

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 26 SEPTEMBRE 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 26 SEPTEMBER 2023

Namiddag

Le développement des questions commence à 17 h 21. La réunion est présidée par M. Roberto D'Amico.

De behandeling van de vragen vangt aan om 17.21 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Roberto D'Amico.

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

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les maladies cardiovasculaires" (55037943C)

- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les maladies cardiovasculaires et la présidence belge du Conseil de l'UE" (55038092C)

01 Samengevoegde vragen van

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Hart- en vaatziekten" (55037943C)

- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Hart- en vaatziekten en het Belgische voorzitterschap van de Raad van de EU" (55038092C)

01.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, les maladies cardiovasculaires peuvent être détectées par le médecin généraliste, par exemple lorsque le patient vient se faire vacciner.

À la mi-juin, nous organisons au Parlement, avec ma collègue Mme Muylle et la Ligue Cardiologique Belge, un événement de sensibilisation aux maladies cardiovasculaires dans la continuité de notre participation à la table ronde en octobre 2022 sur les maladies cardiovasculaires. Dans la même lignée, nous avons déposé également une proposition de résolution à ce sujet.

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès dans le monde, en provoquant plus d'un tiers. En outre, 30 000 Belges meurent chaque année d'une maladie cardiovasculaire. Bien qu'elles puissent être prévenues et contrôlées, si la prévention est entreprise à temps, elles représentent une charge pour les patients, les prestataires de soins et notre société. Si nous ne nous intéressons pas à cette question maintenant, d'ici 20 à 30 ans une épidémie pourrait voir le jour, entraînant notamment des coûts importants pour notre société et des effets néfastes sur nos soins de santé.

L'Espagne a d'ailleurs annoncé que les maladies cardiovasculaires feraient partie des priorités de sa présidence au Conseil de l'Union européenne et qu'elle souhaiterait les inscrire à l'ordre du jour du trio (Espagne, Belgique et Hongrie).

Monsieur le ministre, étant donné ces informations et vu le rôle prochain de la Belgique à la présidence européenne, êtes-vous entré en contact avec vos homologues espagnols et hongrois? Est-il prévu de mettre l'accent sur les maladies cardiovasculaires au niveau européen, comme annoncé par le ministre de la Santé espagnol? Concrètement, qu'est-il prévu? Avez-vous plus de précisions à nous apporter? Comment la Belgique va-t-elle prendre ce dossier en charge? Avec quels moyens?

Le **président**: Mme Muylle est absente, sa question n° 55038092C est dès lors sans objet.

01.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Bacquelaine, je vous remercie de votre question.

Dans le cadre de la préparation de la présidence belge de l'Union européenne en 2024, des discussions sur les thématiques prioritaires ont été menées ces derniers mois au sein du trio formé avec l'Espagne et la Hongrie.

Le programme général du trio a d'ailleurs été publié officiellement le 19 juin 2023. Vous savez que l'Espagne a commencé le 1^{er} juillet et n'a pas d'événement spécifique concernant les maladies cardiovasculaires. Elle voulait une approche plus globale des *niet overdraagbare ziekten*, donc des maladies non contagieuses en mettant l'accent sur la prévention des facteurs de risque tels l'obésité, l'environnement et le style de vie.

De Spanjaarden zullen een aantal conferenties daarover organiseren, bijvoorbeeld over *healthy lifestyles to tackle chronicity* in Pamplona op 23 oktober 2023. Er is nog geen informatie beschikbaar over het precieze programma en de doelstellingen van die conferentie.

Het Spaanse voorzitterschap zal ook werken aan de voorbereiding, op Europees niveau, van de COP10 van de WHO Framework Convention on Tobacco Control, waarin de verdragspartijen samenkomen om verdere engagementen inzake tabakspreventie te bespreken. Dat is uiteraard ook belangrijk voor ons engagement voor de preventie van hart- en vaatziekten.

Les maladies non transmissibles seront également à l'agenda Santé de la présidence belge de l'UE. Le *Europe's Beating Cancer Plan* a été publié en février 2021 et prévoyait de nombreuses initiatives pour faire face au cancer et à ses déterminants (malnutrition, tabac, alcool, etc.). Ces derniers sont notamment communs à de nombreuses maladies, dont les maladies cardiovasculaires.

Nous remarquons cependant que certains axes législatifs prévus dans ce plan européen – par exemple, la révision de la directive Tabac – ne seront pas mis en œuvre dans les délais prévus. La Belgique souhaite dès lors durant sa présidence appeler la prochaine Commission à continuer le travail en cours afin de permettre une implémentation complète du plan.

Monsieur Bacquelaine, votre question est la bienvenue car nous observons qu'en termes de prévalence des maladies, les problèmes vasculaires représentent un facteur toujours croissant qui est peut être sous-estimé. C'est une orientation à intégrer dans un futur agenda et ce même pour la Belgique.

01.03 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, je pense qu'en effet les maladies cardiovasculaires prennent de plus en plus de place parmi les pathologies dans notre société alors que leur prévention s'avère la plus efficace. C'est d'autant plus dommage de voir cette explosion de maladies cardiovasculaires alors que la prévention pourrait jouer son rôle.

Étant en Belgique, une action concertée entre le fédéral et les Régions, compétentes pour la prévention, est requise.

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

02 **Samengevoegde vragen van**

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de thuisverpleging (opvolgvraag)" (55038205C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De resolutie betreffende de thuisverpleegkundigen" (55038225C)

02 **Questions jointes de**

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement des soins infirmiers à domicile (question de suivi)" (55038205C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La résolution relative aux infirmiers à domicile" (55038225C)

02.01 **Els Van Hoof** (cd&v): Dit is een opvolgvraag, mijnheer de minister. Ik heb u vorig jaar al vragen over dit onderwerp gesteld.

Begin januari hield het Wit-Gele Kruis een actie om de sterk gestegen kosten in de thuisverpleging aan te kaarten. Met name de RIZIV-vergoedingen uit de honoraria blijken ontoereikend te zijn om de stijgende kosten te dekken. In zijn jaarverslag meldt het Wit-Gele Kruis bijvoorbeeld dat de lonen in 2022 zes keer werden geïndexeerd met 2 %. Daarentegen waren de honoraria, die de belangrijkste inkomstenbron zijn, slechts met 0.79 % geïndexeerd op 1 januari 2022. Er is dus duidelijk sprake van een *index gap*. Ondanks enkele genomen maatregelen om die kloof te dichten, is er nog steeds nood aan meer structurele maatregelen en een denkoefening over de financiering in de thuisverpleegkunde. Dat zegt niet alleen het Wit-Gele Kruis, ook het rapport van het KCE toonde in het verleden al aan dat er structurele hervormingen nodig zijn voor de financieringsmethodiek van de thuisverpleging en dat heel wat in de nomenclatuur volledig losstaat van de realiteit.

Tijdens de commissievergadering van 31 januari 2023 zei u aan het RIZIV gevraagd te hebben het indexeringsmechanisme voor de honoraria van deze zorgvertrekkers te onderzoeken. Kunt u ons hier al een update over geven? Worden er al concrete maatregelen gepland?

Zijn er andere financiële steunmaatregelen genomen? Zult u nog verder met de sector overleggen binnen de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen, om de nomenclatuur voor de thuisverpleegkundigen beter af te stemmen op de realiteit?

02.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, le 4 février 2021, la Chambre a adopté une résolution relative aux actes et soins infirmiers de 1^e ligne en vue d'un soutien adapté aux conditions de travail du secteur de la pratique de l'art infirmier à domicile et notamment la pratique indépendante (55-1354).*

Nous demandions au gouvernement: 1. d'envisager une aide annuelle en vue de l'acquisition, la maintenance et le renouvellement du matériel numérique nécessaire; 2. d'analyser la possibilité de l'adaptation au coût réel des licences et mises à jour informatiques et du niveau d'homologation de la prime télématique; ainsi que la possibilité de revoir le mode d'allocation et les conditions qualitatives pour la rémunération; 3. de favoriser le travail des prestataires de soins, y compris les infirmiers à domicile indépendants en groupement par des mesures visant à simplifier et encourager une telle pratique, étant entendu que l'enregistrement de la pratique pour les infirmiers à domicile, ainsi que le financement de cette pratique, constituent des éléments essentiels pour atteindre cet objectif; 4. d'étudier la possibilité, en concertation avec les secteurs professionnels concernés et y compris les infirmiers indépendants, de revoir la nomenclature en vue d'une revalorisation des actes infirmiers et d'une meilleure reconnaissance des actes intellectuels; ainsi qu'une évaluation des indemnités perçues dans le cadre de la prise en charge des personnes handicapées, notamment pendant les week-ends; 5. de veiller à ce que la divergence de remboursement pour les infirmiers entre les indépendants et les salariés n'augmente pas; 6. d'étudier la possibilité d'une révision du financement des activités des infirmiers à domicile en mettant l'accent notamment sur des incitations de qualité, une révision du statut social avec une évaluation de ses conséquences et l'allocation financière pour la formation continue; 7. d'inscrire les infirmiers à domicile dans la catégorie des professionnels à approvisionner en priorité en cas d'épidémie ou de pandémie; 8. d'inclure une catégorie spécifique reprenant les infirmiers à domicile dans le registre central de tous les professionnels de la santé, en indiquant leurs données d'activité et leurs spécialités de soins.

Monsieur le ministre, nous sommes deux ans plus tard. Quelles actions avez-vous entreprises? Quel est votre agenda quant à la mise en œuvre des autres demandes? Quel budget avez-vous consacré à ces mesures?

02.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Van Hoof, u hebt gelijk dat de thuisverplegingssector erg onder druk staat. We hebben daar op andere momenten al over gedebatteerd en dit heeft in grote mate te maken met de veroudering van de bevolking. Mensen hebben meer zorg nodig en wensen ook langer thuis te blijven wonen. Daarnaast worden de zorgen diverser en zijn er meer specialismen nodig. Tegelijkertijd moet men breder werken in de zorg. De diensten hebben het ook financieel erg moeilijk. We hebben wel een aantal inspanningen gedaan. Ik wil die even herhalen, evenwel zonder zelfgenoegzaamheid.

Ten eerste is op de achtergrond de indexmassa zeer belangrijk. Begin januari hebben we een indexmassa van 156 miljoen euro kunnen toekennen. Dat is zo'n 8,14 %. Begin 2024 zal er opnieuw een belangrijke indexmassa zijn. Dat is een belangrijke geldsom. Die komt inderdaad met vertraging toe en dat creëert een eerste probleem. Daarom hebben we een bijkomende ondersteuning georganiseerd, met een omvangrijk budget voor geconventioneerde zorgverstrekkers.

Van het daarvoor voorziene totaalbudget van 100 miljoen euro gaat er binnenkort 26 miljoen naar de thuisverpleging. Die 26 miljoen euro extra steun is eigenlijk groter dan het aandeel van de thuisverpleging in het budget van de ziekteverzekering. De thuisverpleging komt daar – als ik dat zo mag stellen – goed aan haar trekken omdat die mensen overwegend geconventioneerde zijn. Concreet komt dit neer op een premie van 945 euro bruto voor alle geconventioneerde thuisverpleegkundigen, indien ze een minimale activiteit hebben van 11.456 euro per jaar.

