

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT

Commissie voor Gezondheid en Gelijke
Kansen

Commission de la Santé et de l'Égalité des
chances

Dinsdag
15-10-2024
Namiddag

Mardi
15-10-2024
Après-midi

N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	Vlaams Belang
MR	Mouvement Réformateur
PS	Parti Socialiste
PVDA-PTB	Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	Les Engagés
Vooruit	Vooruit
cd&v	Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	Open Vlaamse Liberalen en Democraten
DéFI	Démocrate Fédéraliste Indépendant

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 56 0000/000	Parlementair stuk van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document parlementaire de la 56 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV	Beknopt Verslag	CRABV	Compte Rendu Analytique
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (op beigeleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers	Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Bestellingen :	Commandes :
Natieplein 2	Place de la Nation 2
1008 Brussel	1008 Bruxelles
Tel. : 02/549 81 60	Tél. : 02/549 81 60
www.dekamer.be	www.lachambre.be
e-mail : publicaties@dekamer.be	e-mail : publications@lachambre.be

INHOUD

Samengevoegde vragen van	1
- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van kosten voor logopedie" (56000039C)	1
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van kosten voor logopedie" (56000046C)	1
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-terugbetaling van logopediekosten voor een bepaalde groep kinderen" (56000072C)	1
- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van monodisciplinaire logopediesessies voor kinderen met een IQ lager dan 70" (56000434C)	1
Sprekers: François De Smet, Caroline Désir, Sofie Merckx , voorzitter van de PVDA-PTB-fractie, Julie Taton, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid	
Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tegemoetkoming voor BAHA-hoortoestellen" (56000061C)	8
Sprekers: Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid	
Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Klinische orthopedagogiek" (56000076C)	10
Sprekers: Caroline Désir, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid	
Vraag van Patrick Prévot aan Alexia Bertrand (Begroting en Consumentenbescherming) over "Snoepgoed voor kinderen aan de kassa's van supermarkten" (56000166C)	13
Sprekers: Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid	
Samengevoegde vragen van	15
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke	15

SOMMAIRE

Questions jointes de	1
- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des frais de logopédie" (56000039C)	1
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie" (56000046C)	1
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'exclusion de certains enfants du remboursement de la logopédie" (56000072C)	1
- Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des prestations logopédiques mono pour les enfants avec un QI inférieur à 70" (56000434C)	1
Orateurs: François De Smet, Caroline Désir, Sofie Merckx , présidente du groupe PVDA-PTB, Julie Taton, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes	
Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'intervention dans les appareils auditifs BAHA" (56000061C)	8
Orateurs: Nawal Farih, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes	
Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'orthopédagogie clinique" (56000076C)	10
Orateurs: Caroline Désir, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes	
Question de Patrick Prévot à Alexia Bertrand (Budget et Protection des consommateurs) sur "La présence de confiseries ciblant les enfants aux caisses des supermarchés" (56000166C)	13
Orateurs: Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes	
Questions jointes de	15
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM	15

(VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het RSV-medicijn Beyfortus" (56000196C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de RSV-inenting bij baby's" (56000225C)

Sprekers: **Dominiek Snelpe, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Samengevoegde vragen van

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Fentanyl" (56000198C)

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Fentanyl" (56000271C)

Sprekers: **Dominiek Snelpe, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Nemolizumab" (56000199C)

Sprekers: **Dominiek Snelpe, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Vroedkundigen" (56000200C)

Sprekers: **Dominiek Snelpe, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Zelfdiagnose op TikTok" (56000260C)

Sprekers: **Katleen Bury, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hacking van medische gegevens" (56000261C)

Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Beyfortus, médicament préventif contre le virus respiratoire syncytial (VRS)" (56000196C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du vaccin contre le VRS pour les bébés" (56000225C)

Orateurs: **Dominiek Snelpe, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Questions jointes de

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fentanyl" (56000198C)

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fentanyl" (56000271C)

Orateurs: **Dominiek Snelpe, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nemolizumab" (56000199C)

Orateurs: **Dominiek Snelpe, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les sages-femmes" (56000200C)

Orateurs: **Dominiek Snelpe, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'autodiagnostic sur TikTok" (56000260C)

Orateurs: **Katleen Bury, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le piratage de données médicales" (56000261C)

Sprekers: Katleen Bury, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Orateurs: Katleen Bury, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Incontinentie" (56000262C)

27

Sprekers: Katleen Bury, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'incontinence" (56000262C)

27

Orateurs: Katleen Bury, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Hoge PFAS-waarden" (56000264C)

30

Sprekers: Katleen Bury, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Des taux de PFAS élevés" (56000264C)

30

Orateurs: Katleen Bury, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekenhuizen die als kritieke infrastructuur worden aangemerkt" (56000317C)

31

Sprekers: Caroline Désir, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les hôpitaux désignés infrastructures critiques" (56000317C)

31

Orateurs: Caroline Désir, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Jean-Luc Crucke aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rookverbod op cafeterrassen" (56000301C)

33

Sprekers: Jean-Luc Crucke, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Jean-Luc Crucke à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interdiction de fumer aux terrasses de café" (56000301C)

33

Orateurs: Jean-Luc Crucke, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-invasieve prenatale test (NIPT)" (56000318C)

35

Sprekers: Caroline Désir, Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid

Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le test prénatal non invasif (NIPT)" (56000318C)

35

Orateurs: Caroline Désir, Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

DINSDAG 15 OKTOBER 2024

Namiddag

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MARDI 15 OCTOBRE 2024

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.07 uur en voorgezeten door de heer Patrick Prévot.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 07 et présidée par M. Patrick Prévot.

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.

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.

01 Questions jointes de

- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des frais de logopédie" (56000039C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie" (56000046C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'exclusion de certains enfants du remboursement de la logopédie" (56000072C)
- Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des prestations logopédiques mono pour les enfants avec un QI inférieur à 70" (56000434C)

01 Samengevoegde vragen van

- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van kosten voor logopedie" (56000039C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van kosten voor logopedie" (56000046C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-terugbetaling van logopediekosten voor een bepaalde groep kinderen" (56000072C)
- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van monodisciplinaire logopediesessies voor kinderen met een IQ lager dan 70" (56000434C)

01.01 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, depuis le 1^{er} septembre, le remboursement des frais de logopédie est temporairement élargi à tous les enfants présentant une déficience mentale, quel que soit leur niveau de quotient intellectuel (QI), à l'exception regrettable des enfants autistes et de ceux qui fréquentent l'enseignement spécialisé.

Le 1^{er} juillet 2025, les conditions changeront à nouveau pour les enfants présentant un QI inférieur à 70, et le remboursement des séances sera conditionné à un bilan multidisciplinaire réalisé dans un centre de revalidation ambulatoire. À cet égard, les associations estiment que les centres de revalidation sont trop peu nombreux pour gérer l'ensemble des cas. Les délais sont importants et le test pourrait être réalisé dans des cabinets de psychologues.

Rappelons par ailleurs que la pose d'un diagnostic d'autisme passe

01.01 François De Smet (DéFI): Sinds september worden logopediesessies tijdelijk terugbetaald voor alle kinderen met een verstandelijke beperking, ongeacht hun intelligentiequotiënt (IQ), met uitzondering van autistische kinderen en kinderen die bijzonder onderwijs volgen.

In juli 2025 zullen de voorwaarden opnieuw veranderen voor kinderen met een IQ lager dan 70. De terugbetaling zal gekoppeld worden aan een multidisciplinaire evaluatie in

déjà par un centre de référence. Le bilan multidisciplinaire obligatoire dans un centre de revalidation apparaît dès lors comme répétitif, voire redondant. Mais surtout, monsieur le ministre, la question se pose de l'impraticabilité d'un test de QI pour des enfants autistes petits et non verbaux. Cette condition devrait, selon nous, être purement et simplement abolie parce qu'elle va à l'encontre du bon sens.

Monsieur le ministre, mes questions sont simples. Pourquoi continuer à exclure du remboursement de logopédie les enfants autistes et les enfants qui fréquentent l'enseignement spécialisé? Je ne comprends pas la logique sous-tendant ce raisonnement. Pourquoi le régime actuel connaît-il une période transitoire aussi courte? Un test de QI sera-t-il bien maintenu durant la période transitoire?

01.02 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, déjà en 2015, le Délégué général aux droits de l'enfant, Inclusion ASBL et Unia attiraient l'attention des autorités publiques concernant la problématique du non-remboursement des soins de logopédie pour les enfants ayant un QI inférieur à 86 dans le cadre de la pratique logopédique monodisciplinaire.

Des recommandations, également soutenues par un avis du Conseil supérieur National des Personnes Handicapées (CSNPH), avaient alors été émises. Ce critère du QI n'a pourtant jamais été supprimé ni modifié depuis.

Plusieurs fois au cours de la précédente législature, votre collègue la ministre Lalieux vous a interpellé dans ce cadre, tout comme les familles des enfants concernés et des dizaines d'associations qui ont continué de dénoncer avec force ce qu'elles considèrent à juste titre comme une discrimination.

Un accord au sein du gouvernement a finalement pu voir le jour en mars dernier prévoyant que le facteur QI ne soit plus un facteur d'exclusion automatique pour l'accès au remboursement. La logopédie sera remboursée pour tous les enfants indépendamment de leur QI jusqu'au 30 juin 2025. Les enfants se voyant prescrire un tel traitement jusqu'au 30 juin 2025 bénéficieront du remboursement pendant les deux ans de traitement, jusqu'au 30 juin 2027.

Les conditions changeront toutefois à partir du 1^{er} juillet 2025 pour les enfants dont le QI est inférieur à 70 puisqu'ils ne pourront bénéficier d'un remboursement que si l'analyse dans un centre pluridisciplinaire atteste que la logopédie est la meilleure thérapie pour l'enfant.

Monsieur le ministre, comme nous l'avons indiqué à plusieurs reprises, notre groupe estime que le critère du QI demeure discriminant et doit à terme disparaître. Les mesures prises en mars 2024 ne sont évidemment que temporaires et une recherche multidisciplinaire doit être menée pour les évaluer et surtout faire évoluer la législation et la nomenclature.

een centrum voor ambulante revalidatie (CAR), maar er zijn te weinig van dergelijke centra en die evaluatie is overbodig aangezien de diagnose autisme al in een referentiecentrum gesteld wordt. Bovendien is het in de praktijk niet haalbaar om niet-verbale autistische kinderen aan een IQ-test te onderwerpen.

Waarom blijft men autistische kinderen en kinderen in het bijzonder onderwijs van de terugbetaling uitsluiten? Waarom is de overgangperiode zo kort? Zullen deze kinderen ook tijdens de overgangperiode een IQ-test moeten blijven afleggen?

01.02 Caroline Désir (PS): In 2015 vestigden de Franstalige kinderrechtencommissaris, de vzw Inclusion en Unia al de aandacht op het feit dat logopediesessies voor kinderen met een IQ van minder dan 86 niet terugbetaald werden. Er werden aanbevelingen uitgebracht, geschraagd door een advies van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap (NHRPH), maar dat IQ-criterium werd sindsdien nooit aangepast.

In de vorige legislatuur heeft minister Lalieux u aan uw mouw getrokken, net als de gezinnen en verenigingen die deze discriminatie aan de kaak stellen. In maart werd er een akkoord bereikt om het QI niet langer als een criterium te hanteren voor de automatische uitsluiting van de toegang tot terugbetaling. Logopediekosten zullen terugbetaald worden voor alle kinderen, ongeacht hun IQ, tot 30 juni 2025. Vanaf juli 2025 komen kinderen met een IQ van minder dan 70 echter enkel in aanmerking voor terugbetaling als uit de analyse van een multidisciplinair centrum blijkt dat logopedie de beste behandeling is voor het kind.

Onze fractie vindt dat het discriminerende IQ-criterium afgeschaft moet worden. Er werd beslist dat er een studie uitgevoerd zou worden

Qu'en est-il de cette étude menée par le KCE? Qui devrait être consulté dans ce cadre? Quand les résultats et conclusions devraient-ils être disponibles?

Il sera évidemment indispensable que ceux-ci fassent le plus rapidement possible l'objet d'un échange de vues en commission de la Santé.

01.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le président, monsieur le ministre, les collègues ont déjà bien dressé le tableau. Tous ceux qui étaient là la législature passée se souviennent de la mobilisation massive des parents d'enfants porteurs d'un QI inférieur à 85 et qui se battaient depuis plusieurs années contre ce critère discriminant. Cela a entre autres été relayé par Mme Fonck en premier lieu. Je tiens à le rappeler. On avait finalement obtenu une victoire: le critère du QI inférieur à 85 était enlevé du remboursement de la logopédie monodisciplinaire.

Mais, malheureusement, le constat est amer. En effet, si le critère du QI n'est plus d'application depuis le 1^{er} septembre 2024, deux nouveaux critères d'exclusion ont été ajoutés: le fait que les enfants fréquentant l'enseignement spécialisé sont exclus ainsi que les enfants porteurs d'autisme. Combien d'enfants ayant un QI inférieur à 85 ne fréquentent-ils pas l'enseignement spécialisé? Je ne sais pas. Cela me semble quand même assez rare.

Monsieur le ministre, pourquoi avoir ajouté deux nouveaux critères d'exclusion alors qu'il s'agissait justement d'offrir plus de soins à des enfants qui bénéficient aujourd'hui de séances de logopédie en monodisciplinaire et qui en ont besoin? Je rappelle que le non-remboursement représente pour les parents un énorme coût de plusieurs centaines d'euros par semaine. C'est dire que, par exemple dans la région où je vis, à Charleroi, ce n'est pas accessible pour beaucoup de parents.

Par ailleurs, le compromis trouvé est uniquement valable jusqu'au 1^{er} juillet 2025. Ensuite, un bilan multidisciplinaire sera imposé en CRA pour les enfants porteurs d'un QI inférieur à 70. Monsieur le ministre, pourquoi avez-vous décidé de la sorte pour l'exécution de la décision qui a été prise ici, au Parlement?

01.04 **Julie Taton** (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, je suis vraiment ravie et heureuse de savoir que nous sommes tous dans la même direction avec les collègues.

Depuis le 1^{er} septembre, le remboursement des séances de logopédie monodisciplinaire est temporairement élargi à tous les enfants présentant une déficience mentale, quel que soit leur niveau de quotient intellectuel, à l'exception toutefois des enfants autistes et de ceux fréquentant l'enseignement spécialisé.

Malgré l'accord trouvé en mars 2024 sur le remboursement INAMI, il nous revient du terrain que le ressenti est très mitigé. Après avoir

om de in maart 2024 genomen maatregelen te evalueren en de wetgeving bij te sturen.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot die studie, die door het KCE uitgevoerd wordt? Wanneer zullen de resultaten beschikbaar zijn?

01.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Wie hier tijdens de vorige zittingsperiode al was, zal zich herinneren hoezeer ouders van kinderen met een IQ lager dan 85 tegen dit discriminerende criterium in het geweer gekomen zijn. Ze haalden een slag thuis: voor de terugbetaling van monodisciplinaire logopedie werd het criterium van een IQ lager dan 85 geschrapt.

Niettemin blijft het wrang dat er twee uitsluitingscriteria toegevoegd werden: kinderen in het buitengewoon onderwijs worden uitgesloten, net als kinderen met autisme. Hoeveel kinderen met een IQ lager dan 85 zitten er in het gewoon onderwijs? Ze lijken me op de vingers van één hand te tellen.

Waarom heeft men die criteria toegevoegd? Als dergelijke logopedie-sessies niet terugbetaald worden, vormen ze een kostenpost van enkele honderden euro's per week.

Het bereikte compromis geldt tot 1 juli 2025. Daarna moeten de ambulante revalidatiecentra kinderen met een IQ lager dan 70 aan een multidisciplinaire evaluatie onderwerpen. Waarom hebt u die beslissing genomen?

01.04 **Julie Taton** (MR): In het veld zit men met erg gemengde gevoelens. Er zijn nog steeds te veel uitsluitingscriteria.

Neem bijvoorbeeld kinderen met een pervasieve ontwikkelings- of autisimestoornis, voor wie er zou moeten worden aangetoond dat die stoornis aan de basis van de taalontwikkelingsstoornis ligt.

échangé avec des professionnels de la santé et des personnes directement concernées, comme les parents, on se rend effectivement compte que trop de critères d'exclusion demeurent. Je prends pour exemple les enfants ayant un trouble envahissant du développement ou un trouble autistique, pour lesquels il faudrait prouver qu'ils sont l'origine du trouble du développement du langage.

À côté de cela, je pense également à la pression supplémentaire mise sur les CRA, déjà pas suffisamment nombreux sur le territoire francophone, et pour lesquels il y a toujours de longues files d'attentes.

Je relève, à ce propos, qu'à partir du 1^{er} juillet 2025, les enfants ayant un QI inférieur à 70 devront effectuer un bilan multi dans un CRA pour éventuellement obtenir une autorisation de remboursement de logopédie. Je doute fortement que les CRA – dont je ne mets pas le professionnalisme en doute – puissent réaliser ce bilan rapidement, alors qu'il s'agit d'un processus assez lourd qui demande de nombreux rendez-vous.

Vous l'aurez compris, au vu des critères d'exclusion de ce remboursement encore en vigueur aujourd'hui, il s'agit ici d'un dossier qu'il faudra garder à l'œil lors de cette législature.

Monsieur le ministre, combien de patients supplémentaires ont pu bénéficier d'un remboursement des séances de logopédie depuis l'accord survenu en mars 2024? Depuis cet accord, quels retours avez-vous du terrain, notamment de la part des logopèdes?

Que pouvez-vous nous dire au sujet du temps d'attente pour un bilan multi qui devra être réalisé en CRA à partir du 1^{er} juillet 2025?

Envisagez-vous d'ouvrir la possibilité de faire ce bilan ailleurs que dans un CRA, notamment chez des logopèdes indépendants ou via un mécanisme de coordination pluridisciplinaire de prestataires indépendants? Pour quels motifs?

