadpleegt, de garantie op geconventioneerde tarieven biedt. Dat zal zeker voor een diepgaander onderzoek geruststelling geven. In het KCE-rapport rond toegankelijkheid en billijkheid van zorg wordt net dat een belemmerende factor genoemd voor gezinnen in materieel moeilijke omstandigheden. Die schorten behandelingen op, uit angst voor de prijs en dat willen we nu net niet.

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

**08** **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De duur van de financiering van de opdracht van de rescEU-consultant" (55035803C)**

**08** **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La durée du financement de la mission du consultant rescEU" (55035803C)**

**08.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, wij hebben het al vaker gehad over de

consultant van rescEU. Ik las vandaag trouwens nog een publicatie waarin stond dat het rescEU-project nu ook uitgebreid wordt met een veldhospitaal, dat ons land, blijkbaar samen met andere landen, zal financieren met Europese middelen.

Op de website van het Union Civil Protection Knowledge Network van de Europese Unie verscheen op 31 maart een artikel over de hulp die België stuurt aan Oekraïne in het kader van het rescEU-project. Daarin licht de strategisch adviseur voor crisismangement toe wat de contouren van het project zijn en hoeveel steun er op die wijze wordt geleverd.

Ik heb u in deze commissie al meermaals vragen gesteld over dat project, over de invulling van de consultant die door de firma Movianto gezocht werd en bij de FOD Volksgezondheid werd geplaatst. Uit uw antwoorden en de signalen die ik verkreeg, moeten we besluiten dat de consultant niet alleen voor rescEU werkt, maar ook wordt ingezet voor andere taken en opdrachten binnen de vaccinatiecampagne en het beheer van de strategische stock. Ik heb u al vaker gezegd dat er deontologisch een probleem is, dat nog steeds niet verholpen is. De financiering van de aanstelling van die consultant blijf ik interessant vinden.

Tot welke datum wordt de consultant doorbetaald in het rescEU-project?

Kan de aanstelling verlengd worden? Initieel sprak u over twee keer een half jaar. Kan dat nu nog verlengd worden? Wat is de uiterste datum?

Eindigt de aanstelling van de consultant wanneer de financiering vanuit rescEU wordt stopgezet of wordt die uit een andere bron verder doorbetaald? Zo ja, vanuit welke financieringsbron gebeurt dat? Lopen er vandaag al onderhandelingen voor de verlenging? Zou die persoon dan eventueel voor het nieuwe rescEU-project worden ingezet?

Indien de opdracht van de consultant na rescEU wordt stopgezet, welke nieuwe opdracht voorziet de FOD Volksgezondheid dan voor die persoon? Blijft hij of zij verbonden aan de FOD Volksgezondheid?

**08.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, de aanstelling van die persoon door Movianto bij de FOD geldt voor één jaar. Dat is tot september 2023.

De financiering door de Europese Commissie voor het project Belgian rescEU hub for medical and CBRN items, coordinating private donations intended for the war in Ukraine loopt momenteel tot 22 februari 2024. De aanstelling kan dus inderdaad verlengd worden voor de duur van het project, in samenspraak met Movianto als werkgever.

U vroeg verder naar de uiterste datum. Zoals ik net heb gezegd, geldt dit voor zover het budget toegekend via het rescEU-project toereikend is voor de verlenging.

De aanstelling bij de FOD Volksgezondheid wordt stopgezet wanneer de financiering door de Europese Commissie eindigt. Er is geen andere financieringsbron. Het rescEU-project werd reeds eenmaal verlengd, maar er vinden nu geen onderhandelingen meer plaats om het opnieuw te verlengen.

Hoewel Movianto de werkgever van die persoon is, stuurt de FOD de medewerker aan. De FOD plant geen nieuwe opdracht.

**08.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. De uiterste datum is 22 februari 2024. Dat zal ik zeker in de gaten houden. Ook zal ik de toekomstige bestemming van die consultant opvolgen.

Ik blijf er namelijk mee zitten en ik blijf het zeer bijzonder vinden dat u een consultant hebt aangesteld die niets met de vaccinatiecampagne en evenmin met het stockbeheer te maken zou hebben, maar die wel de mails van de FOD doorstuurt naar andere organismen, waardoor die consultant volledig op de hoogte is van de geheime informatie uitgewisseld tussen de FOD en uw beide vaccindistributeurs. Dat blijft een verhaal waarvan ik vermoed dat u er ooit nog mee in de problemen zult komen.

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

**09** **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het ernstige tekort aan zorgverleners" (55035804C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De personeelsschaarste in de gezondheidszorg" (55035929C)

**09** **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie très grave de soignants" (55035804C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de personnel dans les soins de santé" (55035929C)

**09.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, *De Tijd* publiceerde onlangs een evaluatie van het wittebloezenfonds, het fonds dat komaf moest maken met het personeelstekort in de zorg. Ik zal mij voornamelijk toespitsen op de maatregelen voor de thuiszorgsector, een sector met een structureel tekort en structurele problemen.

U hebt er onder andere voor gezorgd dat sommige ingrepen in daghospitalisatie kunnen worden uitgevoerd. U hebt er echter niet aan gedacht dat die patiënten thuis ook moeten worden verzorgd door een thuisverpleegkundige. In *De Tijd* legt men de vinger op de wonde: het personeelstekort in de zorg is en blijft groot. Het verschuiven van de problematiek van ziekenhuizen naar dagopnames is geen goede structurele oplossing.

Welk belang hecht u aan de berichtgeving van *De Tijd*? Welke conclusies zult u hieruit trekken? Aan welke maatregel zult u prioriteit geven? U gaf onlangs aan dat het Zorgpersoneelfonds voor meer dan 5.000 jobs heeft gezorgd. Kunt u mij vertellen hoeveel extra jobs voor thuisverpleegkundigen werden gecreëerd? Kunt u hierbij een uitsplitsing maken van zelfstandige thuisverpleegkundigen en thuisverpleegkundigen in dienstverband? Hoeveel verpleegkundigen werden er in de jaren 2021 en 2022 bovendien ingezet in wijkgezondheidscentra dankzij de middelen uit het Zorgpersoneelfonds?

Ik heb ook gelezen dat van de middelen waarin was voorzien, 8 miljoen euro verloren is en dat er dit jaar nog 34 miljoen euro nog moet worden besteed opdat die niet verloren zou zijn. Hoe zult u die prioritair besteden?

**09.02** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, op de agenda van de ministerraad van 14 april 2023 stond de verlenging van een aantal tijdelijke maatregelen tegen personeelsschaarste in de zorg. Hoe groot precies is de personeelsschaarste in de zorg?

Ik nam onlangs toevallig kennis van een Europees rapport met enkele opvallende cijfers. België blijkt bijvoorbeeld kampioen te zijn in het aantal verpleegkundigen per arts in ziekenhuizen. Ik heb de link naar het rapport bijgevoegd bij mijn schriftelijk ingediende vraag. Kloppen die cijfers? Hoe interpreteert u ze? Hoe rijmt u ze met de personeelsschaarste?

Uit hetzelfde rapport leren we dat in België bijzonder veel zorgverstrekkers in ziekenhuizen werken in vergelijking met andere landen. Hoe verklaart u dat? Hoe groot is de impact van bijvoorbeeld niet-zorggerelateerde taken op de tijdsbesteding van verpleegkundigen? Werd dat berekend? Kan dat worden ingeschat?

Welke maatregelen worden genomen om taken te delegeren die niet gerelateerd zijn aan de zorgtaak? Wanneer zullen eventuele maatregelen ook effect sorteren?

Nog volgens het rapport, dat de verloning van verpleegkundigen en artsen in verschillende Europese lidstaten vergelijkt, blijkt dat de verloning van artsen veeleer gemiddeld is, terwijl de verpleegkundigen in vergelijking met andere landen en ten opzichte van een gemiddeld loon meer verdienen. Kloppen die cijfers? Hoe interpreteert u ze? Hebben wij ook cijfers voor de verloning van bijvoorbeeld huisartsen of andere zorgverstrekkers? Waar zouden zij zich bevinden op een gelijkaardige grafiek?



Naar blijkt uit datzelfde rapport wordt in België veel parttime gewerkt in de ziekenhuissector in vergelijking met de meeste andere Europese landen. Wordt onderzocht of daarvoor een verklaring is? Kan daaraan eventueel iets worden gedaan?