Ik moet evenwel een reserve inbouwen. Zelfstandigen zullen die premie rechtstreeks op hun rekening ontvangen. Voor de thuisverplegingsdiensten moet er nog overleg plaatsvinden over waar die premie toekomt. Komt die toe bij de diensten? Het gaat immers over een soort van onkostenondersteuning. Gelet op de trage indexering zullen de diensten aanvoeren dat hun gesalarieerden een normale indexering zonder vertraging ontvangen, waardoor ze die premie zullen aanwenden om financiële problemen verder te helpen oplossen. Dat moet binnen de diensten worden overlegd, maar het is wel een belangrijke inspanning voor de thuisverpleging.

Wij hebben ook nog een bedrag van 5 miljoen extra uitgetrokken om de ondersteuning van de praktijk van de thuisverpleging te versterken. Dat is vooral belangrijk voor de diensten, maar ook voor grotere samenwerkingsverbanden van zelfstandigen. U weet misschien ook dat wij dit jaar zorgen voor een eenmalige, maar niet onbelangrijke, vermindering van de socialezekerheidsbijdragen. Zo verminderen de loonkosten van gesalarieerden in de sector. Dat is in de praktijk een eenmalige verlichting van 9 miljoen euro.

Is dat voldoende? Neen, dat hoort u mij niet zeggen. Ik ben dus niet zelfgenoegzaam. Wij staan nog voor belangrijke financiële uitdagingen. Ik denk echter ook dat de sector echt moet nadenken over het financieringssysteem en de organisatie. Ik wil de sector oproepen om, zoals wij dat gedaan hebben voor de huisartsgeneeskunde, een *new deal* voor de thuisverpleging tot stand te brengen. Het gaat dan over een nieuwe aanpak van de financiering en organisatie.

Mensen in de thuisverpleging tonen enorm veel inzet, liefde en warmte voor hun patiënten. Ze zijn ook enorm competent en gemotiveerd. Door de manier waarop die sector gefinancierd is, moeten ze echter van de ene prestatie naar de andere hollen. Bovendien moeten zij ook heel veel tijd doorbrengen in de auto, om van de ene patiënt naar de andere te rijden. De vraag is of die mobiliteitspatronen, die verplaatsingspatronen van de thuisverpleegkundigen, niet een stuk rationeler georganiseerd kunnen worden, door samenwerking.

Het gaat dus over de organisatie en de financiering. Ik vraag aan de sector om na te denken over een grondige hervorming. Dat zal niet meer voor deze legislatuur zijn, maar het kan worden voorbereid.

Mevrouw Van Hoof, het kan op de volgende manier worden voorbereid. Er is een mogelijkheid om pilootprojecten te organiseren met betrekking tot nieuwe financieringsmodaliteiten en nieuwe organisatiemodaliteiten. Daarover werd ook al gesproken met de sector. De doelstellingen en scope van die pilootprojecten moeten nog worden gepreciseerd. Misschien kunnen wij op die basis echter

ervaring verzamelen om een echte *new deal* voor de thuisverpleging, te realiseren in de volgende regeerperiode, voor te bereiden.

La question de Mme Fonck est motivée par les mêmes problèmes et par les mêmes défis. La prime télématique a été versée en 2022 à environ 18 000 infirmiers, représentant une dépense de 14 221 000 euros. Cette intervention annuelle n'est pas une prise en charge directe du matériel et du coût de la licence informatique. Le montant de la prime télématique n'a pas changé depuis sa mise en œuvre. Une possible augmentation du montant de la prime après 2023 doit être analysée dans le cadre des discussions en fin d'année concernant le budget pour les soins de santé. L'adaptation récente des critères d'enregistrement des logiciels sera amenée à faire évoluer les conditions qualitatives pour la prime. Il faut une réflexion plus large sur le financement des soins infirmiers à domicile et donc sur le financement des pratiques.

L'enregistrement de la pratique est d'ores et déjà possible au niveau individuel via le portail ProSanté. Une réflexion est en cours pour améliorer l'enregistrement des pratiques de groupe, éventuellement associée à une révision de l'intervention forfaitaire pour les services de soins infirmiers à domicile. La récente approbation par le Comité de l'assurance de l'INAMI, sur la base d'une proposition de la Commission de conventions, d'un élargissement des conditions d'intégration des aides-soignants dans le cadre du remboursement des soins délégués permettra aussi une plus large intégration des aides-soignants dans les groupements infirmiers afin de soulager les infirmiers dans le cadre du travail en équipe structurée.

Pour l'INAMI, la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs élabore des mesures financières concernant l'ensemble des praticiens de l'art infirmier attestant la nomenclature des prestations de santé, sans différence entre les salariés et les indépendants. Aucune divergence de remboursement entre les infirmiers de statuts différents n'existe actuellement ou n'est envisagée.

Les réformes qui ont été lancées comme, par exemple, la nouvelle nomenclature des soins de plaies, peuvent améliorer l'autonomie et la qualité dans la profession. Cependant, il faut également d'autres pistes. Comme je viens de le dire en néerlandais, j'ai invité les responsables du secteur à se pencher sur une réforme en profondeur en la préparant par des projets pilotes.

02.04 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord en voor de geleverde inspanningen. U hebt gezegd dat dit waarschijnlijk niet voldoende zal zijn en dat u niet zelfgenoegzaam wilt zijn.

We weten allemaal dat mensen langer thuisblijven wanneer ze oud zijn en zorg nodig hebben. Dat is een goede evolutie. Het is voor hen niet alleen gezonder om in hun thuisomgeving te blijven, maar ook goedkoper dan in een woonzorgcentrum. Het is goedkoper voor de patiënt, maar niet voor het systeem. U geeft zelf aan dat het systeem niet meer houdbaar is en de sector zegt dat zelf ook. De sector vraagt ook om structurele hervormingen. Het is goed dat dit proces wordt opgestart en we moeten daar klaar mee zijn tegen de volgende legislatuur. De nood wordt immers alleen maar groter. We hebben die *new deal* in verschillende sectoren nodig en bij uitstek in de thuisverpleging.

Psychologische zorg aan huis kan in de toekomst ook deels worden opgenomen door de thuisverpleging. Daar is echter geen systeem voor uitgewerkt, terwijl thuisverpleegkundigen daarvoor toch vragende partij zijn. We moeten daarover ruim nadenken, niet door veel studies te bestellen, maar concreet via projecten en daar acties aan koppelen. We moeten met de sector in overleg gaan en bekijken welke financieringsvorm en welk organisatiekader voor de thuisverpleegkundigen een mogelijkheid kan zijn om efficiënter tewerkgesteld te worden dan vandaag het geval is. Wordt dus inderdaad vervolgd.

02.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Effectivement, monsieur le ministre, quelques points ont été concrétisés. Néanmoins, permettez-moi de dire que, eu égard à la résolution votée ici à l'unanimité, beaucoup de choses ne l'ont pas été! Nous sommes pourtant deux ans et demi plus tard. C'est un peu le souci de ces résolutions. On a l'impression de faire cela, alors même qu'il y a la possibilité d'adapter les lois et de prendre des décisions fortes, mais pour faire semblant. J'espère qu'on va sortir de ce trip parfois assez décevant, d'abord et avant tout pour le secteur concerné.

Par ailleurs, vous mettez en avant la masse d'index, mais – appelons un chat un chat – c'est une indexation partielle. Vous dites, par exemple, qu'aucun écart ne s'est creusé entre les indépendants et les salariés. Mais si! Les salariés ont bénéficié d'une indexation complète, les indépendants n'ont bénéficié que d'une indexation partielle. Il en résulte que le choix du gouvernement est de pénaliser davantage les infirmiers indépendants et de première ligne par rapport aux salariés, avec des réformes pourtant majeures à mener et qui doivent absolument être mises sur la table.

Vous avez parlé du défi du vieillissement, mais il n'y a pas que celui-là. Le fait que la durée de séjour dans les hôpitaux diminue, occasionnant un turnover plus important, que de plus en plus de soins sont donnés en hôpital de jour, qu'il y a des soins à domicile, pas seulement le HAD, la dialyse, etc., voilà qui augmente de plus en plus la charge sur les infirmiers à domicile.

Dès lors, les défis sont devant nous et un travail majeur doit être consenti pour avancer sur ce dossier. J'ose espérer que les choses pourront se concrétiser bien plus vite et encore avant la fin de cette législature.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La résolution relative à l'endométriose" (55038219C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi de la résolution relative à l'endométriose" (55038659C)

03 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De resolutie betreffende endometriose" (55038219C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitvoering van de resolutie betreffende endometriose" (55038659C)

03.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, le 20 avril dernier, la Chambre a adopté une résolution relative à l'endométriose. Nous demandions au gouvernement:*

1. de mandater le KCE d'élaborer une directive belge basée sur des données internationales; dans une 2^{ème} phase, de définir des indicateurs de qualité dérivés des directives de pratique clinique; sur la base de ces indicateurs, de procéder à une évaluation approfondie, assortie de recommandations concernant le paysage actuel des soins en Belgique pour le diagnostic et le traitement des patientes atteintes d'endométriose et les lacunes de ce paysage ;

2. en concertation avec les entités fédérées, d'inciter les universités à se concentrer sur la recherche scientifique susceptible de contribuer à une politique scientifique en matière d'endométriose;

3. de demander à Evikey d'inclure le sujet de l'endométriose dans sa discussion sur les priorités du réseau;

4. en concertation avec les entités fédérées, d'accroître les efforts concernant la prise de conscience de la maladie, la sensibilisation et le cas échéant, de prendre l'initiative d'organiser une CIM Santé ;

5. de demander aux entités fédérées d'accorder une plus grande attention à l'endométriose dans la formation de base des professionnels de la santé et d'examiner s'il est utile et souhaitable d'élargir l'éventail des formations post-formation au sein de ce système; en outre, de travailler via les facultés et les associations professionnelles scientifiques sur une meilleure connaissance des cours de suivi existants au sein du système d'accréditation;

6. suite à l'évaluation du paysage des soins de santé par le KCE dans le contexte d'interventions chirurgicales complexes chez les patientes atteintes d'endométriose, de réfléchir à l'élaboration d'une méthode similaire à celle de la chirurgie œsophagienne complexe et de la chirurgie pancréatique complexe dans laquelle sont couvertes par la convention INAMI les questions des honoraires des

professionnels de la santé du centre multidisciplinaire qui participent à la consultation multidisciplinaire ainsi que des coûts de la coordination et de l'organisation du rapport décrivant le diagnostic et le plan de traitement.

Monsieur le ministre, nous sommes 3 mois plus tard. Quelles actions avez-vous entreprises? Quel est votre agenda quant à la mise en œuvre des autres demandes au gouvernement? Quel budget avez-vous déjà consacré à la mise en œuvre de ces demandes?

03.02 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, le 20 avril dernier, nous avons adopté une résolution relative à l'endométriose, fruit du travail d'associations telles que Toi Mon Endo, Endométriose Belgique, et Behind Endo, ainsi qu'aux équipes des centres multidisciplinaires de Bruxelles, Liège, Mons et Louvain.*

Car c'est grâce à leur travail que nous avons été 7 partis à être sensibilisés par le parcours de combattantes des patientes, et à ainsi déposer une proposition de résolution visant à améliorer leur prise en charge médicale et financière.