01.05 Frank Vandenbroucke, ministre: Je donnerai tout d'abord une réponse à l'une des questions de Mme Désir, concernant le KCE et l'implication des parties prenantes. Le KCE mène actuellement une étude sur le sujet qui est en discussion ici. Les résultats et les conclusions sont attendus au printemps 2025. Dans ses études, le KCE prévoit toujours une consultation avec toutes les parties prenantes clés. De plus, madame Désir, je peux également vous informer que la Logomut suit évidemment ce dossier et tout ce qui est concerné par l'arrêté royal. Toutes les parties concernées participeront à l'évaluation de la réglementation actuelle et seront entendues dans le cadre de l'avis plus général du KCE en la matière.

Ensuite, je donnerai quelques réponses ponctuelles à M. De Smet et Mme Merckx. Quelles sont les justifications liées à l'exclusion de ce régime des enfants autistes et de ceux fréquentant l'enseignement spécialisé? Les enfants atteints d'un trouble du spectre de l'autisme ainsi que les enfants fréquentant l'enseignement spécialisé ne peuvent en effet pas bénéficier du remboursement du traitement logopédique pour troubles de la parole et dysphasie via la nomenclature. Il s'agit d'une règle tout à fait indépendante des critères en matière de QI. C'est une règle qui existe depuis longtemps.

De CAR's komen nog meer onder druk te staan, terwijl er in Franstalig België al te weinig zijn.

Vanaf 1 juli 2025 zullen kinderen met een lager IQ dan 70 een multidisciplinair onderzoek moeten laten uitvoeren in een CAR om toestemming te krijgen voor terugbetaling van logopedieverstrekingen. Ik betwijfel ten eerste of de CAR's dat onderzoek zullen kunnen uitvoeren, want daartoe zijn er veel afspraken nodig.

Dit dossier moet nauwgezet gemonitord worden.

Welk bijkomend aantal patiënten kreeg er sinds maart 2024 logopediesessies terugbetaald? Welke feedback hebt u uit het veld ontvangen, met name van logopedisten? Hoe staat het met de wachttijd voor een multidisciplinair onderzoek vanaf 1 juli 2025? Overweegt u om het mogelijk te maken dat onderzoek elders te laten uitvoeren dan in een CAR, bijvoorbeeld bij zelfstandige logopedisten of via een mechanisme van multidisciplinaire coördinatie tussen zelfstandige zorgverleners? Op welke gronden?

01.05 Minister Frank Vandenbroucke: Het KCE voert momenteel een onderzoek over dat onderwerp uit. De resultaten daarvan zullen in de lente 2025 beschikbaar zijn. Ook de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen volgt dat dossier op. Alle partijen zullen aan de evaluatie van de huidige regelgeving deelnemen en door het KCE gehoord worden.

De kinderen die buitengewoon onderwijs volgen, worden via de nomenclatuur uitgesloten van de terugbetaling van logopedische behandelingen voor spraakstoornissen en dysfasie. Die regel staat los van de criteria met betrekking tot het IQ.

En ce qui concerne les patients atteints d'un trouble du spectre de l'autisme, la nomenclature exclut actuellement le remboursement d'un traitement logopédique en cas de trouble secondaire dû à des affections psychiatriques. Des accords de traitement peuvent dans certains cas être octroyés par les mutuelles à la condition que le logopède ou le prescripteur du traitement déclare clairement qu'il n'y a pas de lien de causalité entre le TSA et le trouble logopédique.

Les soins de santé mentale faisant partie des compétences des entités fédérées depuis la sixième réforme de l'État, les patients porteurs d'un TSA sont donc orientés vers une prise en charge multidisciplinaire incluant la logopédie dans des centres de revalidation ambulatoires.

En ce qui concerne les enfants qui fréquentent l'enseignement spécialisé, la prise en charge par l'assurance soins de santé obligatoire de certains traitements logopédiques (troubles du langage, dyslexie, dysorthographe et dysphasie) est exclue, parce que dans ces cas-là, les soins logopédiques sont financés et organisés par le système éducatif, qui relève de la compétence des Communautés, et non de l'assurance soins de santé.

S'agissant de la brièveté de la période transitoire du régime, j'estime qu'un délai de 10 mois est suffisant pour laisser aux centres de revalidation ambulatoires le temps d'effectuer les ajustements nécessaires pour organiser ces bilans, sachant que des bilans multidisciplinaires sont déjà réalisés dans ces centres à l'heure actuelle. Je rappelle également que, si un accord a été obtenu avant cette date, l'admission pour la période où elle a été accordée reste valable.

Enfin, je confirme que la réalisation d'un test QI en soi reste nécessaire à l'obtention d'un accord logopédique entre le 1^{er} septembre de cette année et le 1^{er} juillet 2025. C'est prévu dans la réglementation et c'est une disposition qui permettra de suivre en particulier l'impact de la mesure prise.

Les questions de Mme Taton se focalisent sur la décision qui a été prise. Je confirme que, depuis le 1^{er} septembre, la prise en charge par l'assurance soins de santé obligatoire du traitement logopédique pour les troubles du développement du langage et la dysphasie est en effet autorisée pour tous les enfants, quel que soit leur QI, alors que ce traitement était auparavant réservé aux enfants dont le QI était supérieur ou égal à 86.

En réponse à la première de vos quatre questions précises, sachez qu'étant donné que la réglementation est entrée en vigueur le 1^{er} septembre, les données concernant le nombre de patients ayant pu bénéficier de cette mesure ne sont pas encore connues. Un suivi de la mesure est toutefois prévu au sein de chaque mutualité. Les données seront transmises à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) à intervalle régulier dès qu'elles seront disponibles.

Par rapport à votre deuxième question, je puis dire que les organisations professionnelles des logopèdes réagissent positivement aux changements intervenus maintenant. Toutefois, une partie des logopèdes sur le terrain devront se former afin de pouvoir assumer la prise en charge de patients en situation de handicap mental car l'approche thérapeutique n'est pas la même que pour les autres patients.

Voor autistische patiënten sluit de nomenclatuur de terugbetaling van een logopedische behandeling uit in geval van secundaire stoornissen ten gevolge van een psychiatrische aandoening. De ziekenfondsen kunnen instemmen met een behandeling, als de logopedist verklaart dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen de ASS en de logopedische aandoening.

Aangezien de deelgebieden tegenwoordig bevoegd zijn voor de geestelijke gezondheidszorg, zullen de autistische patiënten doormaken naar een multidisciplinaire behandeling, met inbegrip van logopedie, in een CAR.

Voor kinderen die in het buitengewoon onderwijs les volgen, wordt de terugbetaling van bepaalde logopediebehandelingen van vormen van dyslexie en dysorthografie uitgesloten omdat die zorg gefinancierd wordt door het onderwijsstelsel, dat onder de gemeenschappen valt, en dus niet door de gezondheidszorgverzekering.

Waarom is de overgangperiode in dat stelsel zo kort? Een termijn van 10 maanden is voor de CAR's voldoende opdat zij de nodige aanpassingen zouden kunnen doorvoeren om die onderzoeken te organiseren, aangezien er in die centra al multidisciplinaire onderzoeken uitgevoerd worden. Indien er vóór die datum een akkoord verkregen werd, blijft de toelating voor die periode geldig.

In de periode van 1 september 2024 tot 1 juli 2025 blijft de IQ-test een noodzakelijke voorwaarde om een akkoord voor een logopediebehandeling te kunnen verkrijgen. Die bepaling zal het mogelijk maken om de impact van de genomen maatregel te beoordelen.

Terwijl de logopediebehandeling vroeger voorbehouden was aan kinderen met een IQ gelijk aan of hoger dan 86, wordt ze sinds 1 september terugbetaald voor alle

Quant à votre troisième question, des contacts ont déjà été pris avec les entités fédérées concernant la mise en place de ces bilans et de nouvelles discussions pourront encore avoir lieu. Il a été prévu de ne faire entrer cette mesure en vigueur qu'à partir du 1^{er} juillet 2025 afin de laisser du temps aux centres de revalidation ambulatoire pour se préparer et effectuer les ajustements nécessaires. Ces centres relèvent de la compétence des entités fédérées et la problématique des temps d'attente ne peut pas être solutionnée par le niveau de pouvoir fédéral.

En réponse à votre quatrième question, il a été décidé que ces bilans devaient être réalisés dans des centres CRA car l'expertise de ces centres en matière de prise en charge multidisciplinaire des personnes en situation de handicap est reconnue. Les logopèdes ne sont pas tous spécialisés en la matière. La coordination pluridisciplinaire des prestataires indépendants que vous mentionnez est par ailleurs complexe à mettre en œuvre et ne couvre pas l'aspect collaboratif présent dans les CRA.

Pour conclure, en général, il va de soi que le régime que nous avons décidé, mais aussi les différentes incompatibilités et conditions, pourront évoluer en fonction des avis qui seront émis en la matière et que les réflexions sur le sujet pourront donner lieu à des modifications. Cependant, il est évident que je ne peux pas anticiper sur ces évolutions.

Voilà, monsieur le président, ma réponse aux différentes questions.

kinderen. Aangezien die regelgeving op die datum in werking getreden is, is het aantal begunstigen nog niet bekend. De ziekenfondsen staan in voor de follow-up en zullen de gegevens aan het RIZIV bezorgen.

Er komen positieve reacties van de vakorganisaties van logopedisten, maar sommigen onder hen zullen een opleiding moeten volgen om patiënten met een mentale handicap te kunnen behandelen, omdat deze patiënten een andere therapeutische benadering nodig hebben.

Er werd contact opgenomen met de deelgebieden om de multidisciplinaire onderzoeken in te voeren, die vanaf 1 juli 2025 verplicht worden, om de (CAR's) de nodige tijd te geven om zich aan te passen. Aangezien de deelgebieden bevoegd zijn voor deze centra, kan het probleem van de wachttijden niet op federaal niveau worden opgelost. De CAR's worden erkend voor hun multidisciplinaire expertise op het vlak van handicap. De multidisciplinaire coördinatie van de zelfstandige zorgverleners is een complexe aangelegenheid en er wordt minder samengewerkt.

Het gekozen systeem kan nog gewijzigd worden op basis van de adviezen die uitgebracht worden, maar ik kan daar niet op vooruitlopen.

01.06 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse. Nous sommes confrontés à un nœud administratif ainsi qu'à un manque de volonté politique. Lorsque l'on connaît la nature de l'autisme, il est difficile pour les parents qui entendent votre réponse d'être renvoyés à une répartition de compétences entre Communautés et État fédéral. Dans la plupart des cas, un bilan pluridisciplinaire et un diagnostic d'autisme ne mènent pas les enfants à une prise en charge par un centre spécialisé. Ceux-ci sont même de plus en plus poussés à être pris en charge par l'enseignement traditionnel ordinaire, en tous les cas, en maternelle et en primaire. Et ce l'est à juste titre, puisque c'est par imitation et fréquentation du milieu ordinaire que les enfants autistes peuvent le plus facilement être soignés.

Donc, cette décision, quelle qu'en soit l'origine, incite les parents d'enfants autistes qui se trouvent dans l'enseignement ordinaire et traditionnel à ne pas être aidés par le système assurantiel et par la société.

01.06 François De Smet (DéFI): Deze administratieve knoop is ook te wijten aan een gebrek aan politieke wil. U kunt ouders van autistische kinderen toch niet louter op de bevoegdheidsverdeling wijzen! Multidisciplinaire onderzoeken en diagnoses van autisme leiden er steeds vaker toe dat kinderen in reguliere kleuter- en basisscholen worden opgevangen. Door deze beslissing kunnen die ouders dus geen hulp krijgen. Die situatie is niet houdbaar.

Cela ne va pas et cela ne peut plus durer.

01.07 Caroline Désir (PS): Merci, monsieur le ministre, pour vos réponses concernant plus spécifiquement l'étude menée par le KCE et l'implication des parties prenantes. J'ai bien noté que les conclusions sont attendues vers le printemps. Nous continuerons donc à suivre ce dossier qui est particulièrement important pour bon nombre de familles. Je rappelle que pour nous, à terme, ce critère devrait simplement disparaître. Mais j'entends évidemment qu'il faut quelques mois supplémentaires pour pouvoir mener l'évaluation à bien. Comme je l'ai indiqué dans ma question, nous devons avoir cet échange de vues en commission à ce moment-là. Nous interpellons à nouveau le gouvernement en temps opportun.

01.08 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, j'ai l'impression que vous vivez un peu en théorie, parce qu'en théorie, un enfant atteint d'autisme sera soigné dans un centre multidisciplinaire, et un enfant fréquentant l'enseignement spécialisé aura des soins logopédiques à l'école. Mais la réalité, monsieur le ministre, est différente et multiple. Oui, il y a des logopèdes dans les écoles spécialisées, qui parfois ne peuvent pas prendre en charge les enfants parce qu'il y en a trop. Il y a des enfants sur liste d'attente pour les centres multidisciplinaires, et pas qu'un peu. Que font-ils en attendant? Il y a peut-être un an d'attente pour être pris en charge. Un an sans logopédie pour ces enfants, c'est énorme et cela signifie une absence de soins.

Donc je crois qu'ici, on est face à la répartition des compétences dans notre pays, qui est très mal gérée, et à des ministres qui se renvoient la balle. Je suis désolée, monsieur le ministre, mais vous êtes ministre de tous les enfants. Oui, s'il n'y a pas suffisamment de places dans les centres multidisciplinaires et de revalidation, il faut que ces enfants puissent bénéficier de soins de logopédie. En tout cas, nous attendons les conclusions de l'étude du KCE, mais nous continuerons à être du côté des parents. En effet, je constate finalement qu'il n'y a pas de solution pour la plupart des enfants qui devraient bénéficier de ces soins de logopédie.

01.09 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, je ne vais pas répéter ce qui vient d'être dit parce que je suis assez en accord avec ce que viennent de dire mes collègues Mme Merckx, M. De Smet et Mme Désir. Je suis la maman d'un petit garçon extraordinaire; je suis donc complètement concernée par la situation. J'échange beaucoup avec les parents et je pense que l'on oublie quelque chose de très important. Sans le remboursement de l'INAMI, certains parents doivent choisir entre remplir leur frigo ou stimuler leur enfant; il ne faut vraiment pas oublier cela.

Sur le terrain, la situation n'est pas très claire. Les parents ne savent pas trop ce qui va se passer par rapport à ce fameux seuil de 70 de QI. Je veux rappeler que ce seuil va à l'encontre des conventions des Nations Unies relatives aux droits des personnes en situation de handicap et aux droits de l'enfant (article 19, droit à l'autonomie de vie et droit à l'inclusion dans la société).

01.07 Caroline Désir (PS): Ik noteer dat de conclusies van de KCE-studie in het voorjaar verwacht mogen worden. Dat IQ-criterium zou op termijn eenvoudigweg moeten verdwijnen. De evaluatie zal echter enkele maanden vergen. We zullen de regering daar te zijner tijd opnieuw vragen over stellen.

01.08 Sofie Merckx (PVDA-PTB): In uw ideale wereld wordt een kind met autisme in een multidisciplinair centrum behandeld en krijgt een kind dat buitengewoon onderwijs volgt daar de nodige logopedie. In het echte leven moeten vele kinderen vanwege een gebrek aan plaatsen echter soms een jaar wachten op zorg en zij ondervinden daar nadeel van.

U trekt uw paraplu open en verschuilt u achter de bevoegdheidsverdeling, maar u bent minister voor alle kinderen. Ook als er onvoldoende plaatsen in de multidisciplinaire centra en in de CAR's zijn, moeten die kinderen logopedische zorg kunnen krijgen. We wachten de conclusies van het KCE af, maar we blijven het voor de ouders opnemen, aangezien er geen oplossing is voor de meeste kinderen die dergelijke logopedische zorg zouden moeten krijgen.

01.09 Julie Taton (MR): Ik ben zelf mama van een buitengewone jongen en heb veel contacten met andere ouders. Zonder terugbetaling van de ziekteverzekering worden sommigen voor de keuze gesteld: eten kopen of hun kind stimuleren. De ouders wachten af wat er beslist zal worden met betrekking tot die IQ-drempel van 70, die in strijd is met de VN-verdragen inzake de rechten van personen met een handicap en de rechten van het kind, met name het recht op autonomie en inclusie.

Samen met vele gezinnen vraag ik

Je pense qu'il faut poursuivre et se serrer les coudes à ce niveau. Pour continuer la demande de 2019 de David Clarinval, je me joins à de nombreuses familles pour vous demander beaucoup plus de soutien, beaucoup moins d'obstacles, beaucoup plus de compréhension, moins d'exclusion et, surtout, beaucoup plus de douceur pour toutes ces familles.

Merci, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Je vous informe que M. le ministre sera présent avec nous jusque 15 h 45. N'hésitez pas à respecter les temps de parole afin que nous puissions traiter le maximum de questions.

02 **Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tegemoetkoming voor BAHA-hoortoestellen" (56000061C)**

02 **Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'intervention dans les appareils auditifs BAHA" (56000061C)**

02.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, twee jaar geleden hebben we samengewerkt aan een resolutie over de betaalbaarheid van hoorapparaten. In de discussie kwam duidelijk naar voren dat de prijs van hoorapparaten voor veel personen nog een te hoge drempel vormt.

Recent ving ik meerdere signalen op over de betaalbaarheid van BAHA's. Dat zijn botverankerde hoortoestellen. De terugbetaling voor dat soort hoortoestellen zou de kosten geenszins dekken. Men deelde mij mee dat de prijs tot 9.000 euro oploopt en dat ouders door de te lage terugbetaling zelf heel veel centen moeten ophoesten, waardoor slechthorende of dove kinderen vaak lang op hun hoorapparaat moeten wachten.

Horen is essentieel om deel te kunnen uitmaken van de samenleving en wij vinden dat we ook voor wie een BAHA-hoorapparaat gebruikt, bijzondere aandacht moeten hebben, zodat het voor hen betaalbaar blijft.

Bovendien rijst ook hier de problematiek van de 25 %-regel. Wie geen recht op een verhoogde tegemoetkoming heeft en een hoortoestel aankoopt bij een niet-geconventioneerd audioloog, krijgt 25 % minder terugbetaald. Maar patiënten of ouders van patiëntjes zijn vaak niet op de hoogte welke zorgverstrekkers geconventioneerd zijn en welke niet, met als gevolg dat ze met extra kosten worden geconfronteerd, terwijl ze enkel op zoek zijn naar hulp voor hun kinderen of zichzelf.