Ten slotte, welke beslissingen werden genomen op de ministerraad waarvan er eerder sprake was?

**09.03** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, het artikel in *De Tijd* waarnaar u verwees, heb ik ook gelezen. Het was een goed en interessant stuk. Het bevatte ook een aantal kritische bedenkingen bij initiatieven die wij nemen, onder meer bij wat vanochtend voorlag in deze commissie, namelijk de introductie van een onderscheid tussen een basisverpleegkundige en een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg. In het artikel werden kritische geluiden daarover geciteerd.

Het artikel wijst op de realiteit van een zorgsector die enorm onder druk staat, op alle mogelijke fronten. Dat is echt een realiteit waarmee we leven, die voor een groot stuk demografisch is. Er zijn meer en meer oudere mensen, er is meer en meer chroniciteit, terwijl jonge mensen misschien minder gemakkelijk worden aangetrokken tot bepaalde onderdelen van de zorgsector qua beroepsprofielen.

Het is een verhaal van blijven investeren, maar ook van hervormen. Het Zorgpersoneelfonds was een belangrijke investering, tot stand gebracht hier in het Parlement. Wij hebben bij dat Zorgpersoneelfonds nog wat bijkomende investeringen gedaan, onder meer in noodmaatregelen die in de zomer werden afgeklopt. Er is eenmalig 20 miljoen euro voor bijkomend ondersteunend personeel. Er is een bijkomende subsidiemogelijkheid voor investeringen in technologie en uitrusting die het mogelijk maken om het personeel efficiënter in te zetten, om het personeel toe te laten zich meer te concentreren op de echte zorgtaken.

In het laatste begrotingsconclaf van de regering, in maart, voor de paasvakantie, heb ik ook nog een bijkomende schijf van 20 miljoen aan investeringen in zorgondersteuning in de ziekenhuizen verkregen. We voegen daaraan dus nog inspanningen toe. Het is investeren en blijven investeren. Het is echter ook hervormen.

Collega's, uw vragen zouden voor een stuk goed gepast hebben in de discussie van vanochtend. Die discussie was immers zowat het startschot van een bredere discussie over hervormingen in de sector, waarbij we de profielen, de taken en de samenwerking bekijken.

Mevrouw Depoorter, u had concrete vragen over het Zorgpersoneelfonds. We hebben het evaluatierapport voor 2021 op 7 april doorgestuurd naar de Kamer. In 2021 zijn er iets meer dan 5.000 voltijdequivalenten gefinancierd met het fonds. Voor 1.960,86 voltijdequivalenten betrof het nieuw gecreëerde tewerkstelling. De overige voltijdequivalenten betreffen bestendige tewerkstelling die in 2019 en 2020 al gerealiseerd werd, die vandaag nog altijd aanwezig is en door het Zorgpersoneelfonds gefinancierd wordt. Op zich is dat Zorgpersoneelfonds dus wel een heel belangrijke verwezenlijking. U hoort mij echter zeker niet zeggen dat dit voldoende is. Het is wel een immense verwezenlijking.

In 2021 werd een eenmalige aanmoedigingspremie uitgewerkt en gefinancierd ten belope van bijna 14 miljoen euro voor verpleegkundigen in de wijkgezondheidscentra en voor zelfstandige verpleegkundigen en zorgkundigen die in de thuiszorg werken. Gegevens over de impact van die maatregel op een eventuele verhoging van het aantal voltijdequivalenten aan zelfstandige thuisverpleegkundigen heb ik niet ter beschikking. Voor de sector van de loontrekkende verpleegkundigen werden in de private sector 102,89 voltijdequivalenten gecreëerd in 2021. In de openbare sector kon door administratieve omstandigheden de concrete verdeling niet gebeuren in 2021. De middelen van 2021 worden samen met die van 2022 verdeeld in functie van het aantal werknemers per werkgever. Voor de wijkgezondheidscentra werd in 2021 geen budget toegekend in de private sector, omdat het budget 2021 slechts gekend was en ontvangen werd in de loop van het vierde kwartaal van 2021.

Het beheerscomité van Kamer 5 van het Fonds Sociale Maribel 330 heeft besloten de budgetten voor 2021 en 2022 in 2022 toe te wijzen. Het budget 2021 is te besteden tegen uiterlijk eind 2023 en het budget 2022 is te besteden tegen uiterlijk eind 2024 voor de creatie van jobs van zorgpersoneel, de eerste prioriteit, en de creatie van jobs ter ondersteuning van het zorgpersoneel, de tweede prioriteit. Voor de openbare sector kon de concrete verdeling zoals gezegd nog niet gebeuren door

administratieve omstandigheden.

Voor het jaar 2022 zijn de cijfers over de gecreëerde tewerkstelling nog niet beschikbaar. Het is een ingewikkeld verhaal omdat het Zorgpersoneelfonds een fonds is. Men schuift met die middelen over de verschillende jaren. De gegevens komen maar traag ter beschikking, dat vind ik zelf ook. We weten pas met veel achterstand wat dat concreet heeft betekend. Ik blijf dat wel een belangrijk mechanisme vinden, ook omwille van het lokaal sociaal overleg dat daarmee gepaard gaat.

Terugkomend op de algemene problematiek, mevrouw Gijbels, mevrouw Depoorter, durf ik niet te zeggen dat de maatregelen die wij vanmorgen hebben besproken het ultieme antwoord zijn, absoluut niet. Ik denk dat we een brede hervorming moeten uitwerken, met de filosofie dat men meer mensen met verschillende talenten, competenties en opleidingsniveaus voor de zorg kan aantrekken.

Ik heb dat vanmorgen niet gezegd, omdat ik nog geen repliek heb gegeven, maar ik ben het eens met wat vanuit Vlaanderen werd gevraagd, met name om de mensen die HBO5 hebben gevolgd niet te laten vallen en om voor hen een nieuwe toekomst te creëren, met een beter toegespitst profiel, naast dat van verantwoordelijke verpleegkundige voor de algemene zorg.

Men zou verschillende profielen in een fijn opgebouwde ladder kunnen creëren, gaande van een specifiek profiel voor zorgondersteuner, een logistiek assistent met uitgebreide taken, een gepreciseerd competentieprofiel van een zorgkundige, een basisverpleegkundige, een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, een verpleegkundig specialist tot een verpleegkundige klinisch onderzoek. Als men zo'n ladder heeft en men creëert ook doorgroeimogelijkheden, dan valoriseert men alle mogelijke talenten en competenties.

Als men enthousiaste mensen in die sector wil hebben en houden, dan heeft men wat mij betreft eigenlijk een klavertje vier nodig.

We moeten ervoor zorgen dat de mensen naar waarde worden ingezet. Ik meen dat we verpleegkundigen voor een deel moeten ontlasten van taken waarvoor ze eigenlijk niet opgeleid zijn: administratieve taken, maar soms ook basishygiëne of zeer elementaire handelingen. Ik vind tevens dat er taken zijn die vandaag door huisartsen vervuld worden, die ook door verpleegkundigen uitgevoerd kunnen worden. Ik wil in het komende halfjaar verder werk maken om mensen in te zetten naar hun waarde.

Ten tweede denk ik dat we die mensen waar mogelijk ook meer autonomie moeten geven. Ik denk dan aan het feit dat een verpleegkundige paracetamol vandaag alleen op voorschrift van een arts mag toedienen. Dat moeten we misschien veranderen en hen meer autonomie geven.

Ten derde moeten we een goede en vlotte samenwerking bevorderen door de gestructureerde equipes in te schrijven in onze wetgeving. Een vlotte samenwerking betekent ook dat er voldoende flexibiliteit is in wat mensen kunnen doen of niet kunnen doen.

Tot slot meen ik dat we doorgroeimogelijkheden moeten creëren op de ladder. Dat is iets wat ook mevrouw Fonck vanmorgen gezegd heeft tijdens het debat. Zij is hier nu niet meer, maar we zullen daar ongetwijfeld op terugkomen. Dit zijn voor mij enkele sleutels.

Is dat voldoende?

De **voorzitter**: Ik weet dat dit onderwerp belangrijk is, mijnheer de minister, maar uw spreektijd is al vijf minuten verstreken.

**09.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal mijn betoog afronden, maar ik moet nog verder antwoorden. U ziet dat ik enthousiast ben om te antwoorden op die vragen.