Un texte qui apparaît comme une synthèse des recommandations portées par ces différentes propositions de résolution, dont celle de mon parti DéFI, mais aussi et surtout les besoins exprimés par les patientes durant les auditions.

Lors de ces poignantes auditions, les patientes nous ont en effet expliqué la double peine qui est la leur: la maladie, la nécessité de réapprendre à vivre au regard des symptômes et de leur impact sur leur vie privée et professionnelle, le coût des examens, des traitements, des soins...; l'incompréhension de la société à leur égard.

Le 20 avril dernier, pour toutes ces femmes et leur combat quotidien, je m'étais engagée à veiller à ce que le gouvernement concrétise cette résolution dans les meilleurs délais.

D'où ma question, Monsieur le ministre: parmi les 6 demandes portées par cette résolution, lesquelles ont-elles déjà été mises en œuvre et lesquelles restent encore à concrétiser? Pour quand peut-on attendre une concrétisation totale de cette résolution? Disposez-vous d'un calendrier de travail?

03.03 **Frank Vandebroucke**, ministre: *Monsieur le président, je suis évidemment tenté de faire la même chose, mais je vais tout de même donner une réponse orale.*

Bien que l'endométriose touche un grand nombre de femmes, cette maladie est peu connue dans le monde entier. Pour l'instant, le KCE cherche à déterminer où sont les besoins et mène une étude visant à fournir des pistes possibles pour l'organisation des soins, du diagnostic, d'orientation, de traitement, etc.

*J'ai insisté auprès du KCE pour accélérer cela et la publication de l'étude est prévue pour le printemps 2024. Par ailleurs, le KCE lui-même est un *core partner* d'Evikey. Impliquer Evikey pour mettre l'endométriose parmi les thématiques pour lesquelles il convient de mener des actions en vue de favoriser l'implémentation de bonnes pratiques au niveau des professionnels sera une étape logique au moment où l'étude du KCE aura abouti.*

Ce sera aussi le bon moment pour la concertation avec les entités fédérées car, à l'heure actuelle, il n'existe aucun guide de pratique clinique sur l'endométriose à l'intention des praticiens ou des hôpitaux qui pourrait servir de base à une telle démarche pour réfléchir ensemble comment améliorer la prise en charge de ces patientes.

Il existe bien des lignes directrices internationales, notamment les lignes directrices et les recommandations de l'ESHRE pour le diagnostic et le traitement de l'endométriose. Ces lignes directrices ont pour but d'aider les cliniciens à prodiguer les meilleurs soins aux femmes atteintes d'endométriose. Elles concernent non seulement les femmes en âge de procréer mais aussi l'endométriose chez les adolescentes et les femmes ménopausées. Les lignes directrices décrivent le processus diagnostique de l'endométriose qui comprend la laparoscopie et l'histologie.

De telles sources servent déjà de référence pour les professionnels du terrain et sont évidemment aussi

source d'inspiration pour le KCE. Mais pour élaborer une stratégie éclairée, nous manquons encore d'informations importantes.

Il n'y a pas de consensus scientifique sur l'origine de la maladie, ni sur les meilleures thérapies de traitement. Un rapport du KCE sur les lignes directrices cliniques pour le traitement de l'endométriose est donc une première étape essentielle. C'est d'ailleurs aussi le premier point de la résolution adoptée par le Parlement. Si un consensus peut se concrétiser à ce niveau, nous disposerons d'une base fiable pour une analyse des actions à mener en collaboration avec Evikey, les partenaires de la CIM de la Santé, voire aussi les acteurs à mobiliser pour encourager la recherche scientifique ou repenser la formation des professionnels.

Il s'agit donc d'un sujet important. Le rapport du KCE est pour moi un moment important. Je souhaite, avec les organisations des patientes bien sûr, continuer à me pencher sur le sujet lorsque le rapport du KCE sera prêt et publié.

03.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre. L'étude du KCE est-elle déjà lancée et une date de finalisation est-elle annoncée?

03.05 Frank Vandenbroucke, ministre: Elle est annoncée pour le printemps 2024.

03.06 Catherine Fonck (Les Engagés): Il existe déjà toute une série de *guidelines* scientifiques publiées et validées. Dans des matières telles que celles-là, je ne pense pas qu'une étude du KCE sera plus simple ou élaborera la matière au-delà de ce que les *guidelines* internationales mettent déjà à disposition sur le plan clinique.

J'espère que l'étude du KCE ne se contentera pas de recommencer l'analyse de la littérature internationale, mais étudiera, dans le paysage des soins de santé en Belgique, les trajets de soins éventuels qui pourraient être proposés, ainsi que des aspects très concrets.

Indépendamment de cela, des avancées pourraient néanmoins être concrétisées tout de suite en Belgique sur un certain nombre de points. Il me semble utile que, d'initiative ou en lien avec les autres ministres de la Santé, vous inscriviez l'endométriose à l'ordre du jour d'une Conférence interministérielle de la Santé. Ceci afin d'avancer partout où c'est possible, et ne pas attendre l'étude du KCE, qui en partie ne fera que rappeler ce qui est déjà connu du point de vue tant médical que scientifique.

Enfin, j'ose espérer que, dans le cadre d'une discussion du budget 2024, l'on obtienne des avancées sur le plan budgétaire par rapport à certains aspects de prise en charge de remboursements, qui actuellement le sont insuffisamment.

03.07 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse ainsi que pour avoir demandé au KCE d'accélérer son travail en vue de parvenir à une publication de son fameux travail d'évaluation d'ici le printemps 2024.

Je pense que ce travail est crucial notamment parce que de lui dépendent des avancées cruciales et même urgentes pour les patientes. Je pense aux diagnostics, car plus une patiente se fait diagnostiquer tardivement, plus graves seront les effets de la maladie. Cela concerne aussi les remboursements.

Je rappellerai que pour ce travail d'évaluation, les associations, les centres spécialisés qui travaillent déjà aujourd'hui sur cette thématique sont à votre disposition et de celle du KCE. J'ai cru comprendre qu'ils seront associés et j'ose espérer sincèrement qu'ils le seront.

Par contre, il est vrai qu'il y a d'autres volets qui ne dépendent pas de ce travail d'évaluation et sur lesquels on peut travailler aujourd'hui, par exemple, la question de la formation des médecins. J'ose espérer qu'une concertation sera rapidement organisée avec les entités fédérées car c'est via la formation initiale et continuée des médecins notamment, que l'on mettra fin à l'errance médicale des patientes.

C'est l'un des aspects les plus insupportables de cette maladie: être incomprise et être baladée d'un service à l'autre sans savoir finalement les raisons du mal et de tant de douleur. Cela fait effectivement partie de ces aspects sur lesquels l'on doit pouvoir travailler sans attendre le résultat final de l'évaluation réalisée aujourd'hui par le KCE.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La résolution pour une meilleure prise en charge de la sclérose en plaques" (55038220C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi de la résolution relative à la sclérose en plaques" (55038660C)

04 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De resolutie over een betere tenlasteneming van multiple sclerose" (55038220C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitvoering van de resolutie betreffende multiple sclerose" (55038660C)

04.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, le 9 mars 2023, la Chambre a adopté une résolution pour une meilleure prise en charge de la sclérose en plaques (55-391).*

Nous demandions au Gouvernement: « 1. de reconnaître l'expertise des Ligues de Sclérose en plaques dans le cadre d'une offre de consultations multidisciplinaires dans les hôpitaux pour les personnes atteintes d'une maladie dégénérative grave, comme la SEP: a. via la consultation multidisciplinaire; b. via une nomenclature spécifique pour la prise en charge multidisciplinaire; 2. de reconnaître les Ligues actives dans le domaine de la lutte contre la SEP et de veiller à leur permettre d'assurer leur action tant intramuros qu'extramuros de manière pérenne, en particulier pour leur expertise comme "travailleur social et "case manager", par un soutien adéquat et proportionné: a. pour la mise en place d'experts de terrain; b. dans l'information et l'éducation sur la SEP; 3. de veiller à encourager toutes les initiatives du secteur privé et du secteur public pour faciliter l'accès à l'emploi des personnes atteintes de SEP et le maintien au travail des personnes diagnostiquées; 4. de prévoir un accompagnement structurel des aidants proches et de leur entourage; 5. d'inviter le Centre fédéral d'expertise des soins de santé à élaborer une proposition visant à étendre la grille de référence des maladies à la SEP afin de promouvoir l'accès à l'assurance "solde restant dû" pour les personnes atteintes d'une pathologie chronique, et à soumettre cette proposition à l'avis du Bureau du suivi de la tarification; 6. de continuer à miser sur la prise en charge pluridisciplinaire de la SEP, d'examiner les possibilités pour le futur paysage des soins de santé, en accordant une attention particulière: a. aux soins déjà remboursés; b. aux besoins des patients: c. à la coopération entre les centres SEP et les hôpitaux, afin de rapprocher autant que possible les soins du patient, éventuellement en misant sur les soins extramuros; d. aux coordinateurs de soins SEP spécialisés et aux consultations SEP pluridisciplinaires, au rôle potentiel des ligues SEP et à la possibilité de prévoir un financement au travers d'une convention. »

Monsieur le ministre, nous sommes plusieurs mois plus tard.

Quelles actions avez-vous déjà entreprises?

Quel est votre agenda quant à la mise en œuvre des autres demandes au gouvernement?

Quel budget avez-vous consacré à la mise en œuvre de ces demandes?

Bien à vous,

04.02 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le ministre, le 9 mars dernier, nous avons voté un texte qui met en lumière cette maladie lourde qu'est la sclérose en plaques, maladie qui touche aujourd'hui pas moins d'une personne sur 1000 en Belgique, y compris des jeunes et des enfants.*

Une maladie chronique qui est source de souffrances physiques, mais aussi sociales.

Si ces malades peuvent, fort heureusement, compter sur des aidant-proches qui les aident au quotidien à vivre au mieux avec cette maladie chronique, le but de ce texte était simple: préserver l'autonomie

des patients.

Un texte d'une importance capitale pour lequel un suivi concret et efficace ne peut être laissé au hasard.

D'où ma question, monsieur le ministre, qui sera simple et similaire à celle relative à l'endométriose:

Parmi les 6 demandes portées par cette résolution, lesquelles ont-elles déjà été mises en œuvre et lesquelles reste-t-il encore à concrétiser? Pour quand peut-on attendre une concrétisation totale de cette résolution? Disposez-vous d'un calendrier de travail?

04.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Mesdames les députées, pour répondre aux deux premières questions, le 10 juillet 2023, l'INAMI a conclu sept conventions de type article 56 avec les associations de patients suivantes: la MS-Liga, la Ligue belge de la sclérose en plaques (SEP), la Vlaamse Parkinson Liga, la Ligue Parkinson, la Huntington Liga, la Ligue Huntington et la SLA-ALS Liga. Un budget total de 2 329 000 euros est prévu pour le déploiement de 27 *case managers*. L'objectif commun de la convention est de créer et d'évaluer un modèle de *case management* qui serait géré par les différentes associations de patients. Le *case management* en tant que tel vise entre autres à rétablir et à stabiliser la situation des soins du patient et la coordination des soins afin que le processus de soins puisse à nouveau se dérouler de manière qualitative.