Mijnheer de minister, hoe ver staat het met de implementatie van de resolutie die we de vorige legislatuur hebben goedgekeurd. Hoe evalueert u de terugbetaling van BAHA-toestellen? Wat is de verhouding tussen de financiële tegemoetkoming en het eigen aandeel van de patiënt? Kunt u voorzien in een hogere terugbetaling? Is er een verschil op het vlak van terugbetaling voor minderjarige, enerzijds, en volwassen patiënten anderzijds?

02.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, in opvolging van die belangrijke resolutie zijn er al enkele maatregelen ge-

u – in navolging van wat David Clarinval in 2019 al deed – om meer steun, minder hinderpalen en minder uitsluiting, maar vooral meer mildheid voor al die gezinnen.

02.01 **Nawal Farih** (cd&v): Le prix des appareils auditifs est encore bien trop élevé pour de nombreuses personnes. Le remboursement d'implants à ancrage osseux ou BAHA (*Bone Anchored Hearing Aid*) serait loin de couvrir le prix d'achat, qui peut atteindre les 9 000 euros. En outre, les personnes qui n'ont pas droit à une intervention majorée et qui achètent un appareil chez un audiologue non conventionné obtiennent un remboursement 25 % moins élevé. Or, les patients ne savent généralement pas qui est conventionné ou non.

Où en est la mise en œuvre de notre résolution sur l'abordabilité des appareils auditifs? Comment évaluez-vous le remboursement des implants à ancrage osseux? Que représente le montant du remboursement par rapport à la part du patient? Comment augmenter le remboursement? Une différence existe-t-elle entre le remboursement pour les patients mineurs et le remboursement pour les patients majeurs?

02.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Des mesures ont déjà été prises pour améliorer l'accessibilité

nomen die de toegankelijkheid tot de hoorzorg verbeteren. In november 2022 werd de terugbetaling toegestaan voor een contralaterale toerusting bij patiënten die in eerste instantie, vanwege tijdelijke medische redenen, bijvoorbeeld een oorontsteking, alleen een monofonisch toestel verstrekt kregen, terwijl ze wel voldeden aan de drempelcriteria op het vlak van gehoorverlies aan beide oren.

Ook werd de informatiecampagne *Gehoerverlies is nooit normaal* gelanceerd, om gehoorverlies bespreekbaarder te maken bij de huisarts en een betere doorverwijzing te krijgen. De Overeenkomstencommissie wil die campagne opvolgen.

Wij hebben op 1 juni de decibeldrempel om in aanmerking te komen voor terugbetaling van een hoortoestel verlaagd van 40 decibel naar 35.

De Overeenkomstencommissie nam tevens het initiatief om de terugbetaling mogelijk te maken van een voortijdige hernieuwing van een klassiek hoortoestel aan het ene oor als de rechthebbende een cochleair implantaat verstrekt gekregen heeft aan het andere oor. Wij zetten de laatste stappen om dat te kunnen publiceren in de vorm van een besluit.

Er liggen momenteel geen concrete plannen voor in de Overeenkomstencommissie om de terugbetaling van toestellen met botverankerde beengeleiding, waartoe de BAHA behoort, te verhogen. Wel is het zo dat op 1 april 2021 de verhoogde terugbetaling, die van toepassing is sinds 1 februari 2019, ook mogelijk is gemaakt voor kinderen jonger dan 7 jaar, van wie het bot dus nog niet voldoende ontwikkeld is voor niet-botverankerde beengeleiding met *soft band* of *head band*.

Verder kan ik nog meegeven, inspelend op de opmerking over de conventioneerings, dat het merendeel van de Belgische audiciens gelukkig wel degelijk geconventioneerd is.

Mevrouw Farih, ik heb heel wat gegevens verzameld over de terugbetaling van BAHA-toestellen. Ik stel voor dat mijn medewerkster u mijn volledige antwoord geeft, met alles erop en eraan, en dat ik er nu een beetje sneller over ga.

De gemiddelde kostprijs van een BAHA-toestel bestaat uit drie elementen. Er is de terugbetaling, die het RIZIV voorziet. Er is het remgeld ten laste van de rechthebbende en er zijn de supplementen die worden aangerekend aan de rechthebbende en die ten laste van de rechthebbende zijn. Men moet dan kijken naar de terugbetaling van het RIZIV in verhouding tot de gemiddelde totale kosten. Ik heb dat in een aantal tabellen gegoten.

Een BAHA-toestel kost gemiddeld 3.979 euro voor een monofonische toerusting, dus één oor, 7.346 euro voor een stereofonische toerusting, aan de twee oren. Bij de monofonische toerusting komt het RIZIV tussen voor 30,7 % van de totale kostprijs. Voor de stereofonische toerusting bedraagt die tussenkomst 31,9 % van de totale kostprijs. U vindt meer details in het schriftelijke antwoord.

Als we dit vergelijken met de gemiddelde terugbetaling van alle types hoortoestellen, dan stellen we vast dat het RIZIV voor een monofonisch BAHA-toestel voor gemiddeld 1.220 euro tussenkomt, tegenover een

des soins. En novembre 2022, le remboursement d'appareils contralatéraux a été autorisé pour les patients qui n'ont reçu en premier lieu qu'un appareillage monophonique alors qu'ils satisfaisaient aux critères seuils applicables à la perte d'audition touchant les deux oreilles. La campagne "Une perte auditive n'est jamais normale" a également été lancée afin d'inciter les patients à en parler plus facilement à leur médecin traitant. Le 1^{er} juin, nous avons baissé le seuil pour le remboursement des appareils auditifs de 40 à 35 décibels. La Commission des conventions permettra également le remboursement du remplacement anticipé d'un appareil auditif classique à une oreille si le patient a reçu un implant cochléaire pour l'autre oreille.

Actuellement, il n'existe pas de projet concret visant à augmenter le remboursement des appareils à conduction osseuse avec ancrage osseux. Cependant, le remboursement majoré pour les appareils à conduction osseuse sans ancrage osseux, qui est d'application depuis le 1^{er} février 2019, l'est également depuis le 1^{er} avril 2021 pour les enfants de moins de 7 ans. Du reste, la plupart des audiologues belges sont conventionnés.

Le prix moyen d'un implant à ancrage osseux est constitué du remboursement de l'INAMI, du ticket modérateur et des suppléments à charge du bénéficiaire. Un implant à ancrage osseux coûte en moyenne 3 979 euros pour un appareillage monophonique et 7 346 euros pour un appareillage stéréophonique. L'intervention de l'INAMI s'élève respectivement à 30,7 % et à 31,9 % du prix d'achat. Ainsi, l'INAMI paie en moyenne 1 220 euros pour un implant à ancrage osseux monophonique, contre 722 euros en moyenne pour l'ensemble des appareils auditifs.

De même, pour les appareils stéréophoniques, le remboursement

gemiddelde van 722 euro voor alle hoortoestellen. Ook voor de stereofonische toestellen ligt de terugbetaling voor een BAHA-toestel toch een stuk hoger.

De hoge kostprijs van een BAHA-toestel kan ook niet worden verklaard door het remgeld ten laste van de patiënt, wel door de supplementen die door de zorgverstrekker worden aangerekend. Voor een BAHA-toestel rekent de zorgverstrekker gemiddeld meer dan dubbel zoveel supplementen aan dan voor een doorsnee hoortoestel. U vindt de gegevens ook in mijn antwoord.

U vroeg ook of er belangrijke verschillen zijn tussen de prijs voor minderjarigen en volwassenen of tussen personen met een verhoogde tegemoetkoming en personen zonder verhoogde tegemoetkoming. Die zijn er inderdaad. De gemiddelde kostprijs voor een minderjarige voor een monofonische toerusting is 3.375 euro, voor een meerderjarige is dat 4.132 euro. Ook voor een stereofonische toerusting is er een belangrijk verschil. Eigenlijk kan men zeggen dat de terugbetaling door het RIZIV zowat 50 % bedraagt van de totale kostprijs voor minderjarigen en 25 % voor meerderjarigen. Een van de factoren die dat verklaren, is het feit dat minderjarigen geen remgeld moeten betalen.

Ik heb jammer genoeg geen gegevens die toelaten een vergelijking te maken tussen personen met een verhoogde tegemoetkoming en personen zonder verhoogde tegemoetkoming. Ik stel voor dat ik u mijn volledige antwoord bezorg, zodat u alle gegevens hebt.

02.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het is voor ons interessant om al die gegevens te krijgen. Ik heb twee gezinnen ontmoet waarvan een kind nood heeft aan een botverankerd hoortoestel. Aangezien de terugbetaling ongeveer 30 % bedraagt, betekent het dat zij zelf nog altijd 5.000 euro moeten ophoesten. Dat is een heel hoog bedrag, zeker voor gezinnen in een financieel kwetsbare situatie. We moeten hier dus over nadenken.

We hebben in de resolutie de klemtoon gelegd op reguliere hoorapparaten voor oudere doelgroepen, maar het zou goed zijn mochten we onze vragen kunnen verruimen tot al wie nood heeft aan betere geluidskwaliteit om aan de samenleving te kunnen participeren.

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

03 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'orthopédagogie clinique" (56000076C)

03 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Klinische orthopedagogiek" (56000076C)

03.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, les psychologues et orthopédagogues cliniciens sont des prestataires essentiels de notre système de santé. Les problèmes de santé mentale tout comme les troubles du développement et de l'apprentissage doivent pouvoir être détectés et pris en charge rapidement et par des professionnels compétents. Je pense notamment aux orthopédagogues qui sont devenus des maillons importants notamment au sein des pôles territoriaux qui ont été mis en place en Fédération Wallonie-

d'un appareil BAHA est nettement plus élevé. Le coût élevé d'un appareil BAHA s'explique par le fait que le prestataire de soins facture plus du double de suppléments que pour un appareil auditif moyen.

Le coût moyen d'un appareillage monophonique est de 3 375 euros pour une personne mineure et de 4 132 euros pour une personne majeure. Il existe également une grande différence pour un appareillage stéréophonique. En réalité, l'on peut établir que le remboursement effectué par l'INAMI s'élève à environ 50 % pour les mineurs et à 25 % pour les majeurs, notamment parce que les mineurs ne doivent pas payer de ticket modérateur.

Je ne dispose pas de données permettant de procéder à une comparaison entre les personnes bénéficiant ou non d'une intervention majorée.

02.03 Nawal Farih (cd&v): Le montant restant à charge du patient pour ces appareils reste élevé, surtout pour les personnes financièrement vulnérables. Nous devons mener une réflexion à ce sujet.

03.01 Caroline Désir (PS): Klinisch psychologen en orthopedagogen zijn cruciale practitioners in ons gezondheidssysteem. In de territoriale pools van de Franse Gemeenschap ondersteunen zij de scholen bij het doorvoeren van re-

Bruxelles pour soutenir les écoles de l'enseignement ordinaire dans la mise en œuvre des aménagements raisonnables et de l'intégration des enfants à besoins spécifiques.

Nous le savons, la formation pratique de ces professionnels par une expérience supervisée est cruciale pour garantir une prise en charge de qualité auprès de la population. Il y a quelques mois, en raison d'un manque de places de stage, un nouveau report de stage de deux ans a été décidé. Deux années qui devront être mises à profit pour trouver des solutions à la problématique.

Monsieur le ministre, pouvez-vous m'indiquer quelles actions ont déjà été prises dans le cadre de la feuille de route élaborée il y a quelques mois? Quelles sont les mesures qui devront encore voir le jour? Quelles sont les perspectives en termes de création de places?

Par ailleurs, selon l'article 68/2, § 2 de la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS), l'agrément en orthopédagogie clinique ne peut être accordé qu'au porteur d'un diplôme universitaire dans le domaine de l'orthopédagogie clinique. Sont toutefois assimilées les personnes porteuses d'un diplôme universitaire dans le domaine des sciences de l'éducation ou de l'orthopédagogie délivré avant le 1^{er} septembre 2016 et pouvant justifier d'une expérience professionnelle de minimum trois ans dans le domaine de l'orthopédagogie clinique. Il semblerait toutefois que cela pose des difficultés en Fédération Wallonie-Bruxelles, où la plupart des professionnels ayant une expérience dans le domaine disposent d'un diplôme en sciences psychologiques. Ces diplômes pourraient-ils, à l'avenir, également faire l'objet d'une assimilation dans le cadre de la loi LEPSS?

Enfin, un des éléments semblant freiner l'ouverture de places de stage semble être la rémunération des stagiaires, actuellement à charge du service de stage, ce qui serait difficile voire impossible à assumer pour de petites structures. Des mesures sont-elles envisagées dans ce cadre?

delijke aanpassingen en de integratie van kinderen met specifieke noden.

Het is van essentieel belang dat die zorgverstrekkers een praktische opleiding met een stage krijgen. Enkele maanden geleden werd de stage nogmaals met twee jaar uitgesteld bij gebrek aan stageplekken.

Welke initiatieven werden er genomen? Welke maatregelen zijn er aan de orde? Wat zijn de vooruitzichten op het gebied van nieuwe stageplekken?

Op grond van artikel 68/2, § 2 van de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG) kan de erkenning in de klinische orthopedagogiek enkel worden verleend aan de houder van een diploma van het universitair onderwijs in het domein van de klinische orthopedagogiek. Worden gelijkgesteld, de personen die houder zijn van een universitair diploma in het domein van de pedagogische wetenschappen of orthopedagogiek dat vóór 1 september 2016 werd uitgereikt en die een beroepservaring van minimum drie jaar in het domein van de klinische orthopedagogiek kunnen aantonen.

Naar verluidt levert dat problemen op in de Franse Gemeenschap, waar de meeste practitioners met ervaring in het domein een diploma in de psychologische wetenschappen hebben. Kunnen dergelijke diploma's gelijkgesteld worden in het kader van de WUG?

Een van de aspecten die een rem lijken te zetten op de terbeschikkingstelling van stageplekken is de bezoldiging van de stagiairs, die vooralsnog ten laste komt van de dienst waar ze stage lopen, wat niet eenvoudig is voor kleine instellingen. Worden er maatregelen overwogen om dat probleem te verhelpen?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Les différentes étapes décrites dans la feuille de route ont été mises en œuvre. Nous avons fait des changements dans l'arrêté royal du 26 avril 2019 fixant les critères d'agrément des orthopédagogues cliniciens.

Les critères des maîtres de stage ainsi que des services de stage ont été assouplis. Des simplifications ont également été apportées à l'arrêté ministériel du 28 février 2020 fixant les conditions et les règles de procédure pour la demande d'agrément, de renouvellement de l'agrément et de retrait de l'agrément en qualité de maître de stage et service de stage en orthopédagogie clinique. Ceci permet de faciliter les démarches de demande d'agrément des maîtres de stage et des services de stage. Le formulaire de demande d'agrément en tant que maître de stage a également été adapté aux nouveaux critères.

Conformément à la feuille de route, une indemnité pédagogique est prévue pour les maîtres de stage. L'arrêté royal fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage de candidats psychologues cliniciens et des maîtres de stage de candidats orthopédagogues cliniciens est en voie de publication au *Moniteur belge*. Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2026, lorsque les premiers stages commenceront. L'indemnité sera versée par l'INAMI.

Le stage aura lieu sous la forme d'une pratique professionnelle supervisée. Dans le cadre d'un premier emploi, la réglementation prévoit que celui-ci se poursuit dans un service de stage agréé où les candidats psychologues cliniciens ou orthopédagogues cliniciens sont rémunérés selon les barèmes en usage dans ce lieu. Une convention de stage est conclue entre le candidat, le service de stage et le maître de stage. Les candidats psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens pourront exercer tout ou partie de leur pratique professionnelle supervisée dans le cadre de la convention de soins psychologiques primaires. La convention de soins psychologiques primaires ou de première ligne prévoira un budget spécifique pour l'indemnisation des stagiaires.

En ce qui concerne l'octroi du visa d'orthopédagoclinicien, l'article 68/2 de la LEPSS (loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé) dispose: "L'agrément en orthopédagogie clinique ne peut être accordé qu'au porteur d'un diplôme d'enseignement universitaire dans le domaine de l'orthopédagogie clinique, sanctionnant une formation qui, dans le cadre d'un enseignement de plein exercice, compte au moins cinq années d'études ou 300 crédits ECTS, en ce compris un stage dans le domaine de l'orthopédagogie clinique". Voilà ma réponse.

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: De in de routekaart omschreven fases werden ten uitvoer gebracht. We hebben wijzigingen aangebracht aan het koninklijk besluit van 26 april 2019 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van klinisch orthopédagogues.

De criteria inzake de stagemeesters en de stagediensten werden versoepeld. Ook werd het ministerieel besluit van 28 februari 2020 tot vaststelling van de voorwaarden en procedureregels voor de aanvraag tot erkenning, tot hernieuwing van erkenning en tot intrekking van erkenning als stagemeester en stagedienst in de klinische orthopédagogie vereenvoudigd. Het aanvraagformulier voor een erkenning als stagemeester werd eveneens aangepast.

Voor de stagemeesters wordt er in een pedagogische vergoeding voorzien. Het desbetreffende koninklijk besluit zal op 1 januari 2026 in werking treden. De vergoeding zal door het RIZIV uitbetaald worden.

De stage zal de vorm aannemen van een gesuperviseerde professionele praktijk in een erkende stagedienst, waar de kandidaten vergoed worden volgens de loonschalen die in die dienst van toepassing zijn.

De kandidaat-klinisch psychologen en kandidaat-klinisch orthopédagogues zullen hun gesuperviseerde professionele praktijk geheel of gedeeltelijk kunnen verrichten in het kader van de overeenkomst inzake eerstelijns psychologische zorg. In die overeenkomst zal er een specifiek budget gealloceerd worden voor de vergoeding van de stagiaires.

Wat de toekenning van het visum van klinisch orthopédagoog betreft, staat er in artikel 68/2 van de WUG: "De erkenning in de klinische orthopédagogiek kan enkel worden verleend aan de houder

van een diploma van het universitair onderwijs in het domein van de klinische orthopedagogiek, behaald ter afsluiting van een opleiding, die in het kader van het voltijds onderwijs minstens vijf jaar studie of 300 ECTS-studiepunten telt, een stage in het domein van de klinische orthopedagogiek inbegrepen".