Mevrouw Gijbels, internationale vergelijkingen beoordelen, is eigenlijk nogal moeilijk. Om te beginnen hebben wij in vergelijking met vele andere landen een groot ziekenhuisaanbod. Dat verklaart waarschijnlijk waarom wij een hoog percentage actief personeel hebben in onze ziekenhuissector. De meesten van onze ziekenhuisartsen zijn zelfstandigen. De statistieken in traditionele databanken over

de werkgelegenheid van artsen omvatten vaak alleen artsen in loondienst. Zij onderschatten dus de artsenactiviteit in de ziekenhuizen en zij overschatten vermoedelijk om die reden ook het aantal verpleegkundigen per arts.

Bovendien gaat het bij een groot deel van de activiteiten van de specialisten in ziekenhuizen om consultaties in de polikliniek. Die worden niet als ziekenhuisactiviteiten beschouwd. De verpleegkundigen die daarbij aanwezig zijn, professioneel, worden echter vaak wel tot het ziekenhuispersoneel gerekend. Zo krijgt men toch allerlei ruis in die statistieken, zodat ik daar niet onmiddellijk veel conclusies uit durf te trekken.

Voor de verloning rijst hetzelfde probleem. Krijgen we wel een juist beeld als we maar naar een deel van de artsen kijken, namelijk naar de artsen in loondienst? Bij een vergelijking met andere landen moet er rekening mee worden gehouden dat we recent de lonen van de verpleegkundigen hebben geherwaardeerd.

Ten slotte ligt het aantal deeltijdsen te hoog, misschien mede door de eindeloopbaanmaatregelen die de voorbije twintig jaar zijn genomen en die mensen ertoe aanzetten om deeltijds te gaan werken wanneer ze wat ouder worden. Dat is op zich goed, maar ik wil initiatieven nemen en ondersteunen om bijvoorbeeld in ziekenhuizen en woonzorgcentra aan te moedigen dat mensen die deeltijds werken en misschien meer uren willen presteren van de directies ook de mogelijkheid krijgen om meer uren te werken.

**09.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, het was een zeer uitgebreid antwoord, maar over het onderdeel waarop ik wil focussen, namelijk de zelfstandige thuisverpleegkundigen, heb ik heel weinig vernomen. U stelt dat niet kan worden ingeschat hoeveel extra zelfstandige thuisverpleegkundigen we hebben aangetrokken. U kunt dat uiteraard niet inschatten, want u hebt voor hen niets gedaan. Voor een eenmalige premie hebt u een wetswijziging doorgevoerd. U had bijvoorbeeld ook het RIZIV-statuuut kunnen aanpassen.

De aantrekkelijkheid van de job is ook rechtstreeks gelieerd met het pensioenstelsel dat kan worden opgebouwd. De N-VA-fractie heeft daarvoor een wetsvoorstel ingediend. Ga ervoor. U hebt nog tijd tot het einde van het jaar om 34 miljoen euro te investeren in de sector, om ervoor te zorgen dat het aantrekkelijk is om als thuisverpleegkundige aan de slag te gaan en dat men niet wordt gediscrimineerd ten opzichte van bijvoorbeeld kinesitherapeuten of logopedisten. U hebt trouwens nood aan die thuisverpleegkundigen, want u hebt ervoor gezorgd dat er meer dagopnames zijn. Ik vraag u dus om hier werk van te maken, het voorstel van de N-VA door te nemen, het goed te keuren en ervoor te zorgen dat mensen daadwerkelijk als thuisverpleegkundige aan de slag gaan.

**09.06 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, het is zeer belangrijk dat men de juiste maatregelen neemt. We moeten vooral het personeelstekort oplossen en de uitstroom van verpleegkundigen uit de zorgsector een halt toeroepen. Het wetsontwerp van vanochtend moet vooral de juiste invulling krijgen. We moeten ervoor zorgen dat de job van verpleegkundige niet wordt uitgehold en dat die net aantrekkelijker wordt gemaakt. U hebt de termen autonomie, doorgroeimogelijkheden en flexibiliteit aangehaald en dat zijn zeer belangrijke zaken.

Tegelijkertijd moet een juiste analyse plaatsvinden. Ik heb nog steeds de indruk dat we het exacte tekort aan zorgpersoneel niet kennen. Er worden inderdaad veel patiënten in het ziekenhuis opgenomen. Onze zorginfrastructuur is te versnipperd. Er zijn de verschillende bevoegdheidsniveaus en er wordt te weinig ingezet op preventie. Dat alles draagt bij tot het personeelstekort. Snelle hervormingen zijn nodig en die zijn ook mogelijk door onder andere niet-zorggerelateerde taken te delegeren. Daar moet spoedig werk van worden gemaakt.

Voorts is de N-VA-fractie bijzonder teleurgesteld dat er nog steeds geen ambitie is om de bevoegdheden in de gezondheidszorg te homogeniseren. Daardoor zouden er veel middelen vrijkomen en het zou zorgen voor een efficiëntere en betere organisatie van onze gezondheidszorg.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**10** Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De levering en distributie door groothandelaars-verdelers" (55035872C)

**10** Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La livraison et la distribution par les grossistes-répartiteurs" (55035872C)

**10.01** Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de toekomstige vaccinatiecampaagnes in het kader van COVID-19 zullen door de deelstaten worden overgenomen. U bent daarvoor stappen aan het zetten en u wilt ervoor zorgen dat dat zo naadloos mogelijk verloopt en er geen risico's worden genomen.

Voor het afleveren en de distributie van vaccins werkt ten minste een van de deelstaten op dit ogenblik met de farmaceutische groothandelaars als vaccindistributeur. Die groothandelaars zijn voor de apothekers vertrouwenspersonen en leveren ons al sinds jaar en dag onder andere de griepvaccins. Zij zijn een zeer betrouwbare partner voor de eerstelijnszorg.

Ik herinner mij een discussie over de nieuwe vaccindistributeur en de ticketing. Bij Medista werd er altijd een ticket afgegeven in de vaccinatiecentra, zodat kon worden gelogd op welke temperatuur de vaccins werden vervoerd en bewaard. Dat ticketsysteem werd door Movianto niet gehanteerd. U gaf mij toen aan dat dat geen probleem vormde. Ik veronderstel dan – ik wil daar graag de bevestiging van – dat dat bij de groothandelaars ook geen probleem vormt, want zij brengen de geneesmiddelen in koudeketenbakken, maar zonder ticket.

De farmaceutische groothandelaars hebben veel ervaring met het verspreiden van vaccins, zoals ik al zei. Zij kunnen dus echt wel garanties bieden inzake de koude keten voor de verdeling van de covidvaccins. Bent u het daarmee eens of zijn er vandaag andere richtlijnen?

Werd hieromtrent advies aan de taskforce Vaccinatie gevraagd?

Zijn er momenteel klachten over de samenwerking van de deelstaat die nu met de groothandelaars werkt?

Hoe staat het met de verdeelsleutel? Wellicht zult u opnieuw hetzelfde antwoord geven.

Ik hoor tot slot een bezorgdheid bij de groothandelaars dat er door uw diensten zou worden gesteld dat de distributie van de vaccins beter niet via hen verloopt. Klopt dat? Hebt u die signalen ontvangen?

**10.02** Minister Frank Vandenbroucke: In verband met uw eerste vraag moet elke distributeur, met inbegrip van de groothandelaars-verdelers, ervoor zorgen dat geneesmiddelen, vaccins inbegrepen, tijdens het vervoer worden bewaard overeenkomstig de vooropgestelde temperatuurcondities, zo nodig door middel van een logger. Een temperatuurticket is op zich niet verplicht, al moet de informatie wel beschikbaar zijn als de apotheker daarom vraagt. Dat alles heb ik overigens al meegegeven in antwoord op vorige vragen.

In antwoord op uw tweede vraag is de ervaring van de farmaceutische groothandelaars-verdelers op dat gebied relevant, mits zij alle farmaceutische normen, de GDP-richtlijn en contractuele bepalingen nakomen.

Ik kom tot uw derde vraag. De taskforce Vaccinatie heeft zich niet uitgesproken over de rol van de groothandelaars-verdelers, maar elke deelstaat heeft zijn intenties uitgesproken omtrent de evolutie van het circuit voor COVID-19-vaccins, onder meer ook omtrent de betrokkenheid van de groothandelaars-verdelers.