Le *case manager* servira de ligne d'assistance externe et de point de contact tant pour la personne et son contexte informel que pour les membres de l'équipe de soins interdisciplinaire. La fonction de *case manager* sera assurée par une personne qui ne fait pas partie de l'équipe interdisciplinaire. Je sais que ce n'est pas une réponse complète aux thématiques qui ont été problématisées ici mais je voudrais quand même signaler ou à nouveau souligner cette initiative.

Il y avait ensuite une référence à la recommandation de veiller à encourager toutes les initiatives du secteur privé. Je crois qu'il faut quand même répéter que toutes les personnes atteintes de sclérose en plaques doivent pouvoir bénéficier, et le peuvent en principe, des différents systèmes de réinsertion qui existent déjà dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. Vous savez qu'on est en train de renforcer ce qui est possible pour la réinsertion des personnes en invalidité. C'est une politique transversale qui dépasse les frontières des pathologies et j'espère que ces initiatives seront aussi utiles pour des personnes atteintes de la sclérose en plaques.

En ce qui concerne la recommandation de prévoir un accompagnement structurel, je crois avoir déjà mentionné l'initiative des *case managers*. Je vous renvoie à cette réponse.

La recommandation d'inviter le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) à élaborer une proposition visant à étendre la grille de référence des maladies à la sclérose en plaques afin de promouvoir l'accès à l'assurance solde restant dû est importante. Cependant, les modifications de la loi à ce sujet relèvent des compétences de mon collègue, le ministre en charge de l'Économie. Je voudrais également faire référence aux initiatives de plusieurs membres de cette assemblée, dont Mme Depraetere, car un travail important a déjà été accompli dans ce domaine au cours de cette législature. Je ne vais pas me prononcer maintenant quant au suivi à donner sur les différentes grilles de référence. La sclérose en plaques figure certainement sur la liste des pathologies qui peuvent être évaluées, mais je ne peux pas vous dire aujourd'hui quand ce sera le cas. L'ordre des études à cet égard est déterminé par le conseil d'administration du KCE.

Ensuite, s'agissant de la recommandation de continuer à miser sur la prise en charge pluridisciplinaire de la sclérose en plaques, je crois qu'il est déjà possible d'accompagner les patients de façon pluridisciplinaire, en combinant plusieurs prestations monodisciplinaires de la nomenclature, des prestations de médecine de médecins généralistes et spécialistes en fonction de la problématique concernée, la kinésithérapie, la logopédie, les soins infirmiers à domicile, auxquels peuvent également être ajoutés les soins psychologiques non repris dans la nomenclature en tant que telle.

Plus spécifiquement, plusieurs programmes de rééducation fonctionnelle pluridisciplinaires sont prévus dans le cadre de l'assurance maladie et sont accessibles tant pour les patients hospitalisés qu'ambulatoires.

Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, certaines conventions catégorielles de l'INAMI, qui

visaient spécifiquement les patients souffrant de sclérose en plaques, ont été transférées aux entités fédérées. Suite à ce transfert, la politique relative à la rééducation fonctionnelle des patients souffrant de sclérose en plaques relève également de la compétence des entités fédérées, même des entités fédérées auxquelles aucune convention n'a été transférée. Les entités fédérées peuvent en tout cas conclure des conventions similaires avec d'autres centres, par exemple des conventions prévoyant des programmes de rééducation de courte durée, essentiellement en ambulatoire, pour des patients qui ont été récemment diagnostiqués ou qui ne souffrent pas encore depuis longtemps de la maladie, ou qui ne sont confrontés qu'à des symptômes assez limités, comme une des conventions du centre de Melsbroek.

Dans toutes ces formes de soins, les prestataires ont la possibilité d'accorder de l'attention aux aidants proches dans le cadre de la prise en charge des patients. Cependant, il est probablement plus simple d'accorder suffisamment d'attention aux aidants proches dans le cadre des programmes de rééducation pluridisciplinaire.

Au sujet du point 6 b de la résolution, je voudrais souligner que les besoins du patient sont pris en compte de manière croissante dans l'organisation des soins. Ainsi, des projets pilotes de soins intégrés en faveur des maladies chroniques ont démarré en 2018, notamment en vue d'amener à un changement de culture, dans lequel les professionnels et les patients collaborent différemment pour arriver à une offre de soins plus efficace et adaptée aux besoins du patient. Ces projets pilotes sont en partie à l'origine du développement du plan interfédéral pour les soins intégrés qui devait être finalisé en 2024, c'est-à-dire qu'il devrait amener à des accords-cadres avec les entités fédérées pour améliorer l'intégration réelle des soins.

Au sujet du point 6 d de la résolution, il me semble que ce point a au moins été partiellement réalisé par la conclusion, en juillet dernier, des conventions avec les ligues que j'ai mentionnées.

En bref, il y a des avancées, notamment ces possibilités pour renforcer le *case management*. Des possibilités existent, notamment au niveau du travail multidisciplinaire sur la base des prestations remboursées. Après la sixième réforme de l'État, il y a évidemment une responsabilité accrue au niveau des entités fédérées, qui peuvent conclure des conventions. Ceci n'est pas pour dire que tout ce qui pouvait être fait au niveau fédéral a été fait, mais je crois qu'un travail a quand même déjà été accompli sur la base de la résolution.

04.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse.

De fait, j'admets quelques points positifs tels que la reconnaissance des associations de patients. Il est sûrement positif d'avoir des *case managers*. Néanmoins, monsieur le ministre, savez-vous combien de patients souffrent d'une sclérose en plaques? Plus de 12 000, en estimation. Cela signifie qu'il y en aurait 440 par *case manager*. Reconnaissons que cela fait beaucoup. Si l'on décide de consolider cette voie qui, sur le plan théorique, est louable, il faudra sur le plan pratique une accessibilité et une disponibilité. Un *case manager* pour 440 patients, cela me semble infaisable. J'attire votre attention sur la nécessité d'un suivi pour tous les patients, quel que soit leur lieu de vie en Belgique.

S'agissant de l'accès aux soins, j'entends que le volet du M&F intègre la revalidation prise en charge par les entités fédérées. Je me suis battue pendant les négociations sur la sixième réforme de l'État et je me rappelle que j'étais seule à défendre ce point. Il a fallu longtemps pour que cela se concrétise. Je m'en souviens comme si c'était hier. Ce fut difficile à obtenir. Et il a fallu longtemps avant qu'un protocole soit enfin signé avec les entités fédérées. C'est un point positif. En même temps, vous savez comme moi que pas mal de frais ne sont pas pris en charge par le M&F, y compris pour les malades chroniques. Ainsi, pour la sclérose en plaques, l'accès à certains diagnostics et les délais d'attente pour l'IRM peuvent poser problème. Ce sont en effet des maladies qui peuvent évoluer par poussées. Les délais d'attente pour une IRM sont longs. Cela m'offre l'occasion de vous faire passer le message qu'il faut lâcher le verrou pesant sur le nombre de machines IRM en Belgique.

Enfin, à propos de l'emploi, je me permets un petit rappel. Quand je vois le taux d'embauche de personnes handicapées dans les administrations fédérales – tous services confondus – je constate qu'il est terriblement bas. Donc, chaque département, y compris le vôtre, peut encore fournir d'importants efforts en ce domaine. Vous le demandez au privé. Je pense que le public doit donner l'exemple.

04.05 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je ne vais pas rebondir sur chacune d'entre elles. C'est vrai que cette résolution assez ambitieuse comprenait toute une série de demandes. Je vais revenir sur trois points, si vous me le permettez.

Premièrement, en ce qui concerne la prise en charge multidisciplinaire, je pense que c'est fondamental pour une maladie qui ne se manifeste pas du tout de la même manière d'un patient à l'autre et pour laquelle, d'ailleurs, les progrès thérapeutiques sont considérables et doivent pouvoir être proposés aux patients qui le souhaitent, dans la mesure du possible, et si cela répond à leur réalité.

Deuxièmement, en ce qui concerne l'assurance solde restant dû, j'entends que des progrès sont en cours au niveau du gouvernement. Le problème est que l'on entend ce discours depuis des mois, voire des années. Je parle de nous-mêmes, mais en particulier des patients qui sont confrontés à la même situation. Aujourd'hui, ils sont purement exclus du bénéfice de la loi relative au droit à l'oubli. C'est finalement une terrible injustice qui doit pouvoir être corrigée. J'ose espérer que cela sera le cas, encore sous cette législature.

Troisièmement, en ce qui concerne la rééducation fonctionnelle, j'entends que ce sont les entités fédérées qui désormais sont compétentes en la matière. Je me dois de regretter que là, on est à nouveau confrontés à un exemple type de la complexification actuelle suite aux réformes de l'État successives. Cette lasagne institutionnelle complexifie la prise en charge des patients. J'ose espérer qu'on en tiendra compte pour 2024. J'ose espérer qu'en attendant, le fédéral prendra aussi ses responsabilités pour faire en sorte que tous les patients, quelle que soit leur Région, puissent bénéficier des soins auxquels ils ont droit.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La résolution visant à améliorer l'accessibilité des appareils auditifs" (55038223C)
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise en œuvre de la résolution visant à améliorer l'accessibilité des appareils auditifs" (55038458C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La résolution portant sur l'accessibilité des appareils auditifs" (55038791C)

05 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De resolutie over het toegankelijker maken van hoorapparaten" (55038223C)
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitvoering van de resolutie over het toegankelijker maken van hoorapparaten" (55038458C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De resolutie inzake de toegankelijkheid van hoorapparaten" (55038791C)

05.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, le 3 mars 2023, la Chambre des Représentants a adopté une résolution visant à améliorer l'accessibilité des appareils auditifs (55-2252).*

Nous demandions au Gouvernement: "1. de permettre l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des troubles auditifs, notamment via une plus grande implication des acteurs de la 1ère ligne de soins et un renforcement de la collaboration de cette 1ère ligne avec la 2ème ligne de soins; 2. de poursuivre la réalisation d'analyses par les administrations concernées (notamment l'INAMI) afin d'évaluer l'évolution des moyens budgétaires consacrés au remboursement des appareils auditifs dans notre pays, l'évolution des honoraires des audiciens ainsi que l'évolution des suppléments et de la part restant à charge des patients; 3. d'analyser les possibilités de revoir les conditions de remboursement des appareils auditifs, notamment via un élargissement de la condition relative à la perte auditive moyenne, en abaissant le seuil de 40 dB à 30 dB, afin non seulement d'accroître le nombre de patients pouvant en bénéficier mais également de pouvoir relever les montants d'intervention octroyés, notamment pour les personnes de 65 ans et plus, afin d'améliorer leur accessibilité. 4. en concertation avec les audiciens et les médecins ORL, d'assurer aux patients une information correcte et

transparente (...) 5. en concertation avec les audiciens et les mutualités, de garantir à chaque patient une information claire et transparente lors de l'achat d'un appareil, (...) 6. d'examiner, le cas échéant en concertation avec les audiciens, les médecins ORL et les organismes assureurs, les possibilités non seulement pour simplifier les démarches administratives pour l'inscription des appareils auditifs et des implants cochléaires sur la liste des appareils remboursables, compte tenu des évolutions technologiques rapides dans le domaine de l'audition, mais également pour faciliter les démarches des patients dans le cadre d'une demande d'intervention financière."

Monsieur le ministre, nous sommes plusieurs mois plus tard. Quelles actions avez-vous entreprises? Quel est votre agenda quant à la mise en œuvre des autres demandes au gouvernement? Quel budget avez-vous consacré à la mise en œuvre de ces demandes?