03.03 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, j'ai bien pris note des différents assouplissements sur les critères concernant les maîtres de stage, et sur l'indemnité qui est prévue dans le cadre du stage.

Concernant votre dernière réponse, je reste néanmoins quelque peu sur ma faim, car je vous faisais part d'une difficulté précise relayée par les orthopédagogues francophones qui en général ont suivi des études en sciences psychologiques. Si on suit les critères de l'article de la loi LEPS que vous m'avez relu, ils ne sont pas retenus. Donc, nous avons, ici, du côté francophone, une véritable difficulté si les diplômes en sciences psychologiques ne peuvent pas faire l'objet d'une assimilation dans le cadre de cette loi. Je vous redemande donc simplement si vous pouvez vous pencher sur cette difficulté qui semble toucher spécifiquement la profession du côté francophone.

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

04 Question de Patrick Prévot à Alexia Bertrand (Budget et Protection des consommateurs) sur "La présence de confiseries ciblant les enfants aux caisses des supermarchés" (56000166C)

04 Vraag van Patrick Prévot aan Alexia Bertrand (Begroting en Consumentenbescherming) over "Snoepgoed voor kinderen aan de kassa's van supermarkten" (56000166C)

04.01 Patrick Prévot (PS): *L'association française de défense des consommateurs UFC-Que Choisir déplore le retour des confiseries aux caisses des supermarchés. « Retour » car ces aliments très majoritairement gras ou sucrés avec un Nutri-Score très bas (D, voire E) avaient un temps disparu des caisses, sur base volontaire des supermarchés qui préféraient cette voie plutôt que la réglementation contraignante.*

Ce qui s'observe en France vaut également pour la Belgique: une récente étude publiée dans la revue BMC s'est intéressée à 55 supermarchés des chaînes Colruyt, Carrefour, Delhaize, Lidl et Aldi, répartis sur 16 communes.

Leur conclusion est claire: les consommateurs sont incités à acheter ces produits mauvais pour la santé. C'est aux caisses qu'on retrouve le plus de « malbouffe »: la proportion d'aliments ultra-transformés atteint 97,5%, avec un ciblage envers les enfants qui ne peuvent pas être considérés comme des consommateurs éclairés.

Les supermarchés profitent de l'attente aux caisses pour créer une zone de marketing agressif, une concentration de confiseries colorées attractives pour les enfants qui, si elles n'étaient proposés qu'en rayons, pourraient être évités par les parents. Les marques et les enseignes ont un gain mutuel à ce que ces produits malsains se trouvent aux caisses.

04.01 Patrick Prévot (PS): *De Franse consumentenorganisatie UFC-Que Choisir betreurt dat er opnieuw snoepgoed opduikt aan de kassa's van supermarkten, waar het nochtans een tijdlang verdwenen was, omdat supermarkten het liever vrijwillig wegnamen dan een dwingende regelgeving voor lief te moeten nemen.*

In het tijdschrift BMC werd een studie gepubliceerd waarin 55 Belgische vestigingen van Colruyt, Carrefour, Delhaize, Lidl en Aldi onder de loep genomen werden. Uit dat onderzoek bleek dat consumenten, vooral aan de kassa, gestimuleerd worden om dergelijke ongezonde producten aan te schaffen. Daar is sprake van 97,5 % ultrabewerkte voedingsmiddelen, met kinderen als doelgroep. Als dat snoepgoed

Pourrions-nous avoir votre retour sur les conclusions de cette étude menée par des chercheurs flamands et publiée dans la revue BMC?

Quelle est votre position quant à un retrait des aliments ultra-transformés avec un Nutri-Score très bas et ciblant les enfants qui se situent aux caisses des supermarchés?

alleen in de winkelrekken verkrijgbaar zou zijn, zou het voor ouders makkelijker zijn om ze niet in de kar te gooien. Zowel de merken als de supermarkten hebben er echter baat bij dat de producten in kwestie aan de kassa te koop worden aangeboden.

Wat zijn de conclusies van dit onderzoek? Wat zou u ervan vinden als ultrabewerkte voedingsmiddelen voor kinderen, die bovendien een zeer lage nutriscore hebben, geweerd worden aan de kassa's van supermarkten?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je pense que la présence de produits alimentaires riches en sucre, en graisses et en sel aux abords des caisses des supermarchés ne contribue pas à un environnement alimentaire sain pour la population. C'est pourquoi nous nous référons directement aux engagements de la grande distribution, soit Comeos, dans le Nutri-pact cosigné avec la Fédération des entreprises alimentaires belges Fevia, dans lequel la grande distribution s'engage à mieux accompagner les consommateurs par le biais du *nudging*, qui consiste à donner un coup de pouce dans la bonne direction. Dans ce cas-ci, il s'agit donc de diriger ce coup de pouce vers des choix alimentaires plus sains. Il apparaît qu'il serait nécessaire de mieux orienter (*nudger*) les consommateurs aux caisses en offrant des options saines et équilibrées plutôt que riches en sucre, en graisses saturées et en sel. Dans le cadre actuel, nous ne pouvons qu'espérer que le secteur va prendre ses responsabilités par rapport à ses propres engagements et que la situation va s'améliorer.

Cependant, je reconnais que l'autorégulation ne suffit pas. La création d'un cadre réglementaire pour la promotion et le placement des produits malsains dans le commerce me semble être essentielle. Ce sera toutefois au prochain gouvernement de prendre les actions nécessaires à ce niveau.

Ensuite, je peux vous dire que mon administration est particulièrement attentive à la situation de notre environnement alimentaire, que ce soit au niveau des supermarchés, ou dans le cadre du marketing alimentaire au sens large. Votre proposition de retrait des aliments ultratransformés, avec un nutriscore très bas, me semble également une bonne idée. Cependant, afin que cela soit efficace, il faudra d'abord rendre le nutriscore obligatoire, ce qui n'est pas possible sans une réglementation au niveau de l'Union européenne. Malheureusement, ceci est devenu un débat très compliqué au niveau européen, l'industrie agroalimentaire ayant beaucoup trop d'impact sur ces questions de santé publique. C'est donc un combat qui, pour moi, continue.

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: De aanwezigheid van suiker-, vet- en zoutrijke voedingsmiddelen aan de kassa's van supermarkten draagt niet bij tot een gezonde voedselomgeving voor de bevolking.

In het Nutri-Pact dat de federatie van de voedingsindustrie (Fevia) en de federatie van de distributie (Comeos) ondertekenden, verbindt Comeos zich ertoe consumenten te helpen gezondere keuzes te maken door hen door middel van nudging een duwtje in de goede richting te geven.

Aan de kassa's zouden gezondere en evenwichtiger keuzes moeten worden aangeboden. In het huidige kader kunnen we enkel maar hopen dat de sector zijn verantwoordelijkheid opneemt met betrekking tot de verbintenissen die hij zelf is aangegaan. Zelfregulering volstaat niet. Het lijkt me daarom van essentieel belang om een regelgevend kader in te voeren. De volgende regering zal daartoe de nodige actie moeten ondernemen.

Mijn administratie is alert op de situatie van onze voedselomgeving. Het lijkt me geen goed idee om ultrabewerkte voedingsmiddelen met een erg lage nutriscore uit de handel te nemen, maar de nutriscore moet in de eerste plaats verplicht gemaakt worden en daarvoor is er Europese regelgeving

04.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Pour traiter de ces questions régulièrement avec la grande distribution et dans d'autres commissions, notamment celle de l'Économie et de la Protection du consommateur, je ne vous cache pas que devoir faire confiance uniquement aux engagements de la grande distribution me fait peur. J'ai perdu foi en eux depuis bien longtemps. L'autorégulation et, en particulier celle pratiquée par la grande distribution, ne fonctionnera pas. Je vous entends et je partage votre sentiment: il faut un cadre réglementaire et j'espère que le prochain gouvernement pourra s'y atteler.

En ce qui nous concerne, si le gouvernement n'a pas la bonne idée de légiférer en la matière, il pourra toujours s'appuyer sur un de nos textes, puisque nous en déposerons un à ce sujet qui tentera d'être beaucoup plus contraignant. L'autorégulation de la grande distribution, je n'y crois pas!

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

05 Samengevoegde vragen van

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het RSV-medicijn Beyfortus" (56000196C)**

- **Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de RSV-inenting bij baby's" (56000225C)**

05 Questions jointes de

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Beyfortus, médicament préventif contre le virus respiratoire syncytial (VRS)" (56000196C)**

- **Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du vaccin contre le VRS pour les bébés" (56000225C)**

05.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, het RSV-medicijn Beyfortus wordt sinds 1 juni 2024 terugbetaald voor baby's. Zonder terugbetaling kost Beyfortus 747,44 euro. Het middel werkt preventief en moet worden toegediend voor het begin van het RSV-seizoen, dus van oktober tot en met maart, waarna het kind 5 maanden lang beschermd is.

Op uw website lezen we dat het de arts is die dit medicijn voorschrijft en dat ouders bij de apotheek enkel het remgeld moeten betalen. Verder staat er dat het de bedoeling is dat bevoegden, zoals huisartsen, de spuit plaatsen. We lezen op VRT NWS dat wie zijn baby wil inenten een afspraak moet maken bij de kinderarts of de huisarts die mee instapt in de uitrol van het medicijn. Sommige ziekenhuizen nodigen ouders van pasgeborenen ook uit om dit in het ziekenhuis te laten doen. De campagne is gestart op 1 oktober.

Mijnheer de minister, we lezen op VRT NWS dat ouders wier baby in aanmerking komt wellicht een seintje van de huisarts krijgen of een brief van het ziekenhuis waar het kind werd geboren. Is de tweede lijn volgens u een geschikte plaats voor de uitrol van deze campagne?

nodig. Helaas heeft de voedingsmiddelenindustrie veel te veel invloed op dergelijke volksgezondheidskwesties.

04.03 Patrick Prévot (PS): Auto-regulering door de supermarkten zal niet werken. Er is een regelgevend kader nodig.

Als de regering zelf niet op het goede idee komt om wetgeving ter zake op te stellen, kan ze zich altijd baseren op een van onze teksten, want wij zullen een tekst indienen waarin er meer voorwaarden gesteld worden.

05.01 Dominiek Sneppe (VB): Le 1er octobre, une campagne visant à protéger les bébés et les nourissons contre le VRS à l'aide du Beyfortus a débuté. Ce produit est remboursé depuis le 1^{er} juin 2024. Selon VRT NWS, les parents sont invités à cet effet par l'intermédiaire des médecins généralistes ou par un courrier de l'hôpital de naissance de l'enfant.

Le déploiement de cette campagne par le biais de la deuxième ligne est-il adéquat? Quel rôle les médecins généralistes sont-ils appelés à jouer? Les hôpitaux ont déjà débuté la vaccination, alors que le vaccin ne devrait être disponible en

Nemen niet alle huisartsen deel aan de campagne? Hoe moeten we de rol van de huisartsen hierin zien?

De campagne startte op 1 oktober en op die dag moest het vaccin beschikbaar zijn. We hoorden echter dat het voor officina-apotheken pas beschikbaar zou zijn vanaf 15 oktober. Ondertussen zetten ziekenhuizen wel al vaccinatiedagen op. Beschikken zij dan eerder over vaccins? Vanwaar de discrepantie tussen de start van de campagne op 1 oktober en de beschikbaarheid voor de eerste lijn vanaf 15 oktober?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, als antwoord op uw eerste twee vragen zijn er twee groepen van baby's die in aanmerking komen voor immunisatie met Beyfortus. Baby's geboren na 31 maart kunnen het medicijn vergoed krijgen voor aanvragen voor het volgende RSV-seizoen. Dat is de catch-up-immunisatie. Baby's geboren tijdens het volgende RSV-seizoen kunnen Beyfortus vergoed krijgen zo snel mogelijk na de geboorte om ze te beschermen tegen ernstige RSV.

De communicatie daarover, de uitnodigingen en dergelijke werden voorbereid in een taskforce samengesteld uit Domus Medica en de pediaters. Voor de catch-up-immunisatie werken de eerste en de tweede lijn complementair samen. Ouders kunnen via beide kanalen op de hoogte worden gebracht van dit aanbod.

De campagne is nog maar net gestart, daardoor is het op dit moment niet duidelijk wat het aandeel baby's is dat het product voor de catch-up-indicatie kreeg via de eerste lijn en hoeveel via de tweede lijn. Het percentage huisartsen dat actief deelneemt, is ook nog niet gekend. De eerste lijn kan voor de catch-up zeker een belangrijke rol spelen.

Voor baby's die geboren worden tijdens het RSV-seizoen 2024-2025 tracht men de immunisatie zoveel mogelijk toe te passen tijdens het verblijf op de materniteit, waar een belangrijke rol is weggelegd voor de pediaters.

Ik kom tot uw derde vraag. Voor de catch-up-baby's moet Beyfortus worden toegediend voor de start van het RSV-seizoen. De firma Sanofi had echter leveringsproblemen voor het product op de Belgische markt. Op 5 september werd het FAGG door de firma Sanofi Belgium geïnformeerd over de tijdelijke onbeschikbaarheid van het geneesmiddel Beyfortus 50 mg, een injectieoplossing met een voorgevulde spuit. Die tijdelijke onbeschikbaarheid zou duren van 5 september tot 15 oktober.

Op 6 september werd er een verzoek ingediend door Sanofi Belgium voor een derogatie van buitenlandse verpakkingen, die aanvankelijk voor de Franse markt bestemd waren. Die aanvraag werd op 11 september goedgekeurd door het FAGG. Het FAGG werd bovendien op 29 september geïnformeerd over een kortdurende onbeschikbaarheid van 30 september tot 6 oktober van het geneesmiddel Beyfortus 100 mg injectieoplossing met voorgevulde spuit van 1 ml. Op 30 september heeft het FAGG daarom een bijkomende derogatie goedgekeurd van Beyfortus 100 mg injectieoplossing met voorgevulde spuit van 1 ml, die aanvankelijk voor de Franse markt bestemd was.

Doordat er in oktober maar beperkte hoeveelheden beschikbaar kwamen voor de Belgische markt, werden in de eerste week van oktober

pharmacie qu'à partir du 15 octobre. Pourquoi la campagne a-t-elle malgré tout débuté le 1^{er} octobre?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Deux groupes de bébés peuvent entrer en ligne de compte pour une immunisation par injection de Beyfortus: pour les bébés nés après le 31 mars, le médicament est remboursé pour la prochaine saison de VRS; pour les bébés nés pendant la saison de VRS, l'injection remboursée a lieu le plus rapidement possible après la naissance. La communication et les invitations ont été préparées au sein d'une *task force* composée de représentants de Domus Medica et des pédiatres.

Pour les bébés nés après le 31 mars, la première et la deuxième ligne coopèrent et les parents peuvent être informés par les deux canaux. Étant donné que la campagne vient seulement de commencer, je ne suis pas encore en mesure d'indiquer combien de bébés ont été aidés par le biais de la première ou de la deuxième ligne. On ne sait pas encore non plus, à ce stade, combien de médecins généralistes participent activement à la campagne. S'agissant des bébés dont la naissance intervient pendant la saison de VRS 2024-2025, l'objectif est de les immuniser autant que possible pendant leur séjour à la maternité. Les pédiatres ont un rôle important à jouer à cet égard.

Le 5 septembre dernier, la firme Sanofi a fait savoir à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) que le médicament Beyfortus 50 mg serait indisponible jusqu'au 15 octobre. Le Beyfortus 100 mg serait également temporairement indisponible.

alle ziekenhuisapotheken eerst beleverd. Pas vanaf de tweede week van oktober werd het product bestelbaar voor de officina's. Op dit moment zouden er geen leveringsproblemen meer zijn.

Voor de officina's bestellen de groothandels Beyfortus alleen wanneer ze een reservering ontvangen van een officina-apotheek. Er is geen beschikbare voorraad bij de groothandel, vanwege de hoge vraag en de prijs, waardoor men geen voorraad wil aanleggen.

Officina-apotheken plaatsen alleen een bestelling als ze in het bezit zijn van een voorschrift en een goedkeuring tot terugbetaling. De groothandels kunnen dagelijks bestellingen plaatsen, in plaats van wekelijks zoals bij andere producten. Daags na de bestelling wordt het product geleverd in de groothandel.

C'est pourquoi l'AFMPS a approuvé des dérogations pour des emballages étrangers initialement destinés au marché français.

De ce fait, le médicament n'était disponible qu'en quantités restreintes pour le marché belge. Seules les pharmacies hospitalières ont donc été approvisionnées durant la première semaine d'octobre. À partir de la deuxième semaine, les officines ont, elles aussi, pu commander le produit. Les problèmes de livraison sont à présent résolus.

En raison du prix élevé et de la forte demande, les grossistes ne constituent pas de stocks de Beyfortus, mais à la demande des officines, ils peuvent passer des commandes quotidiennement. Les pharmacies ne commandent que si elles disposent d'une prescription et d'une autorisation de remboursement.

05.03 Dominiek Sneppe (VB): Dank voor uw uitgebreide antwoord, mijnheer de minister. In het begin was het blijkbaar toch een soepje, maar ik ben blij dat er een mouw aan gepast is. Het FAGG heeft goed gewerkt, zodat de vaccins toch op tijd bij de ziekenhuizen en later ook bij de officina-apotheken geleverd zijn.

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

06 Samengevoegde vragen van

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Fentanyl" (56000198C)**

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Fentanyl" (56000271C)**

06 Questions jointes de

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fentanyl" (56000198C)**

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fentanyl" (56000271C)**

06.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, fentanyl is een stof met een werking analoog aan die van morfine. Het werkt echter vele malen sterker dan morfine. Het wordt in de geneeskunde toegepast als een sterkwerkende pijnstiller tijdens operaties, waarvan de effecten redelijk kort aanhouden en waarvan de werking zo nodig snel kan worden opgeheven door toediening van een tegengemiddel. Het middel werd in 1960 gericht gesynthetiseerd door Paul Janssen. Het is dus een Belgische uitvinding.