In antwoord op uw vierde vraag werd er een klacht ontvangen aangaande de etiketten waarop de geldigheidsdatum wordt vermeld van de vaccins na ontdooiing. Die klacht werd behandeld en de distributeur zal – en moet ook – de vereisten van het FAGG naleven.

Voor uw vijfde vraag is er vooralsnog geen akkoord met de deelstaten over de verdeelsleutel, niettegenstaande het feit dat preventie onder hun bevoegdheid ressorteert.

**10.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** U hebt de vraag die ik had toegevoegd, niet beantwoord. Ik had namelijk de bezorgdheid opgevangen van de groothandelaars-verdelers als zouden uw diensten hen niet als preferentiële partner beschouwen.

**10.04 Minister Frank Vandenbroucke:** Ik heb daar impliciet op geantwoord door aan te geven dat de taskforce Vaccinatie zich daarover niet heeft uitgesproken.

**10.05 Kathleen Depoorter (N-VA):** Uw diensten hebben er zich dus niet over uitgesproken.

Ik vat uw antwoord samen als zou de ervaring van de groothandelaars-verdelers wel degelijk relevant zijn: zij kunnen en moeten de koude keten garanderen en moeten daarop kunnen worden gecontroleerd. Ik vind uw antwoord correct en ben het helemaal met u eens.

Ik ben het eveneens met u eens dat, als er een klacht is, die uiteraard behandeld en aangepakt moet worden.

Ik kan alleen maar besluiten dat u, en uw diensten, niet kunnen adviseren dat een groothandelaar-verdeler geen goede partner zou zijn. De suggestie aan de deelstaten zou dus moeten luiden om te blijven werken via een vaccindistributeur zoals de FOD heeft gedaan. Dat is alvast mijn – toch wel belangrijke – conclusie op basis van uw antwoord. Zoals gezegd, zijn de groothandelaars-verdelers uiterst betrouwbare partners voor de eerstelijnszorg en het zou jammer zijn dat er vanuit de FOD Volksgezondheid een vorm van wantrouwen jegens hen wordt geuit.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**11 Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de personnel dans le domaine des soins de santé" (55035881C)**

**11 Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het personeelstekort in de gezondheidszorg" (55035881C)**

**11.01 Benoît Piedboeuf (MR):** Monsieur le président, je vais renvoyer à ma question.

*Monsieur le Ministre, vous le savez, le coronavirus a eu un impact important sur l'emploi dans les secteurs des soins. L'afflux de personnel dans ce secteur était déjà une préoccupation majeure avant la crise, et cela n'a fait qu'augmenter depuis lors. Face à cela, toute une série de mesures ont donc été prises en vue de faire face à cette pénurie inquiétante. Parmi ces différentes mesures, nous pouvons notamment citer celles visant à défiscaliser les heures supplémentaires volontaires. En effet, selon la réglementation prévue durant la crise du coronavirus, un salarié pouvait prêter volontairement 220 heures supplémentaires en 2022. Ces heures supplémentaires volontaires étaient alors dispensées de cotisations et de retenues sur les plans fiscal et parafiscal. Toutefois, depuis le 01.01.2023, ces heures supplémentaires sont de nouveau fiscalisées et le paquet d'heures supplémentaires est revenu à sa valeur initiale, à savoir 100 heures. Aujourd'hui, il apparaît que de nombreuses organisations de soins éprouvent de grandes difficultés à rappeler les agents pour compenser des absences pour maladie, avec pour conséquence directe une difficulté de plus en plus grande à assurer la continuité des soins dans certains services.*

*Alors Monsieur le Ministre, compte tenu de tous ces éléments, voici mes questions:*

- Comment évaluez-vous ce système d'exonération fiscale? A-t-il permis de faire face à la pénurie de main d'œuvre dans le secteur des soins de santé?*
- Quel regard portez-vous sur la possibilité d'obtenir pour le secteur des soins de santé une défiscalisation complète des heures supplémentaires, sans limitation ni de volume ni de durée et ce tant que les métiers considérés sont sur la liste officielle des métiers en pénurie?*

*Je vous remercie de vos réponses.*

**11.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Piedboeuf, qu'a-t-on décidé lors du contrôle budgétaire?

Une mesure temporaire prévoit une diminution des cotisations sociales et de la fiscalité pour des pensionnés qui ont 65 ans ou plus, ou des pensionnés qui ont eu une carrière complète de 45 ans et qui cumulent leur pension avec un revenu professionnel dans le secteur des soins. Il a été décidé premièrement que cette mesure est prolongée pour 6 mois, avec la possibilité d'avoir des aménagements ponctuels en ce qui concerne les règlements concernant les horaires et les temps de travail et l'annonce du règlement de l'horaire et du temps de travail pour ce groupe-cible.

Il a aussi été décidé d'investir de nouveau 20 millions d'euros pour cette année-ci pour rendre possible le recrutement de personnel d'appui pour le personnel soignant dans les hôpitaux. Ce qui n'a pas été prolongé, ce sont les mesures concernant les volontaires.

Ce que vous mentionnez en ce qui concerne les heures supplémentaires, les facilités supplémentaires et les libertés supplémentaires est important. Cela faisait partie de l'accord interprofessionnel pour les années 2021 et 2022. Par conséquent, cette mesure concernant les heures supplémentaires et volontaires n'était plus en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier. Cela inclut les soins. Mais les négociations entre les partenaires sociaux pour l'accord interprofessionnel 2023-2024 incluent de nouveau une telle possibilité. Le gouvernement a reçu les textes des partenaires sociaux. Il est en train de les étudier. Je ne peux pas encore donner une réponse pour le gouvernement.

L'accord interprofessionnel prévoit une prolongation de cette mesure incluant le secteur des soins. Je n'y suis pas opposé mais le gouvernement doit encore étudier cette question.

Concernant le régime fiscal d'application pour les heures supplémentaires, je vous renvoie à mon collègue le ministre des Finances, M. Vincent Van Peteghem.

**11.03 Benoît Piedboeuf (MR)**: Merci monsieur le ministre. Je sens que vous n'êtes pas contre cette idée, et j'espère que le ministre des Finances sera du même avis.

Le changement de la convention préventive de double imposition avec la France, qui fait fuir les infirmières françaises, est aussi une question fiscale. Nous allons devoir nous pencher sur cette question, en tout cas en période de pénurie. Le système fonctionnait bien, mais on vient de le mettre en péril. En province de Luxembourg, encore plus qu'ailleurs, les fermetures se multiplient, et la situation s'aggrave. Si des mesures fiscales ne sont pas prises pour y remédier au moins jusqu'en 2033, comme c'était prévu, nous en arriverons à une catastrophe. Des hôpitaux vont devoir fermer.

Concernant les heures supplémentaires, il s'agit d'une des pistes possibles. Je vous remercie d'y être attentif. Je poserai également la question au ministre Van Peteghem.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**12 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le sevrage aux somnifères via les pharmaciens" (55035955C)**

**12 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het afbouwen van slaapmiddelengebruik via de apotheker" (55035955C)**

**12.01 Sophie Rohonyi (DéFI)**: Monsieur le ministre, depuis le 1<sup>er</sup> février dernier, les patients qui souhaitent réduire progressivement leur consommation de somnifères peuvent désormais s'adresser à leur pharmacien, sur prescription de leur médecin. Autrement dit, les pharmacies sont amenées à faire des préparations magistrales visant à donner des doses de plus en plus faibles aux patients en fonction de leurs besoins spécifiques.

*Cette décision est bien évidemment positive compte tenu de la consommation excessive de somnifères en Belgique, puisque selon l'Association belge des pharmaciens, quelque 400 millions de doses ont*

*été délivrées en 2021 dans les pharmacies belges, soit environ 1,1 million de doses par jour!*

*Cette consommation excessive peut non seulement entraîner des risques d'accoutumance mais également causer des effets secondaires potentiellement graves comme des troubles de la mémoire et du système nerveux.*

*Je m'interroge toutefois sur le rôle attribué à chacun dans ce cadre, monsieur le ministre:*

*Vous avez en effet récemment répondu à une question sur le sujet, en affirmant qu'il s'agissait "d'un triangle, impliquant le patient, le médecin prescripteur et le pharmacien" mais que "c'est le médecin généraliste qui choisit le type de programme de sevrage sur la base de l'examen médical". Pourriez-vous nous en dire plus sur la marge de manœuvre laissée aux pharmaciens après réception de la prescription? Cette réduction de doses est-elle laissée à la libre appréciation du pharmacien ou bien est-elle strictement prévue à l'avance par le médecin?*

*Depuis février, avez-vous déjà reçu un éventuel premier retour sur cette collaboration, qu'il provienne des patients, des pharmaciens ou des médecins? Si oui, lequel? Si non, une évaluation est-elle prévue et dans quels délais?*

**12.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Rohonyi, c'est effectivement le médecin traitant qui connaît le mieux le patient. C'est donc à lui qu'il appartient de choisir, en connaissance éclairée et en concertation avec son patient, le schéma de programme de sevrage qui lui permettra d'arrêter totalement sa consommation de benzodiazépines.