05.02 **Patrick Prévot (PS):** Monsieur le ministre, le 2 mars 2023, notre assemblée adoptait à l'unanimité une proposition de résolution visant à améliorer l'accessibilité des appareils auditifs que mon groupe portait depuis plusieurs mois.

En effet, selon l'OMS, d'ici 2050, près d'une personne sur quatre souffrira de déficience auditive et de nombreuses études scientifiques ont démontré que le port de prothèses limitait le déclin cognitif, le risque de dépression et la perte de la mémoire. Or, le coût de ces prothèses est encore très élevé; soit les personnes touchées par une perte d'audition ne les achètent pas, soit elles ne les remplacent pas si elles sont cassées.

Dans cette résolution, 4 demandes importantes étaient adressées au gouvernement fédéral:

1. Permettre l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des troubles auditifs;
2. Prévoir la réalisation d'une étude afin d'évaluer l'évolution des moyens budgétaires consacrés au remboursement des appareils auditifs dans notre pays, l'évolution des honoraires des audiciens ainsi que l'évolution de la part restant à charge des patients;
3. Analyser les possibilités de revoir les conditions de remboursement des appareils auditifs afin non seulement d'accroître le nombre de patients pouvant en bénéficier mais également de pouvoir relever les montants d'intervention octroyés, afin d'améliorer leur accessibilité;
4. d'assurer aux patients une information correcte et transparente, de préférence au moment de la détermination de la perte auditive ou du problème auditif.

Monsieur le Ministre, pourriez-vous me dire ce qu'il en est de la mise en œuvre de cette proposition de résolution? Des avancées concrètes pour les patients peuvent-elles attendues à court ou moyen terme?

05.03 **Nawal Farih (cd&v):** Ik verwijst naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Geachte minister, in maart 2023 keurden we de resolutie van de collega's van PS inzake de toegankelijkheid van hoorapparaten goed.

Het is vandaag helaas een realiteit dat omwille van de hoge prijzen hoorapparaten voor veel mensen onbetaalbaar en ontoegankelijk zijn.

Dit terwijl een slecht gehoor een bijzonder negatieve impact heeft op de levenskwaliteit, op de tewerkstelling en op het sociale leven. Slechthorende mensen hebben een grotere kans op sociaal isolement en eenzaamheid en een verhoogd risico op burn-out, depressie en zelfs op dementie.

In de resolutie werd gevraagd om te onderzoeken in welke mate de terugbetalingsvoorwaarden voor hoorapparaten herzien kunnen worden. Daarnaast werd ook gevraagd om na te gaan welke mogelijkheden er zijn om de administratieve procedure om hoorapparaten en cochleaire implantaten op te nemen in de lijst van terugbetaalbare apparaten te vereenvoudigen, alsook om de stappen die de patiënt moet ondernemen om een financiële tegemoetkoming aan te vragen, te vergemakkelijken.

Wat heel belangrijk is voor mijn partij, is dat er ook werd gevraagd om te onderzoeken of de tegemoetkomingen voor personen ouder dan 65 jaar verhoogd kunnen worden. Dergelijke leeftijdsgrenzen in de terugbetaling van essentiële hulpmiddelen zoals gehoorapparaten vind ik absoluut niet meer van deze tijd. De levensverwachting van de mensen ligt nu namelijk een pak hoger waardoor de grens van 65 eigenlijk achterhaald is. Mensen van 65 zijn nu ook veel actiever dan voorheen. Door de gebrekkige toegang tot gehoorapparaten beperken we echter hun mogelijkheden

om deel te nemen aan de samenleving. Het herzien van deze leeftijdsgrenzen is dus zeker een belangrijke prioriteit voor cd&v.

Mijn vragen voor de minister:

In welke mate hebt u al actie genomen om deze resolutie te implementeren? Wat heeft u reeds ondernomen?

Werd er reeds overleg gepleegd met het RIZIV en andere betrokken actoren om de terugbetalingsvoorwaarden te herbekijken?

Zal er werk worden gemaakt van de herziening van de verminderde terugbetaling voor personen van 65 jaar en ouder?

05.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, pour répondre aux questions, je ferai d'abord référence à la campagne de communication "Une perte auditive n'est jamais normale, même après un certain âge!". Cette campagne pour sensibiliser les médecins généralistes a été lancée le 1^{er} mars 2023 à l'initiative de la Commission de conventions audiciens-organismes assureurs. Cela permet d'impliquer davantage les acteurs de première ligne et de favoriser un diagnostic plus rapide et l'accessibilité aux soins auditifs. Les acteurs de deuxième ligne, c'est-à-dire les médecins ORL, ont également été consultés lors de l'élaboration de cette campagne.

Quoi qu'il en soit, l'information correcte et transparente des patients est une préoccupation constante de la Commission de conventions audiciens-organismes assureurs. Dans ce contexte, on peut également se référer à l'exercice d'affichage des tarifs actuellement mené par la Commission de conventions. Des propositions y ont été formulées pour permettre aux audiciens de communiquer de manière plus transparente avec les patients, ce qui améliore encore l'accès aux soins auditifs.

En ce qui concerne le suivi des évolutions en matière de remboursement des appareils auditifs et des moyens budgétaires qui y sont consacrés, l'INAMI collecte et analyse en permanence, sur la base des données qui lui sont fournies par les organismes assureurs, les dépenses et les cas concernant des prestations dans le secteur des audiciens. Des évaluations sur plusieurs années sont ainsi régulièrement réalisées, et des statistiques pertinentes peuvent être demandées à l'INAMI.

Depuis 2009, outre les dépenses et les cas classiques, les suppléments sont également demandés auprès des organismes assureurs, de sorte que ces suppléments pour le patient soient également répertoriés. Bien que depuis 2014 un prix maximum par appareil soit fixé par le ministre de l'Économie, il est vrai qu'un appareil auditif peut avoir un coût élevé, y compris des suppléments en plus du remboursement de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

Afin de mieux comprendre la structure des coûts pour la fourniture d'un appareil auditif, y compris la part exacte des honoraires de l'audicien, nous étudions la possibilité de rendre cette structure plus transparente pour le patient. Toutefois, ces discussions sur la transparence des prix se déroulent très lentement, ce qui ne nous permet guère de progresser.

Par ailleurs, la Commission de conventions audiciens s'est également engagée à plusieurs reprises à baisser le seuil des décibels afin de donner droit au remboursement à partir de 30 décibels, ainsi qu'à obtenir l'alignement du remboursement entre les différentes catégories d'âge, y compris les 65 ans et plus.

Cependant, le budget limité de ce secteur ne permet actuellement pas de mettre en œuvre de nouvelles initiatives susceptibles de réduire les coûts pour les patients. Je veux être honnête à ce sujet.

05.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous parlez d'une campagne de communication, d'accord, mais je voudrais quand même qu'on en revienne à la base, à savoir les patients qui sont concernés. Je dis volontairement "patients" parce que, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants, une perte d'acuité auditive, c'est, socialement, dans l'emploi, dans la vie courante de tous les jours, y compris au sein de sa famille, dans la formation, à l'école, bref, c'est un handicap majeur qui fait qu'il est crucial de pouvoir être appareillé correctement et à un prix raisonnable.

Un montant de 1 600 euros par oreille, 3 200 euros pour les deux, c'est énorme. J'entends que vous me dites que les discussions sont difficiles, qu'il faut rendre la structure du prix plus transparente...

Mais ce n'est pas une amélioration de la transparence qui va changer le prix à charge du patient, d'autant que, ce qui m'embête dans votre réponse – c'est vrai qu'il y a eu cette résolution votée à la Chambre –, c'est qu'il existe une étude assez étoffée réalisée par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) et datant de 2020, autrement dit il y a trois ans, une étude qui proposait toute une série de pistes assez sérieuses, y compris – pas seulement mais y compris – sur le volet du prix.

Ces pistes concernaient notamment un accord prix-volume pouvant être conclu avec les firmes pharmaceutiques, ou éventuellement un accord similaire, afin d'atteindre, à l'instar de la France ou d'autres pays, un prix qui soit vraiment très raisonnable pour pouvoir appareiller le patient. Il s'agit ici d'un enjeu de santé publique majeur. On parlait juste avant de l'importance du maintien à l'emploi et de la remise à l'emploi, mais comment voulez-vous remettre ou maintenir à l'emploi une personne qui perd son acuité auditive? C'est un piège absolu!

Monsieur le ministre, il s'agit pour moi d'un enjeu majeur, et j'ose espérer, en la matière, vu l'engagement majoritaire pris ici au sein de la Chambre, que nous pourrions voir des avancées concrètes, d'abord et avant tout sur le volet du prix, y compris avec les dispositions suggérées par le KCE, parce qu'il s'agit d'un aspect crucial pour les patients concernés. Sans accessibilité financière, il y aura un deuxième poids deux mesures qui entraînera l'exclusion de toute une série de patients, ce qui n'est évidemment pas acceptable. Je vous remercie.

05.06 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir dressé un instantané de la situation et d'être revenu sur cette campagne. J'ai travaillé sur cette proposition de résolution, dont vous savez qu'elle a été votée à l'unanimité. Quatre demandes importantes étaient formulées au gouvernement fédéral. Je reste intimement persuadé qu'il faut avancer sur ces demandes en parallèle, mais il y avait toutefois surtout une question importante: celle portant sur les moyens dégagés afin de réduire le coût de l'appareillage.

Aujourd'hui, les appareils auditifs en Belgique coûtent encore beaucoup trop cher. Comme l'a évoqué Mme Fonck, le KCE avait publié en 2020 une étude qui dégagait des pistes de solution. Celles-ci ne me paraissent pas avoir été examinées, ou pas suffisamment en tout cas.

Je sais que vous ne pratiquez pas la langue de bois et c'est une chose que j'apprécie chez vous: vous ne nous renvoyez pas vers un miroir aux alouettes. Je suis toutefois très déçu d'entendre qu'actuellement, aucune augmentation du remboursement n'est prévue. Assurément, lorsque j'ai travaillé sur ce texte, il ne s'agissait pas seulement d'avoir l'assentiment de tous les collègues, mais aussi de faire comprendre l'importance de réduire le coût de l'appareillage et de prévoir des mécanismes qui pourraient à tout le moins augmenter le remboursement.

Dès lors, je vous remercie pour votre réponse qui a le mérite d'être honnête, mais qui ne peut malheureusement pas me satisfaire pleinement.

05.07 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik sluit mij aan bij de twee collega's. Wij hebben een zeer uitvoerig debat gehad over de hoorapparaten. Bij elke tussenkomst kwam toen naar voren dat de betaalbaarheid daarvan heel belangrijk is.

Het gaat over een heel grote doelgroep. Dat is niet te onderschatten. Het gaat over levenskwaliteit en toegang tot werk en tot een sociale omgeving die voor iedereen prettig en aangenaam aanvoelt.