Sinds 2006 neemt in de VS het misbruik van fentanyl in diverse vormen

06.01 Dominiek Sneppe (VB): Depuis 2006, l'usage abusif du fentanyl aux États-Unis est en augmentation. A-t-on également déjà enregistré des victimes du fentanyl dans nos hôpitaux? Les hôpitaux disposent-ils d'un protocole pour leur traitement? Lors d'un décès lié à la drogue, examine-t-on quelle drogue a entraîné la mort? Quelle

toe. Voorlopige gegevens laten zien dat fentanyl de oorzaak was van een groot deel van de naar schatting 59.000 tot 65.000 druggerelateerde sterfgevallen in het jaar 2016 in de VS. Dat zijn er dus 12 per dag. Fentanyl wordt steeds meer gebruikt voor het versnijden van heroïne. Als de fentanyl niet goed door de heroïne verspreid wordt, treden dodelijke hotspots met fentanyl op. Fentanyl, dat versneden ofwel direct op de zwarte markt verkocht wordt, komt deels uit legale farmaceutische en deels uit illegale productie. Een fenomeen dat in de VS vastgesteld wordt, krijgt ongeveer tien jaar later in West-Europa voet aan wal. Waarschijnlijk is die periode intussen al korter, gelet op het overaanbod aan communicatiemiddelen.

Zijn er in onze ziekenhuizen al fentanylslachtoffers geregistreerd? Zo ja, hoeveel? Hebben de ziekenhuizen een protocol voor de behandeling van dergelijke slachtoffers? Wordt bij een drugsdode nagegaan welke drugs tot de dood leidden? Hoe groot schat u het probleem in België in?

Personen die door hun professionele activiteiten in aanraking kunnen komen met fentanyl lopen vaak ernstige risico's. Het gaat dan over politiepersoneel, straathoekwerkers, ziekenhuispersoneel, labomedewerkers, gerechtspersoneel... Zij worden vaak zonder dat ze het zelf beseffen aan deze risico's blootgesteld.

Welke preventiemaatregelen zijn er voor deze professionelen? Kunnen zij beschikken over fentanylteststrips? Worden zij gebriefd over de mogelijke gevaren van fentanyl? Worden in beslag genomen drugs die mogelijk fentanyl bevatten van een gevarenlabel voorzien? Worden fentanylstalen voor onderzoek in een labo of voor neerlegging bij het parket van een gevarenlabel voorzien? Worden de gevolgen van het in aanraking komen met fentanyl tijdens professionele activiteiten aanzien als een beroepsziekte? Worden de kosten van een onderzoek of preventieve behandeling gedekt als een personeelslid tijdens zijn professionele activiteiten mogelijk in aanraking is gekomen met fentanyl en zich heeft laten testen om mogelijke besmetting uit te sluiten? Worden fentanylbesmettingen geregistreerd bij personen die tijdens hun professionele activiteiten in de zorg in aanraking komen met fentanyl? Zo ja, hoeveel fentanylbesmettingen zijn er geregistreerd bij professionelen in de zorg?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Sneepe, er zijn geen gegevens die toelaten te stellen dat Europa of België wordt geconfronteerd met een fentanylcrisis zoals in de Verenigde Staten.

Sciensano volgt de Belgische gegevens op. Ik ben daarmee meteen tot het antwoord op uw eerste vraag gekomen. Een en ander is gebaseerd op cijfers die beschikbaar zijn in het Belgisch register van behandelingsaanvragen voor alcohol en drugs. Die gegevens worden jaarlijks verzameld in gespecialiseerde verslavingscentra, in een groot aantal algemene en psychiatrische ziekenhuizen en in bepaalde centra voor geestelijke gezondheidszorg. Dat gaat dus niet over het totale aantal mensen met een verslavingsproblematiek, maar alleen over mensen die in behandeling gaan voor een verslaving.

Volgens dat register zijn er in 2023 53 behandelingen gestart in ziekenhuizen of gespecialiseerde verslavingscentra voor problemen met fentanylgebruik. Die vertegenwoordigen op het nationale niveau

est, selon vous, l'ampleur du problème en Belgique?

La police, les éducateurs de rue, le personnel hospitalier, les laborantins et le personnel judiciaire courent de graves risques s'ils entrent involontairement en contact avec du fentanyl.

Quelles mesures de prévention existe-t-il pour les professionnels? Les séquelles causées par le fentanyl sont-elles reconnues comme maladie professionnelle? Combien de contaminations au fentanyl ont été enregistrées parmi les professionnels des soins de santé?

06.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il n'existe pas de données montrant que l'Europe ou la Belgique seraient confrontées à une crise du fentanyl comparable à celle qui sévit aux États-Unis. Sciensano suit les données. D'après le registre belge des demandes de traitement pour l'alcool et les drogues, 53 traitements ont été entamés en 2023 pour des problèmes liés à la consommation de fentanyl, soit 0,17 % de l'ensemble des traitements enregistrés cette année. Une hausse de 20 à 52 avait eu lieu entre 2015 et 2019, mais le nombre de traitements est resté stable depuis lors.

0,17 % van de 30.450 geregistreerde gevallen in 2023. Het aantal is tussen 2015 en 2019 gestegen van 20 naar 52, maar is sindsdien stabiel gebleven. In 2023 werd de meerderheid van de behandelingen, namelijk 44, gemeld door centra of ziekenhuizen in Vlaanderen. Er waren maar zes behandelingen in Wallonië en drie in Brussel.

Fentanyl wordt dus zelden aangetroffen in behandelingsaanvragen voor verslaving en vertoont de voorbije vijf jaar ook geen stijging.

De ziekenhuizen volgen de evidencebased protocollen voor de behandeling van deze patiënten. Fentanyl wordt ook voor medische doeleinden gebruikt en is daarom bekend bij de gezondheidsprofessionals.

Wanneer een drugsdode wordt aangetroffen, is de vaststellende arts verplicht om in de overlijdensakte aan te geven over welke drug het gaat. De overlijdensakte is de basis voor het Belgische mortaliteitsregister. Dat register laat niet toe om sterfgevallen als gevolg van fentanyl te identificeren, omdat de categorieën die erin worden gebruikt, zeer algemeen zijn.

Afhankelijk van de omstandigheden kan er wel een toxicologische analyse worden aangevraagd. Wanneer er een toxicologische analyse wordt uitgevoerd en fentanyl wordt aangetroffen, dan moet dat worden geregistreerd en gerapporteerd aan het Belgian Early Warning System on Drugs (BEWSD). Tussen 2022 en 2023 stelde het BEWSD in absolute aantallen een toename vast van het aantal keren dat fentanyl in toxicologische analyses voorkwam. Die toename kan echter het resultaat zijn van een betere dekking van het rapportagesysteem. In 2022 werden 59 gevallen met fentanyl geïdentificeerd op een totaal van 4.569 verzamelde analyses, dus 1,3 %. In 2023 werden 119 gevallen met fentanyl geïdentificeerd op een totaal van 18.901 verzamelde analyses, dus 0,6 %. Proportioneel is dat dus geen stijging. Er waren onder die gevallen 27 overlijdens in 2023 tegenover 10 in 2022. Dat is natuurlijk, telkens opnieuw, een zeer ernstige en te betreuren situatie.

Op dit moment komt fentanyl bijna niet voor in de verschillende registers waartoe Sciensano toegang heeft of die het zelf beheert. Daarnaast kunnen wij informatie geven over studies bij mensen die drugs injecteren. Er is een enquête die jaarlijks wordt uitgevoerd bij Spuitenruil Vlaanderen en die tussen 2021 en 2023 een stijging van fentanyl toont in het jaar voorafgaand aan de enquête van 6 % naar 19 %. Tijdens een andere studie in 2023 werden 128 heroïnestalen verzameld bij mensen die heroïne gebruiken in Vlaanderen en Brussel. Die werden op hun samenstelling geanalyseerd. Geen van de verzamelde stalen bevatte fentanyl.

Op het vlak van monitoring is Sciensano voorbereid om een eventuele uitbraak van fentanyl of andere synthetische opioïden op tijd te detecteren. Ook op het beleidsniveau zijn de nodige initiatieven genomen om in voorkomend geval tijdig aan de alarmbel te kunnen trekken.

Dan kom ik tot uw volgende reeks vragen. De eerste vraag is eigenlijk voor de ministers van Werk en Binnenlandse Zaken. Ik verwijs naar het protocol bij inbeslaggenomen drugs.

Ten tweede, fentanyl staat niet op de lijst van stoffen waarvan bekend is dat ze beroepsziekten veroorzaken, maar in het open systeem kan men altijd een erkenning aanvragen voor beroepsziekten die niet op

Étant donné que le fentanyl est également utilisé à des fins médicales, cette substance est bien connue des professionnels de la santé. Les hôpitaux suivent les protocoles fondés sur des données probantes. Lors d'un décès consécutif à la consommation de drogue, le médecin est tenu d'indiquer sur l'acte de décès de quelle drogue il s'agit mais cette information n'est pas enregistrée dans une catégorie spécifique du registre belge de mortalité. Lorsque du fentanyl est détecté lors de l'analyse toxicologique, cette information est notifiée au *Belgian Early Warning System on Drugs* (BEWSD), qui a constaté une augmentation entre 2022 et 2023. Cependant, cette augmentation peut être due à une meilleure couverture du système de rapportage. En 2022, 59 cas liés au fentanyl ont été identifiés, contre 119 en 2023. Dix décès ont été attribués à cette substance en 2022, contre 27 en 2023.

Une enquête de Spuitenruil Vlaanderen a révélé une augmentation de la consommation de fentanyl de 6 % à 19 % entre 2021 et 2022. Jusqu'à présent, aucune trace de fentanyl n'a été détectée dans les échantillons d'héroïne.

Tant Sciensano que les responsables politiques sont prêts à surveiller la consommation de fentanyl et à prendre des initiatives si nécessaire.

Le fentanyl ne figure pas sur la liste des substances connues pour causer des maladies professionnelles, mais il est toujours possible de demander la reconnaissance de maladies professionnelles non répertoriées. Toute exposition qui entraîne des lésions peut être reconnue comme un accident du travail. Le nombre d'expositions concernant des professionnels des soins de santé ne fait pas l'objet d'un enregistrement.

de lijst voorkomen.

De wetenschappelijke raad van Fedris volgt de wetenschappelijke literatuur voortdurend op. Als nieuwe wetenschappelijke studies nieuwe bewijselementen zouden opleveren om een sterk en overheersend verband tussen herhaalde blootstelling aan fentanyl en een ziekte te kunnen vaststellen, dan zal de wetenschappelijke raad van Fedris niet nalaten om de opname op de lijst van de beroepsziekten aan te bevelen. Bovendien, als blootstelling aan fentanyl op de werkplek het gevolg is van een plotselinge gebeurtenis en resulteert in een letsel, bijvoorbeeld een overdosis, dan kan de blootstelling aan fentanyl als een arbeidsongeval worden erkend en wordt rekening gehouden met de naverwerking ervan.

De derde vraag is voor de minister van Werk.

Op de vierde vraag kan ik antwoorden dat er geen registraties gebeuren.

06.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord.

Ik onthoud dat er eigenlijk weinig geregistreerd wordt in verband met fentanyl. Wat er dan geregistreerd wordt, blijkt nog niet zo alarmerend te zijn, gelukkig maar. We zien echter wel een stijging naar 53 gevallen. Dat is meer dan een verdubbeling. In die zin is het misschien wel alarmerend.

Wat een hype is in Amerika, komt een aantal jaren later vaak ook naar West-Europa. Mijn vraag is dan ook om hiervoor waakzaam te zijn, zodat we de koe vlug bij de hoorns kunnen pakken. Het is ook zeer jammer dat mijn vraag om daarover een hoorzitting te organiseren met de commissie voor Binnenlandse Zaken, in de commissie werd weggestemd. Dat is spijtig, want hoe meer we daarover we weten, hoe beter we op de bal kunnen spelen en hoe beter we voorbereid zijn.

Wat de beroepsbeoefenaars in de zorg betreft, de gevolgen van contact met fentanyl zijn niet erkend als beroepsziekte. Een incident kan wel als een arbeidsongeval worden geregistreerd. Uit het werkveld heb ik vernomen dat de betrokkenen die een test willen uitvoeren na aanraking met fentanyl die test zelf moeten betalen. Dat kan misschien worden verholpen. In de zorg en in de politieke werking kunnen we beter op safe spelen en de betrokkenen toegang geven tot dergelijke testen. Zo kunnen ze zich ervan vergewissen dat hun gezondheid niet in gevaar is. Het is jammer dat de betrokkenen de test zelf moeten betalen en dat de ziekteverzekering daar niet in tussenkomt.

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

07 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Nemolizumab" (56000199C)

07 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nemolizumab" (56000199C)

07.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, voor de ziekte prurigo nodularis was er tot voor kort geen enkel geneesmiddel voor-

06.03 Dominiek Sneppe (VB): En réalité, peu de données sont enregistrées concernant le fentanyl. Celles qui le sont ne semblent pas si alarmantes, bien que le nombre de cas ait tout de même doublé. Les phénomènes de mode qui surgissent en Amérique atteignent généralement l'Europe occidentale quelques années plus tard. Nous devons faire preuve de vigilance. Il est très regrettable que ma demande d'organiser une audition ait été rejetée.

S'agissant des professionnels des soins de santé et de la police, les séquelles d'un contact avec le fentanyl ne sont pas reconnues comme maladie professionnelle. S'ils souhaitent effectuer un test après avoir été en contact avec du fentanyl, ils doivent payer eux-mêmes ce test. Je déplore cette situation.

07.01 Dominiek Sneppe (VB): Les patients souffrant de prurigo nodulaire ont pu participer à une

handen. De patiënten waren gedoemd te leven met verschrikkelijk jeukenende bulten en met littekens van het krabben. Gelukkig bracht de Olympiatrial voor die patiënten daar verandering in. Ze konden meedoen aan de derde klinische fase van het geneesmiddel nemolizumab. Dat geneesmiddel bleek aan te slaan, waardoor de patiënten weer een normaal leven konden leiden. In het contract dat ze ondertekenden voor deelname aan de klinische proefperiode, stond uitdrukkelijk dat, indien het geneesmiddel de gewenste resultaten had, de proefpersonen blijvend toegang zouden hebben tot het geneesmiddel in afwachting van de lancering ervan op de markt in België.

Nu blijkt dat de Zwitserse producent Galderma niet van plan is nemolizumab op de Europese of Belgische markt te brengen, waardoor die patiënten hun recht op het geneesmiddel ook zullen verliezen en weer terechtkomen in de hel van voordien.

Het medicijn betreft een soort immuuntherapie. Tijdens de studie ontdekten men dat het minder effectief kan zijn na een onderbreking en herstart van de behandeling.

Bent u op de hoogte van de Olympiastudie en de resultaten ervan voor de patiënten? Kan een producent zomaar contractbreuk plegen na de klinische testen? Wat kunt of zult u als bevoegd minister ondernemen voor de patiënten? Waarom is het geneesmiddel ondertussen wel beschikbaar op de Amerikaanse markt, maar niet in Europa of België? Ten slotte, zult u het EMA daarover interpellieren en onder druk zetten om de goedkeuring te bespoedigen?

étude Olympia dans le cadre de laquelle le médicament nemolizumab leur a été administré. Ce médicament s'est avéré efficace, soulageant les patients des protubérances qui les démangeaient et leur permettant de reprendre une vie normale. Dans le contrat signé par les participants à l'étude, on pouvait lire que les sujets pourraient continuer à utiliser le médicament dans l'attente de son lancement sur le marché belge. Or, il s'avère à présent que le fabricant suisse Galderma n'a pas l'intention de mettre le nemolizumab sur le marché européen ou belge, ce qui signifie que ces patients perdent également leur droit au médicament. En outre, il s'agit d'une forme d'immunothérapie, qui peut être moins efficace après une interruption du traitement.

Avez-vous connaissance de cette étude? Un fabricant peut-il tout simplement rompre un contrat après les essais cliniques? Que pouvez-vous faire pour ces patients? Comment expliquez-vous que le médicament soit entre-temps disponible sur le marché américain, mais pas en Europe? Ferez-vous pression sur l'Agence européenne des médicaments (EMA) pour qu'elle approuve rapidement le médicament?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het FAGG is op de hoogte van de Olympiastudie, aangezien het FAGG als *national competent authority* optreedt voor de goedkeuring van die klinische studie. Patiëntgerichte informatie, bijvoorbeeld de geïnformeerde toestemming, werd voor de studie, die ingediend is voor de inwerkingtreding van de nieuwe verordening voor klinische proeven, apart ingediend en goedgekeurd via het ethisch comité. Het studierapport met de resultaten werd nog niet gepubliceerd. Ik ben dus niet op de hoogte van de resultaten.

Ten tweede, het FAGG vroeg inzage in de geïnformeerde toestemming via het ethisch comité en zag daarin geen verbintenis dat de patiënt blijvend toegang zou hebben indien het geneesmiddel de gewenste resultaten had. Er stond wel dat de patiënt zou kunnen aansluiten bij andere lopende studies met nemolizumab of een medisch noodprogramma, indien beschikbaar. Dat is op dit ogenblik echter niet het geval. Daarom wordt de firma verzocht een medisch noodprogramma op te starten.

Ten derde, het FAGG heeft het nodige onderzoek gedaan naar eventuele alternatieve behandelingen door middel van eigen experts en

07.02 **Frank Vandenbroucke**, minister: Pour cette étude, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) est l'autorité nationale compétente. Étant donné que le rapport de l'étude n'a pas encore été publié, je n'ai pas encore pu prendre connaissance des résultats.

Préalablement à l'étude, le Comité d'éthique de l'AFMPS a validé le document d'information et consentement éclairé pour les patients. Il n'était pas indiqué dans cet engagement que si le traitement donnait les résultats souhaités, les patients pourraient continuer à bénéficier du médicament. Il était cependant

contact met de Koninklijke Belgische Vereniging voor Dermatologie en Venerologie. Voorts deed het navraag naar lopende dossiers voor marktvergunning. Het FAGG heeft daarna de firma Galderma aangeschreven met in bijlage de conclusie van Koninklijke Belgische Vereniging voor Dermatologie en Venerologie over de medische noodzaak bij die patiënten.

Ten vierde, Galderma heeft bij het EMA een dossier ingediend voor een marktvergunning in Europa.