Je souhaite rappeler que, selon la loi, seul le médecin est habilité à prescrire des médicaments. C'est donc de son entière responsabilité d'opter pour un schéma de sevrage versus un acte ou un autre et de choisir comment la réduction graduelle de la dose consommée par le patient se fera tout au long du programme.

Pour cette étape de mise en place du programme, le pharmacien ne peut donc pas légalement décider quelle sera la réduction de dose prescrite. Par contre, le pharmacien qui est l'interlocuteur de première ligne du patient tient un rôle actif tout au long du programme de sevrage. Non seulement, il écoute et motive le patient sur la base d'un dialogue constructif, mais il peut aussi, sur la base d'une demande du patient, prolonger jusqu'à 30 jours la durée d'une ou de plusieurs étapes du programme de sevrage. Cette possibilité qu'a le pharmacien de pouvoir moduler la durée d'une étape du programme de sevrage a été offerte au patient de manière à pouvoir réagir rapidement lorsque ledit patient estime que la durée du précédent palier de diminution de dose a été trop courte ou que, pour des raisons personnelles, il souhaite avoir plus de temps avant de passer à un palier suivant de diminution de dose.

Le pharmacien tient aussi un rôle très important en tant que garant de l'adhésion du patient à son programme de sevrage. En pratique, le pharmacien est le seul à devoir et à savoir vérifier, avant chaque nouvelle délivrance d'un palier de dose, si le patient n'a pas reçu une prescription d'une spécialité à base de benzodiazépines par un autre médecin.

Si le pharmacien constate que le patient fait du "shopping médical" alors qu'il s'est engagé à ne plus consommer d'autres benzodiazépines que celles prescrites pour le programme, il doit contacter le médecin prescripteur du programme de sevrage afin de l'en informer.

Vous comprendrez donc que, hormis pouvoir décider quelle sera la réduction de dose qui sera prescrite, le rôle du pharmacien est multiple en termes d'accompagnement du patient. Il ne se limite pas à préparer et à délivrer la préparation magistrale du patient.

Pour ce qui est du projet pilote, le recul que nous avons aujourd'hui, depuis début février, est insuffisant pour avoir un premier retour tant quantitatif que qualitatif à son sujet. Son but principal est de savoir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans ce nouveau service. À cette fin, une collecte de toutes les données pertinentes relatives au programme de sevrage d'un patient doit être réalisée. Par ailleurs, il n'est pas exclu qu'une analyse de nature plus qualitative soit réalisée sur la base du retour des patients, des médecins et des pharmaciens. Cependant, vous comprendrez que ce type d'analyse est plus difficile à réaliser. Les services de l'INAMI réfléchissent quant à la manière dont ces données pourraient éventuellement être collectées.

C'est donc bien, dans un premier temps, au travers d'une analyse quantitative des données récoltées pour chaque patient que nous pourrions évaluer l'efficacité de ce projet pilote. Une première analyse des données récoltées pourrait être planifiée pour le mois de septembre. Une analyse plus prématurée serait sans intérêt car elle ne nous permettrait pas de capter des informations pertinentes vu le trop faible nombre de patients ayant terminé leur programme de sevrage.

**12.03** **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Comme vous le dites très justement, c'est le médecin qui connaît le mieux le patient, tout en sachant que le pharmacien lui aussi joue un rôle fondamental en tant qu'interlocuteur de première ligne.

Je suis heureuse d'y voir enfin plus clair quant au rôle joué par chacun dans cette stratégie de sevrage aux somnifères, avec le médecin généraliste qui détermine le programme de sevrage et le pharmacien qui peut moduler notamment la durée de ce programme. C'est important car les pharmaciens ont quand même aussi une vue sur les besoins et les médicaments que prennent déjà certains patients sans nécessairement passer par le médecin généraliste. Certains patients recourent à des médicaments sans prescription. C'est la raison pour laquelle j'étais soucieuse de la place accordée aux pharmaciens dans ce cadre.

Nous ne disposons pas encore du retour de ce projet pilote. J'entends qu'une première analyse sera disponible d'ici septembre et je reviendrai vers vous à ce moment-là pour en savoir plus.

*Présidente: Laurence Hennuy.*

*Voorzitster: Laurence Hennuy.*

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**13** **Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture du départ 112 de Libramont" (55035956C)**

**13** **Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sluiting van de 112-uitrukpost in Libramont" (55035956C)**

**13.01** **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, en octobre dernier, nous apprenions la fermeture des départs 112 de Libramont et d'Amay, l'une des nombreuses conséquences du désert médical auquel se heurtent les habitants des milieux ruraux. Afin d'éviter une catastrophe pour tous les habitants de la région - notamment à la suite de l'interpellation développée par mon collègue François De Smet - , vous aviez annoncé un moratoire d'un an, lequel a pu être convenu entre syndicats et direction, pour courir jusqu'au 31 décembre prochain.

Le problème est qu'à l'heure actuelle, et alors même que nous nous trouvons à mi-parcours de ce moratoire, les ambulanciers concernés ne savent toujours pas le sort qui leur sera réservé ensuite. Pourtant, si nous prenons l'exemple du centre de Libramont, nous constatons qu'au regard des montants prévus pour cette année, son déficit causera un arrêt forcé du départ 112.

D'où mes questions, monsieur le ministre. Quels sont les contacts établis et les initiatives prises par votre cabinet et/ou administration afin de s'assurer de la poursuite du service à la fin du moratoire? Comment expliquez-vous que les ambulanciers de Libramont ne soient actuellement pas du tout informés de la suite des événements, alors qu'ils sont tout de même les premiers concernés?

En réponse à une question posée à ce sujet début mars par mon collègue Piedboeuf - qui vient malheureusement de partir -, vous aviez affirmé qu' "au sein du Conseil national des secours médicaux d'urgence, quatre groupes de travail ont été créés afin d'apporter les réponses requises à cet effet." Pourriez-vous nous en dire plus? Comment ces groupes de travail ont-ils été composés, et quand disposerons-nous de leurs conclusions?

Enfin, comment garantissez-vous aux personnes qui habitent ces zones qu'elles conserveront bien un



accès égalitaire aux soins urgents par rapport aux habitants de milieux urbains, malgré la fin prochaine du moratoire?

**13.02 Frank Vandebroucke**, ministre: Chère collègue, ce sont les difficultés de l'ensemble des services ambulanciers qui ont été prises en considération pour la hausse conséquente du budget des subsides pour les années à venir. Effectivement, la Croix-Rouge est un partenaire privilégié, aussi bien dans le secteur de la transfusion sanguine que dans celui de la planification des situations de crise ou dans celui de l'aide médicale urgente.

Il y a donc régulièrement des contacts avec la Croix-Rouge, et le financement de ses activités est souvent à l'ordre du jour. La Croix-Rouge est traitée et financée comme tout autre service de l'aide médicale urgente. Il n'appartient ni à moi ni à mon administration de remplacer la Croix-Rouge dans ses contacts avec ses employés. Cela reste la responsabilité de l'employeur. La question concernant l'information aux employés doit donc être posée à la Croix-Rouge proprement dite.

Pour ce qui concerne les groupes de travail du Conseil national, ils ont été composés au sein et avec des membres du conseil ou des experts proposés par les membres du conseil afin d'apporter les réponses requises dans le cadre de la réforme de l'aide médicale urgente. Ils se penchent sur les sujets suivants: l'équipe d'intervention paramédicale (le service PIT), la régulation médicale, la programmation et le financement.