Ik hoop dat wij snel progressie zullen zien, maar u hebt mijn collega's ook gehoord: de betaalbaarheid is een belangrijke factor. De cd&v-fractie zal dat uiteraard blijven opvolgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La qualité de l'air intérieur dans les lieux fermés accessibles au public" (55038288C)
06 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De binnenluchtkwaliteit in gesloten plaatsen die publiek toegankelijk zijn" (55038288C)

06.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, la loi du 6 novembre 2022 relative à l'amélioration de la qualité de l'air intérieur dans les lieux fermés accessibles au public est entrée en vigueur le 11 décembre 2022.*

En principe, l'article 4 alinéa 1er, 1 à 3 qui définit 3 obligations pour les lieux fermés accessibles au public (à savoir l'utilisation d'un appareil de mesure de la qualité de l'air, l'élaboration et la mise à disposition de l'analyse de risque ainsi que l'élaboration et la mise à disposition d'un plan d'action si l'analyse de risque révèle la nécessité d'une action ou des actions correctrices) entre en vigueur le 11 décembre 2023 tandis que l'article 4 alinéa 1er, 4 et l'article 6 alinéa 1er (qui concernent la demande de certification) entreront en vigueur le 1er janvier 2025. Mais la loi prévoit que «Le Roi peut reporter, par arrêté royal, délibéré en Conseil des ministres, les dates d'entrée en vigueur de l'article 4, alinéa premier, 1. à 4. et de l'article 6, alinéa premier, au plus tard jusqu'au 1er janvier 2026, date limite d'entrée en vigueur.»

La loi prévoit aussi que «Le Roi détermine par arrêté royal, délibéré en Conseil des ministres, quels sont les lieux fermés accessibles au public qui sont soumis aux obligations de la loi. Il détermine également les conditions de l'utilisation correcte des appareils de mesure de la qualité de l'air, le contenu, la disponibilité et les modalités de l'analyse de risque et du plan d'action ainsi que les exemptions à ces obligations.»

Monsieur le ministre,

*Où en sont ces arrêtés d'exécution? Quel en sera le contenu?
Avec quels acteurs vous êtes-vous concertés pour déterminer les lieux concernés par cette loi?
Comptez-vous postposer les dates d'entrée en vigueur des obligations prévues dans la loi?
Quel soutien logistique et financier allez-vous apporter aux secteurs qui seront soumis à la loi?
Je vous remercie pour votre réponse.*

06.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Fonck, la mise en œuvre des trois premières obligations de l'alinéa 1^{er} de l'article 4 de cette loi – à savoir, l'installation d'un CO₂ mètre, l'élaboration et la mise à disposition de l'analyse de risque et un plan d'action – est prévue un an après l'entrée en vigueur de la loi, soit le 11 décembre 2023. En ce qui concerne la quatrième obligation du même alinéa – la demande de certification –, sa mise en œuvre est prévue le 1^{er} janvier 2025. Comme vous le mentionnez, toutes ces obligations pourraient être postposées au 1^{er} janvier 2026.

Concernant les trois premières obligations, deux arrêtés royaux sont en cours de finalisation. L'un porte sur les obligations en tant que telles, l'autre sur la définition des secteurs. Tous deux ont été présentés en Conseil des ministres le 31 mars 2023. Le Conseil d'État a remis ses avis le 17 mai dernier.

Des dispositions additionnelles d'ordre opérationnel et juridique nécessitent des ajustements à la suite des avis du Conseil d'État. Cela explique un temps de rédaction supplémentaire.

Le projet d'arrêté royal relatif à la certification, qui répond à la quatrième obligation de l'article 4 de la loi, est en cours d'élaboration et devrait être présenté en Conseil des ministres dans les prochains mois. Si ces délais ne sont plus tenables pour les secteurs, nous retarderons l'entrée en vigueur de la loi. Mon intention est d'en poursuivre une mise en œuvre réaliste.

De très nombreuses concertations avec les secteurs de l'horeca, du sport, de la culture, de l'événementiel, du cinéma ont été menées depuis les premiers pas de l'élaboration de la loi et ses autres arrêtés d'exécution. Je poursuivrai prochainement ces réunions et continuerai de maintenir les contacts avec les *stakeholders*.

En ce qui concerne le soutien logistique, il s'agit précisément d'un support informatique, en cours de développement par mon administration. Ce support vise à faciliter l'élaboration par l'exploitant de l'analyse de risques et du plan d'action. Ce point est particulièrement crucial pour rendre le dispositif des obligations 1 à 3 de l'article 4 suffisamment clair, pédagogique et progressif dans le temps.

En ce qui concerne le soutien financier, je tiens à préciser, car il y a beaucoup de confusion à ce sujet, que les normes cibles ne sont pas obligatoires et que les investissements financiers pour les détecteurs de CO₂ sont quand même limités. Par conséquent, il est moins nécessaire de déjà décider de programmes d'investissement à ce stade en plus des possibilités existantes, c'est-à-dire la déclaration de frais professionnels.

Je n'ai peut-être pas été suffisamment clair sur les dates d'entrée en vigueur. En ce qui concerne les trois premières obligations, la date est fixée au 11 décembre 2023.

06.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, CO₂ mètre, analyse des risques et plans d'action. Beaucoup de choses, reconnaissons-le, avaient été mises en place durant la deuxième, voire la troisième période de la crise. Mais des arrêtés d'exécution sont nécessaires. Je ne vous ai pas entendu sur les lieux qui seront concernés. Il y avait déjà des obligations qui s'appliquaient. Toutefois, dans des lieux cruciaux comme les écoles, où nous savons que nous pouvons avoir du côté des virus à transmission respiratoire une très importante circulation qui après sera forcément transmise à l'ensemble de la population mais aussi aux personnes fragiles, je n'ai toujours pas pu, ni de votre part, ni d'ailleurs, obtenir un engagement fort. Pourtant, cela me semble crucial. En fait, on a parlé matin, midi et soir de gestion de crise. On ne parle jamais de prévention d'une pandémie. Pourtant, c'est le nerf de la guerre.

Hier, nous avons eu le covid 19. Demain ou après-demain, surviendra un autre virus qui sera à transmission respiratoire ou qui sera d'une autre nature. Or, si c'est un virus ou un germe à transmission respiratoire, la ventilation en termes de prévention est un facteur clé. Cela est valable pour toute une série d'autres pathologies: pour des pathologies respiratoires, pour des pathologies liées à la pollution environnementale. Monsieur le ministre, vous savez que j'ai ergoté, matin, midi et soir sur la ventilation, dès le début de la crise, avec la ministre De Block, avec vous. Certes, une loi existe. Mais entre une loi et une opérationnalisation sur le terrain, y compris dans les structures à risques que sont, par exemple, les écoles, existe un fossé. J'attends des autorités autre chose qu'une loi. J'attends quelque chose qui soit fonctionnel, ambitieux. J'attends que nous parlions de prévention d'épidémie, pour ne pas, demain, se trouver de nouveau dans une gestion de crise en urgence. Nous aurons de nouveau loupé le coche de ce qui peut être fait en amont. C'est la ventilation, mais pas seulement. Sur les autres aspects, j'y reviendrai, merci.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Plan Fédéral Nutrition Santé" (55038289C)

07 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan" (55038289C)

07.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, l'accord de gouvernement faisait référence à «une stratégie contre la mauvaise alimentation».*

Le 25 octobre 2022, je vous interrogeais au sujet du Plan nutrition Santé, et notamment au sujet de l'évaluation du précédent plan et des modalités de cette évaluation (notamment en termes d'auteurs de l'évaluation et de l'indépendance de ceux-ci).

Vous aviez répondu que « Ce PFNS n'est en fait pas nouveau puisqu'il constitue la continuation du plan précédent. C'est pourquoi le texte a été présenté à un groupe restreint d'experts déjà impliqués depuis 2006. Les thématiques sont restées les mêmes et seul un axe stratégique s'est vu attribuer un nouveau titre. Hormis un certain nombre de propositions visant à affiner certaines actions, le texte répond toujours aux attentes ». « Les objectifs nutritionnels sont identiques à ceux de 2006, même s'ils

ont été complétés par les nouvelles recommandations nutritionnelles du Conseil Supérieur de la Santé ». « *La période précédente n'a pas fait l'objet d'une évaluation externe. Mais, depuis 2018, dans le cadre du projet Nutritrac, nous développons, conjointement avec Sciensano, un suivi de la composition des aliments préemballés vendus sur le marché belge ».* « *Nous n'avons pas encore entamé de dialogue avec le commerce de détail, mais nous avons l'intention de le faire dans les prochains mois.* » « *La validation est presque terminée et le plan pourra être publié prochainement ».*

Monsieur le ministre, nous sommes presque un an plus tard:

Où en est ce plan? Pourquoi n'est-il toujours pas publié? Qu'est-ce qui bloque son adoption? Pourquoi refusez-vous de procéder à une évaluation du plan pour identifier ce qui est encore opportun, ce qui doit être précisé, modifié, renforcé? Pourquoi est-ce que ce plan ne fait pas l'objet d'une procédure transparente impliquant un groupe d'experts composé de façon indépendante et multidisciplinaire? Pourquoi est-ce que le Conseil supérieur de la Santé n'a pas été concerté pour la rédaction de ce plan? Quel est le budget prévu pour la mise en œuvre de ce plan? Allez-vous créer et financer une cellule de politique nutritionnelle au sein du SPF Santé publique afin d'implémenter et faire le suivi des actions prévues dans le plan et de mettre en place des campagnes d'information d'envergure, comme le recommande le SPF Santé publique? Je vous remercie pour votre réponse.

07.02 **Frank Vandebroucke**, ministre: Le dossier est actuellement examiné par mon cabinet. Précédemment, des discussions ont été initiées entre les différents cabinets, et les échanges ont fait émerger plusieurs divergences et ont donné lieu à des modifications du texte proposé par mon administration.

Je ne suis pas opposé à évaluer les actions en cours, mais il apparaît nécessaire d'en entamer de nouvelles pour poursuivre les efforts déployés à ce jour.

Le Plan fédéral Nutrition-Santé a toujours été conduit de façon transparente et fondé sur la base de données scientifiques internationales, européennes et nationales, notamment celles fournies par les avis successifs du Conseil Supérieur de la Santé.

Pour l'instant, il n'y a aucun budget spécifique prévu pour l'implémentation du Plan fédéral Nutrition-Santé.

07.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, le Plan Nutrition-Santé en Belgique est trop faible, et complètement dépassé. Il n'a pas eu une évaluation digne de ce nom. On oublie qu'en matière de prévention des premières causes de décès en Belgique, à savoir les cancers et les maladies cardiovasculaires, la nutrition est le levier le plus important à côté du tabac, de l'alcool, des drogues et des activités physiques.

Je viens de plaider pour la prévention. Tous les leviers dont nous disposons au niveau fédéral doivent pouvoir être actionnés avec une ambition beaucoup plus importante. On ne peut pas uniquement mettre au point une stratégie santé en regardant les élections suivantes. Nous avons besoin d'une stratégie santé qui porte sur tous ces aspects-là, les maladies cardiovasculaires, les cancers, et la nutrition en fait partie.

Nous avons besoin d'une stratégie santé sur le moyen et le long terme. J'ai bien compris que plus rien ne sera fait en la matière d'ici à la fin de la législature, mais c'est vraiment un chantier qu'on va devoir entreprendre avec une ambition beaucoup plus importante que ce qui a été développé par le fédéral et les entités fédérées. N'oublions pas que toute une série de leviers sont entre les mains du fédéral.