Ten vijfde, de aanvraag voor een marktvergunning doorloopt het normale proces voor een centrale Europese aanvraag. De aanvraag wordt na een evaluatie door een rapporteur en corapporteur besproken op het CHMP van het EMA. Het CHMP geeft dan een advies over de baten-risicoanalyse van het geneesmiddel in de voorgestelde indicatie. Het is in het belang van de patiënten dat zo'n proces op een objectieve en wetenschappelijk onderbouwde wijze kan verlopen.

bien spécifié qu'ils pourraient rejoindre d'autres études en cours consacrées au nemolizumab ou un programme médical d'urgence. Il a été demandé à la société de lancer un programme médical d'urgence pour cette substance étant donné qu'aucun n'est en cours.

L'AFMPS a examiné d'éventuels traitements alternatifs en collaboration avec des experts et avec la Société Royale Belge de Dermatologie et Vénérologie. Simultanément, l'agence a adressé un courrier à la société Galderma pour évoquer la nécessité médicale de ce médicament pour les patients. Galderma a introduit une demande auprès de l'EMA en vue d'obtenir une autorisation de mise sur le marché en Europe. Celle-ci suit la procédure normale. Il est dans l'intérêt des patients que cette procédure se déroule en toute objectivité et selon les règles de la science.

07.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, de betrokken patiënten zijn ten einde raad. Ze hebben naar verluidt al een dozijn alternatieve behandelingen achter de rug, maar blijkbaar helpt niets, behalve dat ene medicijn. U zegt dat het FAGG geen verbintenis heeft gevonden, maar de patiënten met wie wij in contact staan, beweren dat er wel een soort verbintenis is.

Voor de betrokkenen is het natuurlijk een hel. Als zij bovendien moeten wachten op de goedkeuring van het EMA, dat zeer traag werkt, dan is het gevaar groot dat hun behandeling wordt gepauzeerd en misschien zelfs niet meer aanslaat. Ik stel dus voor om de druk op het EMA op te voeren.

Overigens, in de vorige legislatuur heb ik erop aangedrongen dat een goedkeuring door de FDA wordt aanvaard, zoals dat ook het geval is in Zwitserland. Zo hoeven we niet te wachten op het trage en slome EMA om dergelijke producten op onze markt te krijgen.

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

08 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Vroedkundigen" (56000200C)

08 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les sages-femmes" (56000200C)

08.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, door het in werking treden van de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, op 1 juli 2021, mogen vroedvrouwen – en ook vroedmannen, uiteraard – die hun diploma hebben behaald na 1 oktober 2018, alleen verpleegkundige handelingen stellen binnen

07.03 Dominiek Snelpe (VB): Des patients nous ont appris que la firme s'était bien engagée à continuer de leur garantir un accès au médicament. Il est terrible pour les patients concernés de devoir désormais attendre l'approbation de l'EMA et d'encourir le risque que le médicament ne soit plus efficace après l'interruption du traitement. Ou serait-il possible, dans l'attente de la décision, de poursuivre sur la base de l'approbation de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis?

08.01 Dominiek Snelpe (VB): Les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme après le 1^{er} octobre 2018 ne peuvent accomplir

het terrein van de verloskunde, de fertiliteitsbehandeling, de gynaecologie en de neonatologie. Dat roept een halt toe aan de algemene inzetbaarheid van vroedvrouwen in de ziekenhuizen en in de thuisverpleging ter vervanging van verpleegkundigen, op een moment dat er een grote nood is aan handen in de zorg. Bovendien zijn de opleiding, de vorming en het takenpakket van verpleegkundigen en vroedvrouwen zeer gelijklopend. Enkel de doelgroep verschilt.

Velen van die vroedvrouwen werden tijdens de coronacrisis ook ingeschakeld in de covidafdelingen om daar verpleegkundige zorg te verrichten. Kan de tewerkstelling van vroedvrouwen als verpleegkundigen op covidafdelingen tijdens de coronacrisis beschouwd worden als opleidingsstage wanneer die vroedvrouwen zich omscholen tot verpleegkundigen via het verkorte traject van 120 studiepunten, waarbij bachelors in de vroedkunde kunnen instappen om in twee jaar het diploma bachelor in de verpleegkunde te halen?

Onder bepaalde voorwaarden kunnen zijinstromers in het onderwijs tot vijf jaar anciënniteit die ze hebben opgebouwd in de privé meenemen. Kunnen vroedvrouwen die zich omscholen tot verpleegkundigen de prestaties die ze verricht hebben als vroedvrouw meenemen als anciënniteit?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, ik begrijp dat er op het terrein onduidelijkheid is over hoe de omscholing van vroedvrouwen tot verpleegkundigen praktisch geregeld wordt, maar ik moet u wel zeggen dat de opleidingsstages deel uitmaken van de opleiding en dus dat de erkenning ervan onder de bevoegdheid van de gemeenschappen valt. Ook de erkenning van de anciënniteit van de werknemers valt niet onder mijn bevoegdheid, maar is de verantwoordelijkheid van de werkgevers zelf. Meer kan ik daar dus jammer genoeg niet over zeggen.

08.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Dat was wel een zeer kort antwoord, mijnheer de minister. Het betreft in dezen natuurlijk wel de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, waarin de handelingen van de vroedvrouwen en de verpleegkundigen worden vermeld. U maakt zich er wat gemakkelijk van af door te verwijzen naar uw collega's. Dit zal verder worden opgevolgd en misschien komt er een opvolgvraag.

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

Le **président**: La question n° 56000259C de Mme Bury est reportée.

09 **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Zelfdiagnose op TikTok"** (56000260C)

09 **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'autodiagnostic sur TikTok"** (56000260C)

09.01 **Katleen Bury** (VB): *Gesprekken over mentale gezondheid zijn sterk toegenomen op sociale media, vooral op TikTok. Het platform maakt het gemakkelijk voor mensen met mentale klachten om zichzelf*

des actes infirmiers que dans le domaine de l'obstétrique, du traitement de l'infertilité, de la gynécologie et de la néonatalogie. Pourtant, la formation et l'ensemble des missions des infirmières et des sages-femmes sont très similaires. Seul le groupe cible est différent. Durant la crise du coronavirus, nombre de ces sages-femmes ont été mobilisées dans les unités covid pour y dispenser des soins infirmiers.

Cet emploi peut-il être considéré comme un stage de formation lorsqu'elles se reconvertissent en infirmières dans le cadre du parcours raccourci de 120 crédits? Les sages-femmes qui se reconvertissent dans les soins infirmiers peuvent-elles inclure dans leur ancienneté les prestations qu'elles ont effectuées en tant que sage-femme?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il règne une certaine incertitude sur le terrain quant aux dispositions pratiques relatives à la reconversion. Les stages de formation font partie de la formation. L'agrégation relève de la compétence des communautés. La reconnaissance de l'ancienneté relève de la responsabilité des employeurs.

09.01 **Katleen Bury** (VB): *TikTok permet aux jeunes atteints de troubles mentaux de s'autodia-*

te diagnosticeren door video's te bekijken, maar dit leidt soms tot verkeerde zelfdiagnoses en ongeschikte zelfbehandeling.

TikTok-algoritmes tonen gebruikers meer van dezelfde content, wat het probleem verergert. Jongeren zoeken vaak steun bij lotgenoten via de populaire hashtag mentalhealth.

Hoewel het positieve effecten kan hebben, waarschuwen experts voor de risico's van onjuiste diagnoses en schadelijke informatie die verspreid wordt.

Hoe kan de overheid jongeren beschermen tegen het gevaar van zelfdiagnoses op platforms zoals TikTok, zonder hun toegang tot online gemeenschappen volledig te beperken?

Zijn er plannen om met sociale mediabedrijven samen te werken om schadelijke content over mentale gezondheid te reguleren, en zo ja, welke stappen worden hiervoor ondernomen?

Hoe kan de geestelijke gezondheidszorg inspelen op de groeiende trend van zelfdiagnoses en tegelijkertijd betrouwbare informatie toegankelijker maken voor jongeren?

Moet er in België een minimumleeftijd voor toegang tot social media worden overwogen om jongeren beter te beschermen tegen verkeerde informatie?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, ten eerste wordt vastgesteld dat op sociale media inderdaad desinformatie over gezondheid wordt verspreid. Die informatie is meestal afkomstig van mensen zonder medische achtergrond. Omdat het om een internationaal gegeven gaat, is het bijna onbegonnen werk om die op Belgisch niveau tegen te houden.

We kunnen die desinformatie wel bestrijden door informatie te verschaffen, dus door mensen goed voor te lichten. Ook op sociale media komen er gelukkig meer tegengeluiden. Er zijn inmiddels accounts actief die medische fabeltjes ontkrachten. Artsen bundelen daarbij hun krachten om foute informatie te bestrijden. Een recent voorbeeld is TikTok-kanaal *Dokters vandaag*, waar artsen hun medische kennis delen en de raad geven behoedzaam te blijven.

Dergelijke initiatieven zouden kunnen worden aangevuld vanuit het preventiebeleid van de deelstaten. Dat is evenwel niet mijn bevoegdheid.

Ten tweede heb ik momenteel geen plannen om samen te werken met socialemediabedrijven om content, meer bepaald medische informatie en/of adviezen aangaande gezondheid, wetenschappelijk te toetsen.

Ten derde, om betrouwbare medische informatie toegankelijk te maken voor jongeren, is het wenselijk vooreerst die informatie beschikbaar te maken via de kanalen die jongeren gebruiken, zoals sociale media en apps, en vervolgens de aangeboden informatie op een voor jongeren zo leesbaar mogelijke manier te geven.

Anders gezegd, medische informatie bestemd voor een ruim publiek

gnostiquer en regardant des vidéos, ce qui entraîne parfois de mauvais diagnostics et un autotraitement inadéquat.

Comment les pouvoirs publics peuvent-ils protéger les jeunes de ces dangers sans leur limiter l'accès aux communautés en ligne? Coopérera-t-on avec les entreprises de réseaux sociaux afin de réguler les contenus traitant de santé mentale qui sont potentiellement dangereux? Comment? Comment les soins de santé mentale peuvent-ils répondre à ce problème croissant? Est-il envisageable de prévoir un âge minimum pour accéder aux réseaux sociaux?

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il est vrai que les réseaux sociaux diffusent de fausses informations en matière de santé, principalement relayées par des personnes ne disposant pas de compétences médicales. Il s'agit là d'un phénomène mondial que l'on ne peut pas juguler au niveau belge. En revanche, nous pouvons fournir des informations fiables et, dans l'intervalle, certains comptes s'attellent à démystifier les récits médicaux erronés. Dans ce domaine, les médecins unissent leurs forces pour lutter contre les fausses informations. De telles initiatives pourraient être complétées par la politique de prévention mise en œuvre par les entités fédérées.

À l'heure actuelle, je n'ai pas l'intention de collaborer avec les entreprises de réseaux sociaux pour valider scientifiquement ce type de contenus.

Il faut mettre à disposition des informations fiables par l'intermédiaire des canaux utilisés par les

kan evengoed op een gebruiksvriendelijke manier worden weergegeven op de sociale media of via apps. Zo heeft het RIZIV in maart een campagne over geestelijke gezondheid 'Spreekerover.be' gelanceerd in de vorm van digitale posters, informatieve flyers, radiospots, posts op sociale media en een YouTube-video. Het is wenselijk dat artsen onderling en met overheden nauw samenwerken in dergelijk verband.

Wat uw vierde vraag betreft, ik zie het probleem, maar ik denk dat regelgeving louter met betrekking tot toegang tot welbepaalde platformen eerder symbolisch zou zijn en moeilijk te implementeren, laat staan sanctioneren. De bekendste socialemediaplatformen hanteren zelf leeftijdsgrenzen, maar die zijn ook eerder symbolisch.

Ik denk wel dat het gebruik van smartphones door jongeren voor een stuk gereguleerd kan worden. Ik verwijs hiervoor naar een recente beslissing van de Vlaamse regering over het gebruik van smartphones op de lagere school. Ik denk dat men niet alleen kinderen en jongeren kan voorlichten over het gebruik van sociale media, maar ook hun ouders en grootouders. Er is eigenlijk een nieuwe vorm van educatie nodig. Volgens de Nieuwsbarometer, een studie van de Arteveldehogeschool die het nieuwsgebruik van jongeren monitort, is het checken van de bron de belangrijkste strategie die jongeren gebruiken om de betrouwbaarheid van nieuws in te schatten. Ik denk dat we daar inderdaad verder op moeten inzetten.

jeunes, tels que les réseaux sociaux et les applications, et ensuite veiller à une lisibilité maximale de ces informations. Dans cette optique, au mois de mars, l'INAMI a lancé une campagne relative à la santé mentale intitulée "Parlons-en.be" et comprenant des affiches au format numérique, des dépliants d'information, des spots radio, des messages sur les réseaux sociaux et une vidéo sur YouTube. À cet égard, une étroite collaboration entre médecins et pouvoirs publics est nécessaire.

Des règles sur l'accès à certaines plateformes seraient plutôt symboliques et donc difficiles à mettre en application, de même que des sanctions. Les réseaux sociaux les plus connus appliquent eux-mêmes des limites d'âge, mais elles sont également assez symboliques. Il est cependant possible de réguler en partie l'utilisation du smartphone par les jeunes et de sensibiliser les parents et les grands-parents. D'après une étude de l'Arteveldehogeschool, la vérification de la source est la stratégie la plus importante pour que les jeunes puissent évaluer la fiabilité des informations.

09.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, u beaamt dat we ervoor moeten blijven zorgen dat jongeren bij de juiste informatie terechtkomen, maar de plannen om met socialemediabedrijven samen te werken onderschrijft u niet, wat een gemiste kans is. Er zijn ministers die voor andere zaken met socialemediabedrijven samenwerken. Ik denk hierbij aan alles wat met werkgelegenheid en de aangifte van zwartwerk te maken had en het mensenhandeldrama in Antwerpen. Zo raakte de juiste informatie bij die mensen.

09.03 Katleen Bury (VB): Si vous ne comptez pas coopérer avec les entreprises de réseaux sociaux, il s'agit d'une occasion manquée. En effet, de telles coopérations existent déjà dans d'autres domaines. Eu égard aux dangers, il me paraît indispensable d'unir les efforts.

U hebt voorbeelden van de reeds bestaande website gegeven, waarvan er posters en YouTube-filmpjes voorhanden zijn. Het is dus geen grote stap om te onderzoeken hoe dit allemaal bij die jongeren komt. Soms zijn de dingen die jongeren op TikTok te zien krijgen totaal van de pot gerukt en levensgevaarlijk, terwijl zij denken dat het gezond is. Het lijkt me noodzakelijk om hier de handen in elkaar te slaan en aan het werk te gaan.

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

10 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hacking van medische gegevens" (56000261C)

10 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le piratage de données médicales" (56000261C)

10.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn ingediende vraag.

Het Belgische bedrijf MediCheck is gehackt door de cybercriminelen van Killsec, waarbij 50.000 gevoelige patiëntendocumenten zijn buitgemaakt. De hackers onderschepten communicatie tussen controleartsen en MediCheck, die werken voor klanten zoals H&M en Bpost. Hoewel er nog geen contact is geweest met de hackers, werden enkele documenten online geplaatst om druk uit te oefenen voor losgeld. MediCheck onderzoekt de aanval en werkt samen met autoriteiten en een Nederlands cybersecuritybedrijf. Of ze bereid zijn losgeld te betalen, is nog onbeslist.

Wat kan u als minister van Volksgezondheid in samenspraak met uw collega-ministers doen om de veiligheid van patiëntengegevens in bedrijven zoals MediCheck beter te waarborgen, gezien de toename van cyberaanvallen?

Moeten er strengere richtlijnen komen voor het beheer en de communicatie van medische gegevens bij externe bedrijven, en wat zijn de mogelijkheden om dergelijke inbreuken te voorkomen?

In hoeverre is uw ministerie betrokken bij de nasleep van cyberaanvallen in de zorgsector, en zijn er plannen om bedrijven te ondersteunen bij het nemen van extra beveiligingsmaatregelen?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Wat uw vraag over hacking betreft, we zijn ons zeer bewust van het belang van cybersecurity voor alle actoren in de gezondheidssector. De voorbije jaren hebben wij zowel organisatorische als financiële maatregelen ter beschikking van de ziekenhuizen gesteld. Zo is er bijvoorbeeld in 2020 een samenwerking met het Centrum voor Cybersecurity België opgestart om ziekenhuizen vroegtijdig te waarschuwen over cyberdreigingen. In 2022 werd 20 miljoen euro toegekend aan de ziekenhuizen om hun maturiteit inzake cybersecurity te verhogen en in 2024 nog een schijf van 40 miljoen euro. Sinds 2023 wordt ook jaarlijks structureel 15 miljoen euro geïnvesteerd in de ziekenhuissector om de maturiteit van de ziekenhuizen op het vlak van cybersecurity stelselmatig te verhogen.

Wat uw tweede vraag betreft, is de Algemene Verordening Gegevensbescherming al meerdere jaren van toepassing op alle verwerkingen van persoonsgegevens. De verordening dwingt bedrijven om omzichtig om te gaan met persoonsgegevens en daarvoor ook de nodige maatregelen te nemen. Bijkomend treedt op 18 oktober 2024 de NIS2-wet in werking, die bedrijven die onder die wet zijn erkend als belangrijke of essentiële entiteiten de wettelijke verplichting oplegt om maatregelen te nemen zodat cyberbissico's beperkt worden.

Ik kom tot uw derde vraag. Van de 15 miljoen euro die structureel aan de ziekenhuissector wordt toegekend, werd er in 2023 in 1 miljoen voorzien specifiek voor collectieve projecten en in 2024 in 12 miljoen voor de individuele ziekenhuizen. 2,25 miljoen werd geïnvesteerd in collectieve projecten op het vlak van cybersecurity. Voor die collectieve projecten zullen er ook audits worden georganiseerd. Onder impuls

10.01 Katleen Bury (VB): *L'entreprise belge MediCheck a été piratée par des cybercriminels de Killsec, qui ont volé 50 000 documents sensibles relatifs à des patients. Les pirates ont déjà publié des documents pour renforcer leur demande de rançon.*

Que peut faire le gouvernement pour mieux protéger les données de patients détenues par des entreprises? Faut-il renforcer les directives? L'État aide-t-il les entreprises à prendre des mesures de sécurité?