Bien que les sujets soient différenciés, ils sont étroitement liés. Ainsi, l'avis sur le service PIT influencera notamment la régulation médicale, tandis que les avis PIT et régulation médicale vont influencer la programmation et le financement. L'avis sur le PIT est attendu pour septembre 2023, les lignes directrices de la régulation et de la programmation pour début 2024. La trajectoire de financement devra tenir compte de l'augmentation prévue de l'enveloppe de subsides et intégrer les avis des trois autres groupes de travail.

S'il devait y avoir une cessation d'activité du service 112 de Libramont, il appartiendra à la commission d'aide médicale urgente provinciale de trouver des solutions dans le cadre de l'organisation de l'aide médicale urgente afin de garantir le service à la population.

**13.03 Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse, même si elle n'est pas du tout à même d'apaiser mes inquiétudes. En effet, il demeure une incertitude pour la période post-31 décembre 2023, après la fin du moratoire.

Vous nous expliquez que c'est parce que ce sont essentiellement d'autres services qui sont compétents. Il en ressort que les habitants de ces zones ne sont pas logés à la même enseigne que d'autres alors qu'ils paient leurs impôts de la même manière et sont en droit d'attendre les mêmes services et la même qualité de service que leurs concitoyens vivant dans d'autres régions.

Alors même que vous nous dites que l'ensemble des services ambulanciers ont été pris en compte, force est de constater que la spécificité de ces zones n'a pas été prise en compte. Reste une question cruciale qui doit être tranchée, à savoir la question du financement de ces services pour laquelle vous êtes bien responsable.

Je vous remercie d'être revenu sur le *timing* des travaux prévu. Je me permets une suggestion à ce propos: pourquoi ne pas prévoir une pondération dans l'octroi du subside en tenant compte des spécificités de ces zones rurales, à savoir les densités de population et les distances que ces patients doivent parcourir.

Aujourd'hui, vous n'excluez même pas que les départs 112 devront fermer dans ces zones. Il échoira à la commission provinciale de trouver une solution. Je trouve que vous avez tout de même un rôle important à jouer et qu'il n'est pas audible pour les habitants concernés que le ministre en charge de la Santé publique les abandonne ou les abandonnerait puisque cela reste incertain.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**14** Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de médicaments" (55035957C)

**14** Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het geneesmiddeltekort" (55035957C)

**14.01** Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, si vivre au quotidien avec la maladie est difficile, cette difficulté est encore accrue lorsque certains médicaments, pourtant essentiels voire vitaux, sont en rupture de stock ou simplement indisponibles.

Dans de telles circonstances, certains patients doivent parcourir des dizaines de kilomètres afin de trouver ces précieux médicaments. C'est notamment le cas du Creon, un médicament indiqué dans le traitement de symptômes liés à une mauvaise digestion et vital pour les patients atteints de mucoviscidose. Et ce produit n'est pas un cas isolé puisqu'on estime à plus de 3 000 le nombre de médicaments qui ont connu des problèmes d'approvisionnement en 2022.

Plus récemment, et alors que le plan interfédéral alcool a enfin été adopté, nous avons appris que l'Antabuse, médicament indiqué en cas d'alcoolisme, connaît lui aussi une pénurie depuis qu'il n'est plus distribué en Belgique par le groupe pharmaceutique Sanofi. Mes collègues vous ont d'ailleurs interpellé la semaine dernière à ce sujet. J'ai trouvé que vos réponses se limitaient à ce médicament, alors que le problème est plus large. En outre, elles appellent d'autres questions quant à l'impact de ces pénuries sur les médicaments concernés ou encore sur les alternatives à rechercher.

Monsieur le ministre, en janvier dernier, un arrêté royal a été publié afin de limiter l'exportation de médicaments dits urgents et nécessaires en cas de risque de pénurie. Pourriez-vous nous dire ce qu'il en est actuellement? Quels impacts positifs et/ou négatifs cet arrêté royal a-t-il déjà eus sur la pénurie de médicaments frappant notre pays?

Que répondez-vous aux grossistes qui déclarent ne plus disposer des moyens nécessaires pour assurer leur rôle depuis cet arrêté royal et qui affirment que le problème est ailleurs? Je pense ici à la pénurie de matières premières ou encore à la contamination dans la production de ces matières premières en Asie.

Outre cet arrêté royal, quelles autres initiatives avez-vous prises ou prévoyez-vous de prendre afin de limiter cette indisponibilité? L'importation de médicaments est-elle une piste envisageable dans un avenir proche?

En janvier dernier, vous avez déclaré qu'une nouvelle législation pharmaceutique était en préparation au niveau européen et que les premiers textes étaient attendus pour mars 2023. Nous sommes fin avril 2023, où en est-on aujourd'hui?

Vous avez également déclaré que la compensation des surcoûts menait à de nombreuses discussions et que vous aviez insisté auprès de votre administration pour qu'elle trouve une solution. Qu'en est-il aujourd'hui?

Enfin, de manière plus générale, que répondez-vous aux personnes qui doivent actuellement parcourir des dizaines de kilomètres afin de se procurer un médicament essentiel voire vital? Des aides spécifiques sont-elles prévues pour ces personnes?

**14.02** Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Rohonyi, l'arrêté royal sur les exportations n'est en vigueur que depuis environ deux mois. Depuis lors, pour huit médicaments, une décision ministérielle a été prise et publiée au *Moniteur belge* afin de soumettre leur exportation à une autorisation préalable. La nouvelle réglementation n'est pas en vigueur depuis assez longtemps pour en évaluer l'impact.

Pour ce qui est des grossistes, une augmentation des marges des grossistes répartiteurs a été prévue pour l'année 2023. Actuellement, mes services étudient les possibilités d'indexation pour les années suivantes.

Par ailleurs, l'importation de l'étranger est déjà possible sous certaines conditions. Le mois prochain,

je soumettrai à la Chambre un projet de loi qui prévoit une base légale pour étendre les possibilités d'importation de médicaments indisponibles, à savoir l'importation par le grossiste. Comme je l'ai déjà souligné à plusieurs reprises dans cette commission, j'ai déjà pris plusieurs autres initiatives au niveau belge telles que la réglementation sur la transparence des stocks auprès des grossistes répartiteurs et la substitution des médicaments prescrits et indisponibles par les pharmaciens.

L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) prépare un projet pilote qui contient le monitoring des stocks de neuf principes actifs auprès de tous les acteurs, à savoir les entreprises, les grossistes et les pharmaciens. Une cinquantaine de médicaments critiques sont concernés. En plus, je peux faire référence aux activités de la cellule compétente à l'AFMPS qui suit la problématique de façon permanente. Si nécessaire, une task force qui compte les différents acteurs et professionnels de santé concernés est créée et donne des consignes appropriées.

Globalement, les indisponibilités de médicaments sont un problème international souvent lié à des problèmes d'indisponibilité de matières premières ou de production. C'est pour cette raison que l'AFMPS reste très vigilante.

Quant au médicament Creon, il est temporairement indisponible en raison d'une demande accrue et d'un retard dans la production. Des dosages de Creon sont encore disponibles et peuvent, en principe, remplacer ceux qui ne le sont pas pour le moment. Si, pour des raisons particulières en rapport avec le patient, le médicament ne peut pas être remplacé, l'AFMPS m'a confirmé qu'une importation en provenance des Pays-Bas reste possible.

Enfin, la Commission européenne n'a pas encore communiqué sa proposition de nouvelle législation relative aux médicaments.

**14.03 Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse complète à propos d'un dossier complexe, puisque la pénurie de médicaments touche de nombreux patients et découle de multiples facteurs. C'est sans doute pour cette raison qu'il n'est guère aisé de voir quels leviers actionner. En tout cas, nous devons en activer plusieurs pour obtenir un effet sensible sur les patients victimes de ces pénuries.

J'ai hâte de découvrir votre projet de loi sur l'importation des médicaments et de voir l'Union européenne aboutir, notamment sur le plan d'une stratégie commune en matière de médicaments critiques. Selon moi, notre pays a un rôle à jouer dans la sensibilisation des institutions européennes à cette nécessité. Par conséquent, je réserverai une grande attention aux mesures complémentaires qui nous seront proposées dans les prochaines semaines.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

La **présidente**: Les questions n° 55036009C et n° 55036011C de M. Patrick Prévot sont transformées en questions écrites.