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

08 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les droits des patients mineurs" (55038291C)

08 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De rechten van minderjarige patiënten" (55038291C)

08.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, lors des débats au sujet de la résolution relative aux droits du patient, j'ai insisté pour qu'une attention particulière soit accordée aux droits des patients mineurs par l'audition de représentants de la plateforme JOY et par la mention explicite dans la résolution d'une nécessaire modification de la loi pour tenir compte des spécificités des mineurs dans la reconnaissance de leurs droits en tant que patients.*

Dans l'avant-propos joint à votre communiqué de presse du 18 avril 2023, on pouvait lire que "Certains patients auront besoin de plus de protection que d'autres en raison de leur vulnérabilité, par exemple à cause de leur âge (...). La loi permet d'élaborer une protection supplémentaire dans un arrêté d'exécution pour des (groupes de) patients spécifiques, tels que les (...) patients mineurs d'âge. Nous conservons cette possibilité dans le projet et ne réglemtons donc pas de groupes de patients spécifiques dans la loi. Toutefois, nous encourageons l'administration à concrétiser cette intention dans un avenir proche afin que ces groupes de patients vulnérables puissent être protégés de manière plus nuancée et spécifique".

Le 19 juillet, vous avez annoncé que le gouvernement avait approuvé votre projet de loi qui modernise la loi relative aux droits du patient.

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes:

Pourriez-vous nous éclairer quant aux "colloques, débats" organisés? Pourquoi est-ce que des professionnels tels que les membres de la plateforme JOY n'ont pas été intégrés au processus malgré les demandes de contact de ces personnes?

Pourquoi est-ce que les droits du patient des mineurs n'ont pas été intégrés dans le projet de modernisation?

Pourriez-vous nous éclairer quant au nombre et au contenu des recommandations et commentaires que vous avez reçus au sujet du projet de texte rédigé par les experts? Pourriez-vous également nous informer de la façon dont ils ont été pris en compte?

Est-ce qu'un travail a été mené en parallèle à la rédaction de ce projet de loi ou est mené actuellement par l'administration au sujet des droits des patients mineurs afin qu'ils "puissent être protégés de manière plus nuancée et spécifique"?

Je vous remercie pour votre réponse.

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Si vous me le permettez, je commencerai par vous donner brièvement l'état d'avancement du projet.

L'avant-projet a été approuvé en première lecture le 19 juillet. Comme vous le savez, un avant-projet est ensuite soumis au Conseil d'État, et dans ce cas-ci, à l'Autorité de protection des données (APD). Nous avons reçu l'avis du Conseil d'État et nous attendons celui de l'APD dans le courant du mois d'octobre. Je pense donc que nous pourrions discuter du projet au sein de cette commission avant la fin de l'année, et pourrions alors l'élaborer en détail.

En réponse aux questions précises, tout le monde est évidemment libre de partager ses remarques. Personne n'est exclu, au contraire, et vous l'avez dit vous-même: la première version de l'avant-projet est disponible en ligne et peut encore être consultée pendant assez longtemps, par – littéralement – tout le monde qui le souhaite. De très nombreux citoyens, experts et organisations l'ont d'ailleurs fait. Nous avons reçu de nombreux retours précieux. Dans la discussion sur le fond, je ne manquerai pas d'indiquer quels aspects du projet ont évolué. Mais vous conviendrez avec moi que si nous entrons dans les détails maintenant, nous sortirons du cadre d'une séance de questions-réponses, étant donné que le projet sera évidemment abordé en détail au sein de cette commission.

Je peux néanmoins vous renvoyer vers un article sur mon site web, datant du 6 juin, où vous trouverez toute une série de données concernant votre troisième question. Vous y trouverez par exemple des tableaux sur le type d'expéditeurs, les sujets évoqués, etc. Quant à la protection supplémentaire de certains groupes vulnérables, la loi prévoit – et nous ne modifierons pas ce point – que le Roi peut

définir des mesures de protection spécifiques pour les groupes vulnérables. Lors de l'audition, vous l'avez également souligné, deux exemples ont été évoqués: les enfants et les jeunes d'une part, et le contexte des soins de santé mentale d'autre part.

Dans ce cadre, un appel d'offre pour une étude de courte durée sera lancé à ma demande par le SPF Santé publique, afin d'identifier comment de telles mesures de protection spécifiques peuvent ou doivent être mises en place. Pour moi, il va de soi que les chercheurs qui mèneront cette étude y associeront les parties prenantes. Si vous le souhaitez, je pourrai également vous donner un nouvel état de la situation sur cette question lors de la discussion de l'avant-projet.

08.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse. Pour le détail j'attendrai d'avoir le projet de loi en bonne et due forme. J'ose espérer quand même que la situation particulière des mineurs, plus particulièrement des patients mineurs, sera bien prise en considération. Je pense qu'en fait, les mineurs ont été oubliés pendant tout le cheminement des lois sur les droits des patients jusqu'à maintenant. J'ose espérer, à l'instar de tous les professionnels de la santé en charge des soins de santé aux mineurs, que ce ne sera pas simplement quelque chose d'accessoire, où on renverra éventuellement, dans un arrêté, les choses à plus tard – et je le crains, à jamais –. J'espère que cette prise en compte des mineurs sera au cœur du projet de loi. Parce que dans le fond, un patient mineur, un enfant malade, monsieur le ministre, ce n'est pas un malade en miniature. Il y a des réalités spécifiques, des sensibilités, des prises en charge particulières qui nécessitent d'être prises en compte, y compris sur le volet des droits des patients.

Je sais que quand nous avons eu des débats ici à la Chambre, votre parti m'a signifié une fin de non-recevoir. Dans un premier temps, il n'avait même pas voulu entendre les membres de la plate-forme JOY, qui sont vraiment maintenant intégrés parmi les différents prestataires et les différentes spécialisations pour faire entendre la voix des enfants malades. Manifestement, c'est quelque chose qui est compliqué de votre côté et je ne comprends pas pourquoi. Si vous demandez à tous les experts de la santé, même en première ligne, ils vous diront tous qu'un enfant malade, ce n'est pas un adulte en miniature. Il y a vraiment une spécificité majeure à prendre en charge. Je serai évidemment très attentive à ces points lorsque le projet de loi arrivera. Je vous remercie.

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

09 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise en œuvre en 2023 de la stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool 2023-2028" (55038296C)

- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état de la situation en ce qui concerne la mise en œuvre du plan alcool" (55038895C)

09 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitvoering in 2023 van de interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol 2023-2028" (55038296C)

- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken met betrekking tot de implementatie van het alcoholplan" (55038895C)

09.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, la stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool 2023-2028 et le plan d'action 2023-2025 ont été adoptés il y a plusieurs mois et ont été fortement critiqués par de nombreux acteurs de la santé par leur manque d'ambition et d'engagement fort.*

Au-delà de ces critiques, je souhaite vous interroger sur la mise en œuvre des mesures prévues en 2023.

Monsieur le ministre, le plan prévoit une interdiction de vente aux moins de 18 ans « excepté le vin et la bière. Nous nous basons sur la proposition de loi nr. 55K0105001 déposé à la Chambre en 2019. Cette proposition 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 ».

Vous prévoyez une entrée en vigueur de la réglementation et du contrôle en 2023. Pourquoi agir via une proposition de loi qui n'a pas encore été discutée en commission de la Santé? Allez-vous vous concerter avec les acteurs de santé pour déterminer les modalités de cette interdiction? Quand sera-t-elle en vigueur? Quels sont les contrôles envisagés en 2023?

Le plan prévoit d'« Etudier les possibilités d'un cadre réglementaire visant à optimiser l'âge de la 1ère consommation ». Pourriez-vous nous éclairer quant à cette mesure? Comment comptez-vous agir?

Le plan prévoit de « Renforcer les projets bas seuil dans le cadre des « projets art 56 – INAMI » pour apporter une expertise sur les addictions dans leur équipe, porter plus d'attention aux problèmes d'addiction et une référence plus rapide via par exemple une liaison avec les soins spécialisés en addictologie. » Qu'en est-il concrètement? Quel est le budget prévu?

Qu'avez-vous déjà mis en place en vue de l'adoption de mesures prévues pour 2024 (interdiction partielle de la publicité, avis sanitaire en cas de pub, mise en place d'un organisme indépendant de contrôle de la pub, interdiction d'offrir gratuitement des boissons alcoolisées, interdiction partielle de vente d'alcool le long des autoroutes ou dans les hôpitaux, soutien de la prise en charge des patients qui ont un problème d'alcool par les équipes mobiles de la réforme du secteur de la santé mentale, étude de l'opportunité d'indicateurs de qualité dans la prise en charge des patients, mise en place du trajet de soins pour les jeunes, mise sur pied d'un groupe de travail pour analyser l'opportunité d'introduire un prix minimum,...)?

09.02 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de schriftelijke voorbereiding van mijn vraag.

In het alcoholplan zijn heel wat acties opgelijst, waarvan sommige vooropgestelde deadlines naderen. Kan u ons daarom een stand van zaken van de uitrol van het plan geven. Worden de deadlines gerespecteerd, of zijn er ondertussen vertragingen gekend? In het bijzonder volgende acties:

2024

*Reclameverbod op alcoholhoudende dranken 5 minuten voor en 5 minuten na een uitzending hoofdzakelijk gericht op minderjarigen maar ook in kranten en tijdschriften en op digitale media
Verplichte gezondheidsmededeling bij alcoholreclame opgesteld door de FOD Volksgezondheid
Verbod op het gratis aanbieden van alcoholhoudende dranken in het kader van een promotiecampagne
Opzetten van een transversaal transparantie- of lobbyregister
Verbod op verkoop van alcohol in verkoopautomaten, tankstations aan snelwegen 22-7 en in ziekenhuizen m.u.v. de cafetaria
Analyseren of zelftests voor alcohol kunnen worden opgenomen in een bewustmakingsbeleid rond rijden onder invloed
Werkgroep opstarten om de mogelijkheid van een minimumprijs te onderzoeken gekoppeld aan het invoeren van de gezondheidsshift*

2023:

Verbieden van verkoop van alcohol voor minderjarigen behalve voor bier en wijn

09.03 Frank Vandenbroucke, ministre: En ce qui concerne l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs, une disposition est prévue dans l'avant-projet de loi modifiant la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits, qui reprend différents points du Plan tabac et du Plan alcool. Cet avant-projet de loi se trouve en phase finale de préparation. La nouvelle interdiction devrait entrer en vigueur le 31 décembre. Les contrôles de l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs sont déjà menés par mes services, lesquels seront renforcés en 2024.

En ce qui concerne votre question relative à l'étude d'un cadre réglementaire visant à optimiser l'âge de la première consommation, j'ai sollicité l'avis du Conseil Supérieur de la Santé pour proposer des mesures innovantes afin de faire reculer l'âge de la première consommation et, surtout, de dissuader les jeunes de moins de seize ans de consommer.