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Nous sommes tout à fait conscients de l'importance de la cybersécurité pour tous les acteurs du secteur de la santé. Nous avons non seulement pris des mesures organisationnelles mais également investi massivement afin de renforcer la maturité des hôpitaux sur ce plan. Nous continuons d'investir structurellement.

Le Règlement général sur la protection des données est d'application depuis plusieurs années déjà pour tout traitement de données personnelles. En complément, la directive NIS2 entrera en vigueur le 18 octobre 2024. Elle impose légalement aux entreprises qui y sont soumises de limiter les cyber-risques.

Les 15 millions d'euros que le secteur des hôpitaux perçoit de manière structurelle depuis 2023 ont été affectés à des projets individuels et collectifs. L'ASBL Shield a été créée sous l'impulsion

van het Jessa Ziekenhuis is er met die financiering ook vzw Shield opgericht, die cybersecuritydiensten zal leveren aan de ziekenhuizen en het onderwijs. Al meer dan 30 ziekenhuizen zijn partner of zijn geïnteresseerd. Met de resterende 750.000 euro werd gevraagd dat de ziekenhuizen deelnemen aan kennisdelende activiteiten en documenten en kennis ter beschikking van andere ziekenhuizen stellen. Zo werden er meer dan 800 documenten met best practices verzameld die ter beschikking worden gesteld via een online gedeelde bibliotheek.

10.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik merk zeker dat de problematiek u zorgen baart. Wij zien in 2020, 2022 en 2024 financiële injecties om de patiëntengegevens beter te beveiligen.

Echter, de vragen die ik daarnet heb gesteld, gaan erom dat wij heel recent hebben kunnen vaststellen dat 50.000 gevoelige patiëntendocumenten zijn buitgemaakt door hackers. Daar kan de veiligheidsvraag dus worden gesteld.

Er moet duidelijk worden opgelijst wat met de budgetten, die u deels hebt opgesomd, is gebeurd en welke rampen daarmee werden tegengehouden. Wij stellen echter vast dat een aantal zaken niet werd tegengehouden. Het gaat hier immers om heel veel gegevens.

Ik kijk ook uit naar 18 oktober 2024, om te weten welke nieuwe zaken zullen worden gestart.

Het is toch wat dweilen met de kraan open, hoewel u dat niet durft te benoemen. Het probleem is echter niet onder controle. Er zullen dus spijtig genoeg nog een aantal vervolgvragen over de kwestie komen, indien dergelijke zaken opnieuw voorvallen.

Ik merk dat u het beste voorhebt met de problematiek, maar het antwoord is nog onvoldoende.

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

11 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Incontinentie" (56000262C)

11 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'incontinence" (56000262C)

11.01 Katleen Bury (VB): Een op de drie Belgen krijgt tijdens haar of zijn leven te maken met incontinentie, een probleem dat niet alleen ouderen maar ook jonge mensen treft. De Belgische Vereniging voor Urologie (BVU) vraagt tijdens de Europese Week van de Urologie meer aandacht voor dit taboe. Jaarlijks kosten de maatschappelijke gevolgen van incontinentie België 1,6 miljard euro, door onder andere werkverlet en medische kosten. De BVU benadrukt het belang van vroegtijdige diagnose en behandeling, die vaak met eenvoudige ingrepen mogelijk is. Ze roepen mensen op om openlijk met hun arts of uroloog te praten. Door het onderwerp bespreekbaar te maken, kan zowel het welzijn van de patiënt als de maatschappelijke last verlicht worden.

Preventiebeleid: gezien de hoge prevalentie van incontinentie en de 1,6 miljard euro jaarlijkse kosten, welke preventieve strategieën zijn momenteel geïmplementeerd om incontinentie vroegtijdig te voorkomen, vooral bij risicogroepen zoals vrouwen na de bevalling? En

du Jessa Ziekenhuis. Elle fournira des services de cybersécurité aux hôpitaux et au secteur de l'enseignement. Enfin, plus de 800 documents compilant de bonnes pratiques ont été rassemblés et diffusés par le biais d'une bibliothèque en ligne.

10.03 Katleen Bury (VB): Le ministre est inquiet et mentionne les moyens financiers qui ont été injectés afin de renforcer la cybersécurité. Il n'en demeure pas moins que des hackers ont saisi 50 000 documents sensibles relatifs à des patients. Les mesures ne sont donc pas suffisantes. J'attends avec impatience la nouvelle loi même si je crains que le problème soit loin d'être maîtrisé.

11.01 Katleen Bury (VB): Un Belge sur trois souffrira un jour d'incontinence. Les coûts sociaux de ce problème s'élèvent à 1,6 milliard d'euros.

Quelles stratégies préventives existent pour éviter l'incontinence? Pourquoi ne sont-elles pas déployées plus largement? Quelles mesures concrètes prendrez-vous pour accroître la sensibilisation publique et médicale? Quelles réformes structurelles prévoyez-vous de mener afin de limiter les effets économiques sans porter préjudice

waarom zijn deze nog niet breder uitgerold? Bewustwording en stigma: welke concrete maatregelen gaat u nemen om de publieke en medische bewustwording te vergroten, zodat mensen sneller hulp zoeken?

Kostenbeheersing: gezien de dreigende stijging van incontinentiegerelateerde kosten door de vergrijzing, welke structurele hervormingen plant u om de economische impact te beperken zonder afbreuk te doen aan de zorgkwaliteit? Is er een langetermijnvisie om de maatschappelijke kosten drastisch te verlagen?

Toegankelijkheid van zorg: in hoeverre zijn gespecialiseerde behandelingen, zoals kinesitherapie of kleine ingrepen, op dit moment toegankelijk voor mensen met incontinentie? Hoe gaat u de wachttijden en de financiële drempels voor deze ingrepen verkleinen, zodat mensen niet jarenlang lijden zonder behandeling?

Preventiecampagnes: waarom worden preventieve campagnes rond incontinentie niet op een even grote schaal gevoerd als campagnes voor andere gezondheidsproblemen, zoals kanker of hart- en vaatziekten, terwijl incontinentie 1 op de 3 Belgen treft? Welke concrete plannen heeft u om preventie op gelijke voet te plaatsen met andere grote gezondheidsproblemen?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er zijn verschillende vormen van incontinentie, met zeer uiteenlopende oorzaken. In de zwangerschap en na de bevalling is bekkenbodembiotherapie een belangrijke preventieve maatregel voor latere incontinentie. Voor zwangere vrouwen wordt postnatale fysiotherapie terugbetaald, negen keer per zwangerschap.

Afgezien van deze specifieke situatie zijn er geen preventieve maatregelen mogelijk. Algemeen kan men stellen dat een gezonde levensstijl ook een preventieve maatregel is voor het voorkomen van bepaalde vormen van incontinentie. Het is wel van belang dat mensen met incontinentie dit in een vroeg stadium aankaarten bij hun huisarts, zodat de behandeling tijdig kan worden gestart.

Op uw vraag over de kostenbeheersing kan ik alleen maar heel algemeen antwoorden. Iedereen die nood aan zorg heeft, moet die ook krijgen. Een besparing op incontinentiegerelateerde kosten voor ouderen is dus echt niet aan de orde.

In verband met uw vierde vraag wil ik nog zeggen dat de behandeling van incontinentie multifactorieel is. Er is de perineale fysiotherapie, die vergoed wordt voor 18 zittingen. Er zijn geneesmiddelen die grotendeels vergoed worden. Er zijn inspuitingen van botox, die onder zeer precieze voorwaarden vergoed worden. Er is de heeldkunde, met een sfincterprothese. Er is een endoscopische behandeling en neuromodulatie. Die verstrekkingen worden volledig terugbetaald.

Daarnaast bestaan er drie forfaits voor incontinentiezorg. Op de website van het RIZIV vindt u verschillende links waar uitleg wordt gegeven over de prijs en de tegemoetkoming voor het incontinentiemateriaal, of het forfait voor onbehandelbare urine-incontinentie of het forfait voor incontinentie bij afhankelijke personen.

In uw tweede en vijfde vraag focust u op preventie. Er is daarin een

à la qualité des soins? Dans quelle mesure des traitements spécialisés tels que la kinésithérapie ou de petites interventions sont-ils actuellement accessibles aux personnes atteintes d'incontinence? Comment réduirez-vous les délais d'attente et les obstacles financiers pour ces interventions? Pourquoi des campagnes de prévention sur l'incontinence ne sont-elles pas menées à une aussi grande échelle que les campagnes portant sur d'autres problèmes de santé?

11.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il existe différentes formes d'incontinence et ses causes sont très diverses. Dans le cadre d'une grossesse, une kinésithérapie du plancher pelvien constitue une importante mesure préventive. La physiothérapie postnatale est remboursée aux femmes enceintes, et ce, neuf fois par grossesse.

Au-delà de cette situation spécifique, aucune mesure préventive n'est possible, hormis un mode de vie sain. Par ailleurs, il importe que les personnes atteintes d'incontinence en parlent rapidement à leur médecin traitant.

Il n'est aucunement prévu de réaliser des économies sur les coûts entraînés par l'incontinence chez les personnes âgées.

Le traitement de l'incontinence est multifactoriel. La physiothérapie périnéale est remboursée à raison de 18 séances. Certains médicaments sont en grande partie remboursés, ce qui vaut également pour les injections au botox à des conditions très précises. Les prothèses de sphincter, les traitements endoscopiques et la neuromodulation sont intégralement

belangrijke rol weggelegd voor de huisarts, die het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt met dergelijke problematiek. Echte preventie- en sensibiliseringscampagnes organiseren is een bevoegdheid van de deelstaten. Maar het zou zeker zinvol zijn om de drempels bij de mensen te verlagen zodat ze hierover tijdig een zorgverlener aanspreken.

remboursés. Par ailleurs, trois forfaits existent pour les soins liés à l'incontinence. Le site de l'INAMI contient différents liens fournissant des explications sur le prix et le remboursement du matériel lié à l'incontinence ou sur le forfait pour l'incontinence urinaire incurable et pour l'incontinence des personnes dépendantes.

En tant que premier point de contact, le médecin traitant joue un rôle important. L'organisation de véritables campagnes de prévention et de sensibilisation est une compétence des entités fédérées, mais nous pourrions certainement agir pour réduire les obstacles.

11.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, dit is een problematiek die verschillende beleidsdomeinen aanbelangt. Vandaar dan ook de vraag om die zaken samen te bekijken. U begon uw antwoord met de 9 terugbetaalde sessies die zwangere vrouwen na de bevalling kunnen volgen. Dat is goed en zeker ook nodig, maar in de praktijk slukken ook enorm veel mannen daarmee.

Ik kan dus niet genoeg benadrukken dat een preventiecampagne heel belangrijk is. Mensen denken immers dat ze er maar door moeten. Het is een taboe, want niemand geeft graag toe dat hij of zij met dat probleem kampt. Als er veel meer open zou worden gecommuniceerd dat het heel veel mensen treft – een op drie is immers heel veel –, dan zou men sneller naar de huisarts gaan en kunnen er gemakkelijker doeltreffende dagelijkse oefeningen worden meegegeven voor men andere zaken probeert, zoals botox.

11.03 Katleen Bury (VB): Je ne saurais trop insister sur l'importance d'une campagne de prévention pour un problème qui touche tant les hommes que les femmes. Si l'on parvient à briser les tabous, les personnes concernées hésiteront moins à se rendre chez le généraliste et pourront plus facilement se voir conseiller des exercices quotidiens à faire avant d'entamer un autre traitement. Je vais inciter mes collègues à attirer l'attention des ministres compétents dans les entités fédérées.

U treedt mij bij wat betreft die preventiecampagne. Dan is het ook aan de collega's om daar werk van te maken. Ik zal mijn collega's aansporen om de bevoegde deelstaatminister wakker te schudden.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56000263C van mevrouw Bury wordt op haar verzoek ingetrokken.

Ook de volgende vraag, nr. 56000273C, is van mevrouw Bury, over de ontsparing van het budget van de ziekteverzekering.

11.04 Katleen Bury (VB): Mijnheer de voorzitter, mijn vraag werd ingediend voor de plenaire vergadering, maar mijn collega heeft dit onderwerp in de plenaire vergadering al schitterend gebracht. Ik weet niet of u hierover nog veel informatie hebt? Anders kunnen we overgaan naar mijn volgende vraag.

11.05 Minister Frank Vandenbroucke: Dank u voor het begrip, mevrouw Bury.

Ik ga niets toevoegen aan wat ik in de plenaire vergadering heb gezegd over het RIZIV-budget. Ik vind dat het ons aller verantwoordelijkheid is om dat budget op het goede spoor te houden. Er is een voorstel geformuleerd. We zijn daarmee aan de slag. Ik hoop dat iedereen zijn verantwoordelijkheid in die zin zal nemen. Dat heb ik in de plenaire vergadering al zo gezegd.

11.06 Katleen Bury (VB): Dank u.

12 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Hoge PFAS-waarden" (56000264C)

12 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Des taux de PFAS élevés" (56000264C)

12.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Bent u op de hoogte van de recent gerapporteerde onderschatting van PFAS-gehalten in bloedstalen bij inwoners van de Waalse gemeenten Chièvres, Ronquières en Nandrin, zoals bevestigd door collega deelstaatsminister Coppieters?

Aangezien PFAS-blootstelling ernstige gezondheidsrisico's met zich meebrengt, had ik hierover de volgende vragen:

- 1. Welke federale maatregelen bent u van plan te nemen om de impact van deze blootstelling te beperken?*
- 2. Zullen er strengere normeringen en grootschalige screenings plaatsvinden op nationaal niveau?*
- 3. Welke bijkomende ondersteuning wordt voorzien voor de betrokken inwoners en gemeenten?*

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, wat uw eerste vraag betreft, mijn administratie speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van Europese wetgeving om de productie, het gebruik en het op de markt brengen van PFAS aan banden te leggen. Ook worden studies uitgevoerd in samenwerking met de FOD Economie om de vervanging van zorgwekkende stoffen, waaronder PFAS, te bevorderen.

Voorts worden er conform het nationaal actieplan hormoonverstoorders verschillende acties uitgevoerd om de blootstelling aan hormoonverstorende stoffen, waaronder bepaalde PFAS, te beperken. Zo is een communicatiecampagne opgezet om zwangere vrouwen te informeren over maatregelen die zij kunnen nemen om hun blootstelling te beperken. De volgende fase van de campagne zal zich richten op jonge kinderen, die ook zeer kwetsbaar zijn voor blootstelling aan hormonen.

Wat uw tweede vraag betreft, de normering van PFAS in voeding en drinkwater wordt door mijn administratie onderhandeld op Europees niveau. Daarbij wordt ernaar gestreefd om rekening te houden met de recentste wetenschappelijke inzichten over de toxicologische eigenschappen van PFAS. Ik kan u ook meedelen dat de Hoge Gezondheidsraad enkele maanden geleden een advies heeft verleend omtrent de aanwezigheid van PFAS in gebotteld water en water voor de productie van voedingsmiddelen. In dat advies zijn advieswaarden die de risico's van een langdurige blootstelling aan die stoffen zouden beperken, opgenomen. Op dit moment wordt werk gemaakt van een vertaling van die advieswaarden in nationale wetgeving, maar dat is nog niet klaar.

Screenings behoren tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. Samen met de gemeenschappen overleg ik daarover momenteel. Wij stemmen ook af over aanbevelingen ter zake die huisartsen aan hun

12.01 Katleen Bury (VB): *Le ministre wallon Coppieters a confirmé que les taux de PFAS avaient été sous-estimés dans les tests sanguins des habitants de trois communes.*

Des mesures seront-elles prises à l'échelon fédéral, des normes plus sévères vont-elles être instaurées et des dépistages à grande échelle seront-ils organisés? Les communes et les habitants concernés bénéficieront-ils d'un appui supplémentaire?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Mon administration joue notamment un rôle important dans le développement de la législation européenne visant à réduire la production, l'utilisation et la commercialisation des PFAS. Elle mène des négociations à l'échelon européen en vue de mettre en place des normes relatives aux PFAS dans l'alimentation et l'eau de distribution. Des valeurs guides ont été publiées par le Conseil Supérieur de la Santé dans un récent avis sur la présence de PFAS dans l'eau en bouteilles et dans l'eau destinée à la production de produits alimentaires. Ces valeurs guides sont en cours de transposition en législation nationale. Les dépistages relèvent des compétences des communautés. Je me concerte avec ces dernières dans ce domaine. M. Coppieters est compétent en matière d'appui. Mon administration examine avec diverses autres institutions publiques la possibilité de mettre en place un mécanisme de financement visant à faire financer les dommages et les coûts de la pollution aux PFAS par les pollueurs et à inclure les

patiënten kunnen geven.

Wat uw derde vraag betreft, voor meer informatie over de ondersteuning van inwoners van de getroffen gemeenten in Wallonië verwijs ik u graag door naar mijn collega Coppieters. Betreffende mijn bevoegdheid kan ik wel meegeven dat mijn administratie samen met verschillende andere overheidsinstanties de mogelijkheid onderzoekt om een financieringsmechanisme op te zetten om de schade en de kosten van PFAS-vervuiling te laten betalen door de actoren die verantwoordelijk gesteld moeten worden voor die vervuiling, volgens het principe van de vervuiler betaalt. Er wordt onder andere onderzocht om binnen dat mechanisme ook de opgelopen gezondheidsschade te vervatten. Daarnaast ondernemen we op dit moment samen met de gemeenschappen actie om aanbevelingen uit te werken voor huisartsen, zodat zij in staat zijn om op een correcte manier om te gaan met de vragen van patiënten over hun blootstelling aan PFAS.

12.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw duidelijke antwoord. Het gaat dus om studies die u doet in samenspraak met de FOD Economie, om nationale wetgeving waarmee u bezig bent en om aanbevelingen aan de huisartsen. Zal dat allemaal of deels via ons passeren?

Is er een deadline tegen wanneer er iets boven water moet komen? Hebt u ook een zicht op de schadevergoedingen?

12.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, de aanbevelingen zullen niet door het Parlement in wetten worden gegoten of door regeringen in besluiten worden omgezet. Het is iets dat ik moet formaliseren in de interministeriële conferentie Volksgezondheid, samen met de andere ministers van Volksgezondheid. We moeten bekijken wat er aan wetgevend werk nodig is voor een vergoedingssysteem voor schade. Ik kan daarop niet vooruitlopen, maar het is inderdaad mogelijk dat we daarover het Parlement moeten vatten.