**15 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken i.v.m. de erkenning van ondersteunende GGZ-beroepen" (55036034C)**

**15 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état d'avancement de la reconnaissance des professions de support en santé mentale" (55036034C)**

**15.01 Els Van Hoof (cd&v):** Mijnheer de minister, het dossier over de erkenning van de ondersteunende GGZ-beroepen sleept al enige tijd aan. De Federale Raad voor de geestelijke gezondheidsberoepen nam inderdaad heel wat tijd om een advies te formuleren over mijn wetsvoorstel betreffende de erkenning van de psychologische consulent.

In juni 2022 kondigde u vervolgens aan dat uw beleidscel het advies zou analyseren en het nodige overleg daarover zou opstarten. Overigens wees u er in uw beleidsnota op dat er een analyse wordt gemaakt van de plaats van de ondersteunende beroepen in het spectrum van de gezondheidszorg.

Alleszins hopen de verschillende beroepsverenigingen dat snel vooruitgang wordt geboekt op het vlak van de wettelijke verankering. Wij kunnen die zorgverstrekkers, waaraan taken kunnen worden uitbested, maar al te goed gebruiken in de geestelijke gezondheidszorg gelet op de wachtlijsten.

Hoe ver staat u met de analyse? Indien de analyse nog loopt, wanneer zal ze afgerond zijn?

Welke stappen zult u doen? Welke timing stelt u voorop?

Welke hindernissen of obstakels belemmeren de implementatie van het advies?

**15.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Van Hoof, ik kan u helaas geen nieuwe ontwikkelingen melden.

Mijn administratie en de federale raad zijn druk in de weer geweest met andere dossiers, die prioritair moesten worden behandeld. Ik denk bijvoorbeeld aan het uitstel en de organisatie van de professionele stage.

Ik kan u op het moment nog geen timing geven voor het dossier van de ondersteunende zorgberoepen in de geestelijke gezondheid.

**15.03** **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, dat is een heel kort en enigszins ontgoochelend antwoord. Ik vermoed toch dat op een bepaald moment een versnelling zal worden ingezet.

Die zorgverstrekkers zijn belangrijk om bepaalde diagnoses te stellen. De behandeling moet uiteraard worden overgelaten aan psychologen of een psychiater. Wanneer er echter al een eerste opvang zou kunnen zijn, vooral van kinderen en jongeren, zou dat al enig soelaas bieden.

Wij kunnen dus veel winst boeken door de betreffende beroepen te erkennen. Ik dring erop aan om daar werk van te maken, ook al besef ik dat heel wat zorgverstrekkers erkenning willen voor hun beroep en aan uw mouw trekken.

Ik hoop dat er dit jaar een voorstel komt, zodat we de kwestie niet weer ter sprake moeten brengen naar aanleiding van de volgende beleidsnota. Door dat wettelijk te verankeren, zou u tegemoetkomen aan de geest van de GVU-wet (geneeskundige verzorging en uitkeringen).

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

**16** **Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van de Vlaamse Jeugdraad inzake mentaal welzijn" (55036035C)**

**16** **Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis du Conseil flamand de la jeunesse relatif au bien-être mental" (55036035C)**

**16.01** **Els Van Hoof** (cd&v): *Op 1 februari 2023 nam de Vlaamse Jeugdraad een advies aan over mentaal welzijn bij jongeren. Het gaat volgens hen niet al te best met het mentale welzijn van kinderen en jongeren. Maar liefst 23.749 kinderen en jongeren stonden in maart 2021 op een wachtlijst voor psychische hulp, en meer dan 2/3e van de jongeren met een psychische stoornis zou langer dan een jaar moeten wachten op professionele behandeling. Nochtans is het cruciaal dat mentaal welzijn reeds op jonge leeftijd aandacht krijgt, ook om zwaardere problemen op latere leeftijd te vermijden.*

*De Vlaamse Jeugdraad vraagt dan ook meer aandacht voor mentaal welzijn bij kinderen en jongeren. Concreet werden daarom 17 adviespunten geformuleerd. Zo vragen ze bijvoorbeeld dat een crisisplan wordt opgesteld en dat over alle beleidsdomeinen en -niveaus meer wordt samengewerkt rond mentaal welzijn bij jongeren. Ook wordt het belang van een vindplaatsgericht psychologische zorg benadrukt, waarbij naast de fysieke afstand ook andere drempels worden weggewerkt.*

*Ik heb voor u dan ook de volgende vragen:*

*Heeft u kennisgenomen van het advies van de Vlaamse Jeugdraad? Deelt u de analyse dat er nood is aan extra aandacht voor mentaal welzijn bij kinderen en jongeren? Hoe zal u concreet tegemoetkomen aan de geformuleerde adviespunten?*

*Wordt er werk gemaakt van een masterplan om de crisis rond het mentaal welzijn bij jongeren aan te pakken over de verschillende beleidsniveaus heen? Zo ja, hoe gebeurt dit concreet en welke timing wordt voor ogen gehouden?*

*Welke maatregelen nam u reeds om een vindplaatsgericht psychologische zorg voor kinderen en jongeren te garanderen? Kan u hiervan een stand van zaken geven?*

*Welke concrete acties staan nog gepland om de toegang tot GGZ voor kinderen en jongeren te verbeteren? Wat is hiervan de timing?*

**16.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal op deze vraag iets uitvoeriger antwoorden, want ik vind dat ook een belangrijke vraag.

U hebt het over de adviezen van de Vlaamse Jeugdraad rond mentaal welzijn en wat onze reactie daarop is. Ik ben daarvan op de hoogte, omdat ik ook zelf heb deelgenomen aan de lunchdialoog die de Vlaamse Jeugdraad heeft georganiseerd op 28 februari. Ze hebben dat eigenlijk heel goed gedaan en ik heb daar geluisterd naar wat jongeren vertelden. Ik ben daarenboven met hen in dialoog gegaan. Het ging toen over verschillende initiatieven in de sfeer van de geestelijke gezondheid. Men heeft dat ook op de website van de Vlaamse Jeugdraad geplaatst en ik verwijs daarnaar.

Het geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren is gebaseerd op een gids die ondertekend is door alle bevoegde ministers voor Volksgezondheid op 30 maart 2015, waarna ook de netwerken voor kinderen en jongeren zijn opgericht. Het belangrijkste doel van het beleid dat daarin van start is gegaan, bestaat erin om kinderen, jongeren en jongvolwassenen met psychische problemen over alle bevoegdheidsdomeinen heen beter en sneller op te vangen en de gepaste begeleiding of zorg aan te bieden, zowel residentieel, ambulantly, als in de thuissituatie.

Ik zeg dat, mevrouw Van Hoof, omdat de netwerken op zichzelf een soort integratie zijn van zorg die vertrekt vanuit verschillende bevoegdheidsniveaus. Dat is op zichzelf een interessant voorbeeld. De netwerken zijn immers een platform waarin Vlaams en federale initiatieven samengebracht worden en goed kunnen worden gecoördineerd.

We hebben met uw steun in deze legislatuur aanzienlijk geïnvesteerd om de slagkracht van die netwerken voor kinderen en jongeren te versterken, onder meer door de ontwikkeling van de eerstelijns psychologische hulpverlening, maar ook door de uitbreiding van de mobiele crisisteams, de versterking van de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten, de creatie van de liaisonsteams, de financiering van een aantal nieuwe werven onder andere gericht op de transitieleeftijd en de dubbeldiagnose en nieuwe investeringen in het zorgaanbod voor jongeren met eetstoornissen.

Kortom, wij doen ter zake belangrijke investeringen.

Ik weet dat Vlaams minister Crevits nu een crisisplan heeft voorgesteld inzake jeugdhulp. Dat crisisplan zal deze week besproken worden op een overleg met de netwerkcoördinatoren van de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren. De bedoeling is dat dit plan van mevrouw Crevits verder afgestemd wordt met het terrein en tussen de betrokken administraties.

Overigens plannen wij in 2023 ook bijkomende investeringen voor langdurige mobiele zorg voor kinderen en jongeren, alsook voor crisiszorg.

Het samenwerken met vindplaatsen en ook op vindplaatsen, over de grenzen van de bevoegdheden heen, is echt belangrijk als we jonge mensen willen helpen en als we hen voldoende snel willen bereiken. Ik heb zelf bijvoorbeeld een heel interessant bezoek gebracht aan een OverKop-huis en een Huis van het Kind. Ik zal binnenkort ook te gast zijn in een school. U weet dat wij met de netwerken vanuit onze federale bevoegdheid en met onze federale middelen inzetten op de creatie van

vindplaatsen in scholen en CLB's, en dat wij een concreet aanbod ontwikkelen in de CLB's.