Aussi, le SPF Santé publique a récemment publié les premiers résultats de l'enquête sur les *mystery shoppers*. Il s'agit de jeunes âgés de quinze à dix-sept ans qui se rendent dans certains commerces pour vérifier si la loi en matière de vente d'alcool aux mineurs est respectée. Les résultats sont vraiment préoccupants. L'interdiction de vendre des spiritueux aux moins de dix-huit ans est enfreinte dans 90% des cas. En ce qui concerne la bière et le vin, l'âge-limite étant de dix-sept ans, le taux d'infractions est d'environ 80 %. Les établissements horeca et les stations-service sont les lieux où l'alcool est le plus facilement vendu aux mineurs – plus de 90 % d'infractions constatées. Il s'agissait pourtant d'opérations de contrôle annoncées. Il faut donc poursuivre ce type d'actions, infliger les amendes nécessaires, mais aussi sensibiliser le personnel qui vend des boissons alcoolisées aux mineurs. L'optimisation de l'âge de la première consommation d'alcool va donc au-delà d'une interdiction de vente aux mineurs.

Des actions de sensibilisation, d'information, de prévention auprès d'un large public cible sont nécessaires afin de dénormaliser la consommation d'alcool chez les plus jeunes. Je crois qu'il faut être clair: la vente d'alcool est interdite aux mineurs, avec une exception pour le vin et la bière qui peuvent être vendus aux jeunes à partir de 16 ans. La collaboration des entités fédérées sur les mesures de prévention est donc tout aussi cruciale.

Concernant les questions relatives au renforcement des projets bas seuil, il s'agit du renforcement de l'expertise en matière d'assuétudes dans le projet Livre blanc, article 56, de l'INAMI qui inclut notamment Médecins du monde. Les budgets qui sont libérés à cet effet pour fournir un soutien supplémentaire à ces projets s'élèvent à 800 000 euros et sont récurrents.

Finalement, en ce qui concerne vos questions relatives à la mise en œuvre du plan depuis son adoption en mars dernier, plusieurs projets et initiatives relevant de ma compétence ont déjà été mis en place comme la préparation de l'avant-projet de loi modifiant la loi du 24 janvier 1977, qui reprend l'interdiction partielle de vente d'alcool dans les stations-services le long des voies rapides et dans les hôpitaux, et l'interdiction absolue de vente d'alcool dans les appareils automatiques de distribution.

Par ailleurs, la majorité des mesures du Plan alcool se discute dans des sous-groupes de travail. Quatre groupes de travail sont en cours de création. Le groupe de travail concernant le prix minimum est mené par le SPF Finances. Ce dernier fera un compte rendu de son état d'avancement lors de la réunion du groupe de travail alcool qui aura lieu à la mi-octobre 2023. Il en va de même pour le groupe de travail sur les indicateurs du Plan alcool, qui est mené par Sciensano, ainsi que pour les groupes de travail alcool et publicité, et analyse de possibilité de création d'un fonds pour l'alcool, groupes de travail menés par le SPF Santé publique.

Un budget est prévu dans le plan de formation des équipes mobiles en vue de l'organisation d'une formation sur l'alcool. Cette formation sera organisée au plus tard début 2024.

En ce qui concerne le trajet de soins pour les jeunes, divers contacts ont été établis avec les associations de terrain. Un projet est en cours d'élaboration mais d'autres pistes sont encore à l'étude. L'idée première est de pouvoir renforcer les équipes de services d'urgence de quelques hôpitaux, dans un premier temps avec du personnel supplémentaire qui sera entièrement consacré à la prise en charge des jeunes jusqu'à 25 ans qui arrivent aux urgences pour intoxication alcoolique.

L'objectif est qu'une fois l'intoxication maîtrisée, les jeunes puissent discuter de leur consommation et être, si besoin, orientés vers des soins adéquats, notamment par le biais des ressources des réseaux de santé mentales pour les jeunes et les adolescents. Les estimations budgétaires sont en cours.

Enfin, j'ai également sollicité l'avis du Conseil Supérieur de la Santé pour les actions suivantes du plan alcool: premièrement, la création d'avertissements sanitaires lorsqu'il est question de faire du marketing pour l'alcool ainsi que d'un système de rotation. Deuxièmement, l'optimisation de l'âge de la première consommation d'alcool. Troisièmement, les bonnes pratiques de réduction des risques liés à la consommation nocive d'alcool. Quatrièmement, la reconnaissance du titre d'alcoologue.

La première réunion du Conseil Supérieur de la Santé à ce propos s'est déroulée le vendredi 8 septembre.

Er staan dus heel wat initiatieven in de startblokken.

U had ook vragen over het transversale transparantie- of lobbyregister. Dat is niet specifiek voor alcohol, maar het past in het transversale initiatief van het Parlement.

Het analyseren van de vraag om zelftests voor alcohol op te nemen in het bewustmakingsbeleid met betrekking tot het rondrijden onder invloed, ligt bij de bevoegde entiteiten, zijnde Mobiliteit en de deelstaten. Ik zal echter niet aarzelen om op de volgende werkgroep Alcohol een stand van zaken op te vragen, zodat wij vooruitgang blijven zien in de uitrol van het alcoholplan.

De beperking van de reclame en het verbod op promotiecampagnes zullen onderdeel zijn van een koninklijk besluit dat nog in voorbereiding is.

Monsieur le président, VTM me dit qu'ils veulent m'interroger sur une déclaration de l'AFMPS concernant Ozempic. Je crois que c'est utile. Je voudrais faire cela à 19h. Je préfère alors répondre à encore une question avant de clôturer.

Le **président**: D'accord. Pas de soucis.

09.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. L'opposition a parfois des suggestions intéressantes puisque les *mystery shoppings* pour le tabac et l'alcool sont des moyens que j'ai plaidés. On m'a regardée en se demandant ce que pouvait bien être ce truc pour les mineurs.

Mais en fait, cela montre que les règles sur des enjeux aussi importants que l'alcool (idem pour le tabac) ne sont pas respectées. Nous ne pouvons plus continuer à être naïfs sur des enjeux aussi importants. Les chiffres de santé donnent le tournis. L'alcool provoque 10 000 décès prématurés par an. Il est la première cause de décès sur les routes, une des causes majeures de cancers, la première cause de violences conjugales et sexuelles.

Monsieur le ministre, six jeunes entre 12 et 17 ans se retrouvent chaque jour à l'hôpital en raison d'une cuite. Ce sont les chiffres de santé publique. Votre plan – et c'est la raison pour laquelle je veux continuer à vous mettre la pression et que je ne lâcherai rien – contient certes 75 mesures mais dont la majorité existe déjà ou bien on me renvoie à des études qui sont surtout des emballages car celles-ci permettent surtout de gagner du temps sans prendre de décision.

Il y a des leviers. Ils peuvent et doivent être actionnés rapidement compte tenu des chiffres que je viens rappeler: publicité, étiquetage, barrière à l'accessibilité, diminution de la disponibilité, accompagnement à l'arrêt sont quelques exemples.

Osons des mesures fortes! Je sais que ce n'est pas très vendeur pour les électeurs. Ce n'est pas sexy. Mais le job des ministres de la Santé est de ne pas penser à leurs électeurs mais bien à la santé des citoyens dans leur ensemble quels que soient les lobbies, que l'on sait puissants, qui persistent à vous freiner et à freiner vos présidents de partis.

J'ose espérer que vous verrez d'abord la santé publique avant tout autre chose!

09.05 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, ik begrijp dat er inmiddels al veel stappen zijn gezet en veel gesprekken zijn gevoerd en noteer dat het soms moeilijk is om een precieze datum voor de uitrol van elk initiatief te kunnen meedelen.

Ik treed mevrouw Fonck bij, de cijfers zijn ernstig en we kunnen onze ogen er niet voor sluiten. Ik kan niet anders dan beklemtonen hoe ongerust we zijn over de situatie. We hebben heel lang moeten wachten op het alcoholplan. We willen erop aandringen dat de acties die voorliggen zo spoedig mogelijk worden uitgerold, zodat het plan niet weer een wollig hoopje van veel beloftes blijft en de uitvoering ervan alsmaar weer wordt uitgesteld.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La loi du 26/06/2020 qui protège les victimes de pandémie contre les frais supplémentaires" (55038297C)

10 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wet van 26/06/2020 ter bescherming van pandemielachtoffers tegen bijkomende kosten" (55038297C)

10.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, la loi du 26 juin 2020 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins en vue de protéger les victimes de la pandémie provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2 contre la facturation de suppléments d'honoraires et de protéger le patient pour lequel les frais des services sont couverts par le budget des moyens financiers contre la facturation de coûts supplémentaires.*

Cette loi prévoyait que « Pour le séjour en chambre individuelle, y compris en hospitalisation de jour, aucun supplément au-delà du BMF ne peut être facturé au patient lorsque l'admission concerne un patient infecté ou suspecté d'être infecté par le virus SARS-CoV-2 ». Elle prévoyait aussi que « Aucun coût supplémentaire sous la forme de prestations non remboursables ne peut être facturé au patient d'une épidémie ou d'une pandémie ou aux victimes d'une catastrophe ou d'une calamité pour lesquels les frais afférents à des services sont couverts par le budget des moyens financiers visé à l'article 101 ».

Monsieur le ministre,

Disposez-vous d'information concernant le montant des frais qui ont été engagés mais qui n'ont pas été facturés aux patients en vertu de cette loi?

Cette loi a-t-elle été appliquée uniquement à des patients Covid ou également à d'autres catégories de patients? Dans ce dernier cas, pourriez-vous nous éclairer quant à ces autres patients?

10.02 Frank Vandebroucke, ministre: (...) décevante. J'ai bien lu la question mais nous n'avons pas eu d'éléments concernant vos questions relatives aux frais qui auraient été engagés mais qui n'ont pas été facturés aux patients. La loi concernait les patients dans la cadre, je cite, "d'une épidémie ou d'une pandémie" et visait donc bien les situations dans le cadre de l'admission d'un patient infecté ou suspecté d'être infecté par le virus SARS-CoV-2. Il s'agissait de s'assurer que pour ces patients en chambre individuelle, aucun supplément au-delà du BMF ne puisse être facturé pour un séjour ou une hospitalisation de jour.

Nous n'avons aucun élément permettant d'affirmer que cela aurait été aussi appliqué pour d'autres patients. Si vous disposez d'éléments ponctuels pouvant montrer cela, ils sont les bienvenus mais moi, je n'ai pas d'éléments à fournir.

10.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, la question est de savoir si, oui ou non, cette loi a été respectée. Je me souviens de discussions que nous avons eues. Votre cabinet ne peut pas l'ignorer puisque c'est votre chef de cabinet qui avait absolument voulu voter cette loi. Pour ma part, j'avais dit que cela posait un certain nombre d'interrogations d'abord sur la manière avec laquelle on allait effectivement pouvoir vérifier qu'elle était appliquée mais aussi par rapport à d'autres patients – on le sait maintenant puisque cela a été confirmé – dont les soins ont été retardés, y compris parfois pour des pathologies graves comme des cancers, à cause du covid et de la fermeture d'un certain nombre de lits pour des raisons sanitaires ou de pénurie de personnel. Je trouvais que, vis-à-vis d'autres patients, ce n'était pas juste et qu'il n'y avait pas d'équité.

Mais je constate en plus maintenant qu'on est dans l'incapacité de répondre pour savoir si la loi a été *in fine* respectée ou pas. Je peux le comprendre mais je trouve cela quand même un peu étonnant, surtout que l'histoire fait que c'est votre parti qui est à la manœuvre aujourd'hui. Je dois donc en conclure que, dans le fond, cette loi n'a servi à rien. C'est à mon avis la conclusion qui s'impose.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.42 uur.
La réunion publique de commission est levée à 18 h 42.*