Heel toevallig heb ik vorige vrijdag vanuit de Vlaamse CLB-sector een zeer positieve feedback gekregen over hoe de samenwerking zich ontwikkelt tussen onze netwerken en de eerstelijns psychologische zorg, tussen onze conventie en wat er gebeurt in de CLB's en in de scholen. Ik vind dat een zeer mooi voorbeeld. Eigenlijk meen ik dat het feit dat België een ingewikkeld land is, met een ingewikkelde bevoegdheidsverdeling, te vaak een excuus is om niet samen te werken. De belangrijkste voorwaarde om samen te werken, is dat er een wil is om samen te werken. De belangrijkste reden waarom de samenwerking soms moeilijk loopt, is misschien een gebrek aan wil om samen te werken.

Ik denk dat er bij ons, op federaal vlak, en bij mevrouw Crevits inzake mentaal welzijn bij jongeren en jeugdhulp een wil bestaat om samen te werken.

Ook de boodschap van de Vlaamse Jeugdraad kan het best vanuit die gedeelde motivatie worden beantwoord. Ik beschouw dat als een prioriteit.

**16.03 Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Heel wat initiatieven die u naar voren hebt gebracht en die heel belangrijk zijn, hebben wij gesteund. Ik wil nog een aantal elementen meegeven die ik van de Jeugdraad heb meegekregen en waarnaar u ook verwijst. Die vindplaatsen zijn van cruciaal belang. Een andere moeilijkheid waarmee zij worden geconfronteerd, is het feit dat er niet moet worden betaald voor OverKop of jeugdwerk, maar dat er wel moet worden betaald voor die vindplaatsen. Voor jongeren is het soms moeilijk te begrijpen dat zij 11 of 4 euro moeten betalen. Dat is misschien een drempel voor hen.

Ook het feit dat er na de daguren geen aanbod is van psychologen of van psychologen met de juiste specialisatie, zorgt ervoor dat het soms wat mank loopt. Zoals u aangeeft, moeten we verder inzetten op de CLB's of de scholen. Het is daar waar de problemen worden vastgesteld en waar men vrij snel kan optreden, voor de problemen op latere leeftijd erger worden.

Het cruciale punt dat u in uw antwoord aanhaalt, zijn die vindplaatsen. We moeten daar maximaal op inzetten en voor jongeren moeten er zo weinig mogelijk drempels zijn, zowel financieel als andere, die maken dat zij geen hulp aanvaarden. Dat zijn elementen in de nieuwe RIZIV-conventie die moeilijk liggen.

**16.04 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Van Hoof, ik neem zeker nota van wat u zegt.

Het is zeker niet allemaal perfect. Er zijn afstemmingskwesties, er is de remgeldkwestie. Ik houd me aanbevolen om vanuit die Vlaamse initiatieven dergelijke kritieken en suggesties te krijgen. We kunnen die onderzoeken. Met de scholen hebben we bijvoorbeeld al afgesproken dat er voor een sessie daar geen remgeld wordt gevraagd.

**16.05 Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, we zijn op weg naar optimalisatie.

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

**17 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'indemnisation des victimes d'une contamination avec l'hépatite C à la suite d'une transfusion" (55036049C)**

**17 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De schadeloosstelling van slachtoffers van een hepatitis C-besmetting door een bloedtransfusie" (55036049C)**

**17.01 Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, en 1987, un petit enfant a reçu une

transfusion dans le cadre d'une opération à cœur ouvert alors qu'il n'avait que 3 ans. Dix ans plus tard, il été diagnostiqué avec une hépatite C chronique. Après dix ans années de traitements, d'essais cliniques sans résultats et avec tous les effets secondaires liés, il a eu la grande chance de participer à un essai clinique avec les Cliniques universitaires Saint-Luc, qui a pu éradiquer sa maladie.

Cependant, c'est au quotidien qu'il a payé et qu'il paye toujours les conséquences de cette infection. Adolescent, il a été isolé à cause des traitements, il n'a pas pu vivre sa vie universitaire aussi librement que souhaité. Les débuts de sa vie professionnelle ont été rythmés également par les traitements et les effets secondaires et on lui a refusé une assurance solde restant dû pour l'achat d'un appartement.

Monsieur le ministre, beaucoup de victimes attendent une reconnaissance de leur situation particulière.

Dans la précédente note de politique, il était inscrit que: "Le gouvernement étudiera la création d'un fonds d'indemnisation pour les personnes dont il est prouvé qu'elles ont été infectées par le virus de l'hépatite C lors d'une transfusion sanguine antérieure à 1986 afin d'éliminer la discrimination avec des personnes qui ont été infectées par le VIH dans les mêmes circonstances mais qui ont été indemnisées".

Votre prédécesseur avait commandé une étude au KCE "susceptible d'apporter une réponse globale à la problématique de l'indemnisation des victimes transfusionnelles du virus de l'hépatite (sans précision)". L'étude à la fois clinique et juridique est très complète et il y a une proposition concrète d'indemnisation en ajoutant une mission au Fonds des accidents médicaux. Aujourd'hui, c'est donc une question de budget qui bloque.

Monsieur le ministre, considérez-vous qu'une indemnisation pourrait être prise en compte pour les cas où la relation transfusion-contamination ne peut faire aucun doute?

**17.02 Frank Vandebroucke**, ministre: Madame Hennuy, en réponse à cette question, je peux vous informer qu'en ce qui concerne l'indemnisation des victimes qui ont été contaminées par l'hépatite C ou le VIH dans les années 80, il faut vérifier sur quelle base l'indemnisation peut avoir lieu. Le dépistage systématique dans les dons de sang a lieu depuis 1985 pour le VIH et depuis 1990 pour l'hépatite C. Les victimes postérieures à cette date peuvent invoquer la responsabilité du fait des produits.

L'actuelle loi relative aux accidents médicaux ne prévoit pas le traitement des incidents médicaux qui sont survenus avant le 2 avril 2010. À l'heure actuelle, le Fonds des accidents médicaux ne peut donc pas être chargé de cette tâche. Si on souhaitait le faire, il faudrait adopter une nouvelle loi.

Cette problématique n'est pas simple, non seulement parce qu'il n'existe actuellement aucune loi qui puisse apporter une solution dans ces dossiers, mais aussi parce que la cause de la contamination est peu connue ou pas toujours connue. De plus, il n'est pas toujours possible de trouver des informations sur d'éventuelles transfusions sanguines. Il faut également garder à l'esprit qu'une transfusion sanguine n'est pas la seule source de contamination pour l'hépatite C et le VIH.

J'ajoute que, depuis plusieurs années, l'assurance maladie rembourse un traitement dans le cadre de l'hépatite C chronique. Ce n'est pas une réponse complète à votre question et à cette préoccupation, mais c'est quand même un élément important dans le contexte dans lequel cette problématique est posée. Voilà des éléments de réponse.

**17.03 Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je m'attendais à votre réponse, puisqu'il y avait déjà eu une question écrite. Celle-ci ne varie pas.

Je vais simplement reprendre les termes de cette personne qui m'a interpellée: "Il me semble que le processus de reconnaissance de cette situation est important." Dans son cas particulier, il était mineur au moment de la transfusion et, une fois majeur, sa seule priorité a été de s'en débarrasser. Mais l'envie et le besoin de faire la lumière sur le déroulé des événements est apparu bien plus tard et il s'est confronté à un mur à l'hôpital des enfants Brugmann où il a été opéré en 1987. On lui a clairement fait comprendre que c'était impossible de recevoir une explication rationnelle de ce qui s'était déroulé à l'époque.

Et c'est évidemment pour panser ses blessures et essayer de se reconstruire qu'une reconnaissance

est à mon sens nécessaire, même si je comprends que c'est complexe. Par contre, l'étude du KCE amenait un cadre intéressant, permettant une identification, surtout qu'au fur et à mesure des années, le nombre de personnes contaminées diminue. Malheureusement, certaines sont peut-être aussi décédées. Donc, s'il s'agit d'un problème de budget, je pense que ce sera de moins en moins prégnant.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

*La réunion publique de commission est levée à 17 h 04.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.04 uur.*