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

Le **président**: La question n° 56000272C de Mme Bury est reportée.

13 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les hôpitaux désignés infrastructures critiques" (56000317C)

13 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekenhuizen die als kritieke infrastructuur worden aangemerkt" (56000317C)

13.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, je souhaite vous interroger sur la mise en œuvre de l'arrêté royal du 21 mars 2024 portant exécution de la loi relative à la sécurité et la protection des infrastructures critiques pour le secteur de la santé publique et, en particulier, sur les difficultés rencontrées par les hôpitaux concernés dans ce cadre.

Selon cet arrêté royal, chaque hôpital considéré comme infrastructure critique doit être capable, en cas de menace, de danger immédiat ou sur ordre des autorités compétentes, dans un délai de 30 minutes, de fermer toutes les entrées de chaque bâtiment, de fermer le périmètre

dommages sur la santé dans ce mécanisme. Nous collaborons également avec les communautés pour élaborer des recommandations à l'usage des médecins généralistes.

12.03 Katleen Bury (VB): Le Parlement sera-t-il associé en tout ou en partie à ces initiatives? Une date butoir est-elle fixée? Qu'en est-il des indemnisations?

12.04 Frank Vandenbroucke, ministre: En ma qualité de ministre, je formalise les recommandations de la conférence interministérielle Santé publique, en collaboration avec les autres ministres de la Santé publique. Nous devons encore évaluer le travail législatif nécessaire à la mise en place d'un système d'indemnisation.

13.01 Caroline Désir (PS): Krachtens het koninklijk besluit van 21 maart 2024 dient elk ziekenhuis dat beschouwd wordt als kritieke infrastructuur in geval van een dreiging in staat te zijn om binnen 30 minuten de toegangen tot elk gebouw en de perimeter rond de site zonder versterking van politiediensten af te sluiten, en om een

autour du site d'une façon autonome (c'est-à-dire sans renfort des services policiers) et d'activer une équipe pour la gestion de crise – qui peut prendre des mesures de sécurité supplémentaires sans qu'elle ne doive être sur place dans cet intervalle de temps.

Le plan d'urgence interne, connu comme plan d'urgence hospitalier, doit également comprendre des mesures pour le maintien des activités critiques pendant au moins 96 heures, soit avec ses propres moyens, soit avec des moyens des tiers qui étaient consignés d'avance.

Monsieur le ministre, combien d'hôpitaux sont-ils considérés comme infrastructures critiques dans notre pays? Pourriez-vous m'indiquer si des concertations ont été menées avec les fédérations hospitalières dans ce cadre au vu des implications juridiques, financières, opérationnelles et organisationnelles liées à la mise en œuvre de cet arrêté?

Quels sont les délais de mise en œuvre prévus? Comment les hôpitaux seront-ils épaulés et financés pour la mise en œuvre de ces mesures?

Dans le cadre de la fermeture du périmètre autour du site, il sera, par exemple, nécessaire pour les hôpitaux de prévoir une sécurisation des parkings extérieurs. Sachant la situation financière difficile que connaissent beaucoup d'hôpitaux, un financement est-il prévu dans ce cadre?

Enfin, il est envisagé le maintien d'un *lockdown* pendant 96 heures au sein de l'hôpital en cas de menace. Qui devra se charger de la régulation et du maintien de ce *lockdown*? Par ailleurs, qu'en est-il si la menace provient de l'intérieur, sachant qu'un *lockdown* pourrait empêcher toute évacuation depuis l'intérieur?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Désir, neuf institutions hospitalières ont été désignées comme infrastructures critiques mais vu que la désignation est tenue secrète pour des raisons de sécurité, il n'y a pas lieu de discuter des spécifications de ces hôpitaux avec des tiers. Il n'y a donc pas de concertation avec les fédérations hospitalières. Il y a en revanche une concertation active entre les institutions concernées et mon administration.

Les institutions ont un an pour élaborer le plan de sécurité. La mise en œuvre de ce plan devra être évaluée durant l'année qui suit son élaboration. À cette fin, mon administration, le Centre de crise national et l'administration communale sont mobilisés afin de soutenir les institutions. Mon administration examine la possibilité d'octroyer un budget de démarrage aux institutions. Si des budgets d'investissement en infrastructure sont nécessaires, il revient aux institutions de faire appel aux fonds régionaux qui y sont dédiés.

Enfin, chaque institution ayant une infrastructure différente, il ne m'est pas possible de détailler les pistes de soutien générique; certains hôpitaux ont déjà pris des mesures de sécurisation lors de la crise du covid et du confinement que nous avons connu à l'époque tandis que d'autres devront procéder à des investissements dans l'infrastructure afin de faciliter et de réduire les efforts lors de périodes de confinement.

Les questions que vous posez concernant l'opérationnalisation du plan et les éléments tels que menaces internes vs. menaces externes de-

team voor het crisisbeheer te activeren dat beveiligingsmaatregelen kan nemen zonder ter plaatse aanwezig te zijn. Het ziekenhuisnoodplan moet tevens maatregelen bevatten voor de instandhouding van de kritieke activiteiten gedurende 96 uur, hetzij met eigen middelen, hetzij met middelen van derden die vooraf worden vastgelegd.

Hoeveel ziekenhuizen worden als kritieke infrastructuur beschouwd? Wordt er, gelet op de juridische, financiële en operationele implicaties van dat koninklijk besluit, overleg gepleegd met de ziekenhuisfederaties? Wat zijn de uitvoeringstermijnen? Hoe zullen de ziekenhuizen ondersteund en gefinancierd worden? Wordt er in een financiering voorzien voor de beveiliging van de buitenparkings? Wie zal er in geval van een lockdown gedurende 96 uur belast worden met de regulering en de handhaving ervan? Wat gebeurt er wanneer de dreiging van binnenuit komt?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: Negen ziekenhuizen werden als kritieke infrastructuur aangemerkt, maar omdat die aanmerking om veiligheidsredenen geheim wordt gehouden, mag dit niet met derden besproken worden. Met de ziekenhuisfederaties wordt er hierover dus geen overleg gepleegd. Er is wel actief overleg tussen mijn administratie en de instellingen in kwestie.

Zij hebben een jaar de tijd om het veiligheidsplan op te stellen, waarvan de uitvoering het jaar nadien wordt geëvalueerd. Daarbij kunnen zij rekenen op de ondersteuning van mijn administratie, het Nationaal Crisiscentrum en het betrokken gemeentebestuur. We onderzoeken de mogelijkheid om de ziekenhuizen in kwestie een startbudget toe te kennen. Als er infrastructuurbudgetten nodig zijn, moeten de instellingen gewestelijke fondsen aanspreken.

vront être pris en compte dans le plan sécuritaire qui incombe aux institutions.

Elke instelling heeft een andere infrastructuur, waardoor het voor mij onmogelijk is om nader in te gaan op generieke steunmechanismen; sommige ziekenhuizen hebben al beveiligingsmaatregelen genomen tijdens de coronacrisis, terwijl andere nog zullen moeten investeren in infrastructuur.

Uw vragen over de operationalisering van het plan zullen moeten worden meegenomen in het veiligheidsplan, dat onder de verantwoordelijkheid van de instellingen in kwestie valt.

13.03 **Caroline Désir (PS):** Merci, monsieur le ministre, pour ces réponses.

Je ne suis évidemment pas encore pleinement rassurée sur le soutien financier car nous connaissons les difficultés financières rencontrées par les institutions hospitalières et, dans certains cas, la mise en œuvre de cet arrêté royal nécessitera des investissements. Nous resterons attentifs à ce dossier.

13.03 **Caroline Désir (PS):** Ik ben niet volledig gerustgesteld wat de financiële ondersteuning betreft van de ziekenhuizen, die momenteel in zwaar weer verkeren.

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

14 **Question de Jean-Luc Crucke à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interdiction de fumer aux terrasses de café" (56000301C)**

14 **Vraag van Jean-Luc Crucke aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rookverbod op cafeterrassen" (56000301C)**

14.01 **Jean-Luc Crucke (Les Engagés):** Comme vous l'avez sans doute vu, monsieur le ministre, la Commission européenne a publié assez récemment un document reprenant des recommandations dans la lutte contre le tabagisme. L'une de ces propositions vise l'interdiction de la cigarette sur les terrasses des bars et des restaurants. À titre personnel, j'aime les bars, les restaurants et les terrasses, et je suis toujours contrarié de devoir me déplacer lorsque je me trouve à côté d'un fumeur.

Il ne serait toutefois pas correct de dire que rien n'a été fait, puisque la Belgique dispose de la stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac. Une législation vise par ailleurs spécifiquement les terrasses, puisque la cigarette est autorisée uniquement dans les dénommées "terrasses ouvertes", c'est-à-dire dont au moins un des côtés n'est pas fermé.

Le tabac est une des causes, pour ne pas dire la cause principale, des cancers. Il convient sans doute de le répéter encore davantage au mois d'octobre.

Quelle lecture faites-vous, comme ministre de la Santé, de ce document de la Commission européenne? Permet-il à votre avis de renfor-

14.01 **Jean-Luc Crucke (Les Engagés):** De Europese Commissie heeft aanbevelingen geformuleerd in de strijd tegen het roken. Een van die aanbevelingen heeft betrekking op een rookverbod op de terrassen van bars en restaurants. Krachtens de wetgeving mag men roken op zogenaamde open terrassen; het gaat daarbij over terrassen die aan ten minste één kant niet gesloten zijn.

Maakt het rapport van de Europese Commissie het mogelijk om de wetgeving aan te scherpen? Zo ja, in verband met welke aspecten? Zou men de vertegenwoordigers van de horecasector en de verenigingen voor kankerbestrijding niet om de tafel moeten brengen om via een consensus tot een gezamenlijk standpunt te komen en zodoende

cer la législation? Le cas échéant, quels sont ces axes de renforcement?

Par ailleurs, comme il vaut toujours mieux prévenir que guérir, tant sur le plan médical que d'un point de vue humain et associatif, n'y a-t-il pas lieu de réunir autour de la table, pour éviter les écueils du passé, le secteur de l'horeca, mais aussi les associations qui luttent contre le cancer, pour tenter de trouver, par le biais de la législation, une position consensuelle, qui permette à la fois de faire avancer le dossier et d'établir un calendrier?

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je crois que les nouvelles recommandations de la Commission européenne sur les *smoke-free environments* sont un pas dans la bonne direction. Ces recommandations aideront les États membres à implémenter les engagements déjà pris dans le cadre du *Framework Convention on Tobacco Control* de l'OMS.

Il est très positif que non seulement les lieux fermés mais aussi les lieux extérieurs soient inclus dans le champ d'application des recommandations. Cela s'inscrit dans la continuité des interdictions de fumer inscrites dans la stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac et introduites dans la loi du 22 décembre 2009 par notre loi du 26 mars 2024. Les recommandations sont actuellement encore en discussion au sein du Conseil de l'Union européenne et les textes peuvent encore évoluer. Lors de l'évaluation en 2025 de la stratégie interfédérale, comme exécutée par le plan tabac, ces recommandations seront incluses dans les discussions à venir et les mesures nécessaires seront proposées pour aligner pleinement la législation belge sur ces nouvelles recommandations.

J'ai toujours été un fervent partisan d'une interdiction de fumer de grande envergure. Je salue donc les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie pour une génération sans tabac, mais ceux-ci restent le résultat d'un compromis. Ces recommandations de l'UE ainsi que les conseils antérieurs de l'OMS peuvent aider à trouver une majorité pour étendre davantage les interdictions de fumer en plein air.

Une évaluation du plan tabac aura donc lieu en 2025. À cette date, un dialogue politique devra avoir lieu en vue d'y introduire éventuellement de nouvelles mesures. Je pense, par exemple, à l'analyse menée par mon administration dans le cadre de la stratégie interfédérale, dans laquelle les terrasses et les plages ont été identifiées comme prioritaires pour la poursuite du développement des environnements sans fumée. L'OMS souligne aussi depuis des années que la Belgique doit mettre fin aux fumeurs. Malheureusement, cette suppression n'a pas fait l'unanimité.

En décembre 2023, une consultation exploratoire a eu lieu avec les représentants des fédérations horeca concernant une éventuelle interdiction de fumer sur les terrasses de l'horeca. Il s'agissait d'une première consultation qui a montré que le secteur est opposé à une telle interdiction. Dans le cadre de l'évaluation du plan tabac et des nouvelles recommandations de la Commission européenne, qui ont inclus les terrasses dans le champ des recommandations, une consultation de suivi peut bien être envisagée sur ce point avec toutes les parties prenantes nécessaires.

voortgang te boeken in dat dossier?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: De nieuwe Europese aanbevelingen inzake rookvrije ruimtes zijn een stap in de goede richting. Ze zullen de lidstaten helpen om de verbintenissen die reeds aangegaan werden in het kader van de raamovereenkomst van de WHO inzake de bestrijding van het tabaksgebruik door te voeren. Het is een goede zaak dat de gesloten ruimtes, maar ook de buitenruimtes beoogd worden, want dat ligt in het verlengde van de interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie.

De Raad van de Europese Unie bespreekt die aanbevelingen nog en ze zullen dus kunnen evolueren. Ze zullen besproken worden tijdens de evaluatie van de interfederale strategie, teneinde de Belgische wetgeving af te stemmen op de Europese regelgeving en de verbodsbepalingen inzake roken in de open lucht uit te breiden. Mijn administratie heeft voorgesteld om in de eerste plaats het vizier te richten op stranden en terrassen. De WHO hamert er al jaren op dat België de rookruimtes moet verbieden, maar daar bestaat geen eensgezindheid over.

In december 2023 bleek tijdens een verkennende consultatieronde met de vertegenwoordigers van de horecaverenigingen dat zij gekant waren tegen een rookverbod op terrassen. Wanneer het tabaksplan en de nieuwe Europese aanbevelingen geëvalueerd zullen worden, kan er overwogen worden om een nieuwe consultatieronde te organiseren.

14.03 Jean-Luc Crucke (Les Engagés): Je partage votre sensibilité et votre point de vue. Je crois aussi qu'il est opportun et important que la Commission européenne ait mis le doigt sur la problématique. Il faut aussi qu'elle continue à appuyer sur le champignon pour qu'il puisse y avoir des avancées substantielles dans ce domaine-là et pas uniquement par rapport à la problématique des lieux ouverts dont je vous parle aujourd'hui.

J'entends que les discussions se poursuivent au sein de la Commission. Je peux souvent admettre qu'il ne faut pas de *gold plating* (*doreure*), mais je pense qu'en matière de santé, on ne peut même pas en parler: si nous pouvons faire mieux, nous devons le faire. C'est d'autant plus vrai si des budgets sont épargnés plutôt que dépensés pour soigner ceux qui sont atteints de cancer.

J'approuve la stratégie interfédérale et je vous en remercie. Vous rappelez qu'il y a déjà eu des dialogues avec le secteur et que vous êtes favorable au fait que le dialogue se poursuive avec le secteur horeca. J'insisterai sur un seul point: il faut mettre les associations qui luttent contre le cancer autour de la table avec le secteur de l'horeca. Parfois c'est comme ça qu'on comprend mieux la réalité: pas seulement celle de son portefeuille, mais aussi celle de ceux qui, même lorsqu'ils ont un portefeuille, peuvent un jour être atteints d'un cancer.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

15 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le test prénatal non invasif (NIPT)" (56000318C)

15 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-invasieve prenatale test (NIPT)" (56000318C)

15.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, depuis le 1^{er} juillet 2017, le test prénatal non invasif est remboursé par l'INAMI pour toutes les personnes enceintes qui le souhaitent, et ce dès la 12^e semaine de grossesse. Il s'agit d'un test effectué sur la base d'une prise de sang, qui vise à dépister la trisomie 21 chez le fœtus.

Il existe actuellement plusieurs types de tests sur le marché: les tests commerciaux (VeriSeq, Harmony, Vandid) utilisés par les laboratoires de biologie clinique, et les tests développés par les centres de génétique reconnus. Il me revient que la qualité et la quantité d'informations recherchées varient fortement en fonction du test effectué. Ainsi, dans les centres de génétique, au-delà de la trisomie 21, les tests permettent également de dépister de nombreuses anomalies chromosomiques fœtales mais aussi des anomalies chromosomiques maternelles ou même tumorales.

Monsieur le ministre, quelle est l'évolution du nombre de tests réalisés depuis leur remboursement en 2017? À quel pourcentage de personnes enceintes cela correspond-il?

Quel est le pourcentage de tests actuellement réalisés par les laboratoires de biologie clinique, d'une part, et les centres de génétique reconnus, d'autre part?

Des études scientifiques ont-elles pu être menées sur la sensibilité et

14.03 Jean-Luc Crucke (Les Engagés): De Europese Commissie heeft de vinger op een prioritaire zere plek gelegd. Inzake gezondheid is er altijd ruimte voor verbetering. Preventie kost minder dan kankerzorg. Ik ben blij met de inter-federale strategie en met uw voorstellen om de dialoog met de horecasector voort te zetten. Ik dring erop aan om de verenigingen voor kankerbestrijding daarbij te betrekken, want hun input is leerrijk.

15.01 Caroline Désir (PS): Sinds 1 juli 2017 wordt de niet-invasieve prenatale test (NIPT-test) door het RIZIV terugbetaald voor alle zwangere vrouwen vanaf de twaalfde week van de zwangerschap. Via een bloedafname kan trisomie 21 bij de foetus vastgesteld worden. Er zijn verschillende types tests op de markt, waardoor de kwaliteit en het aantal aspecten waarop er getest wordt, varieert. In de laboratoria voor klinische biologie worden er commerciële tests gebruikt, maar er worden andere tests ontwikkeld door de erkende centra voor menselijke erfelijkheid, waarmee er ook chromosomale afwijkingen bij de foetus of de moeder, en zelfs tumoren gedetecteerd kunnen worden.

Hoe evolueert het aantal uitgevoerde tests sinds deze terugbetaald worden? Met welk percentage zwangere vrouwen komt dat

la spécificité des tests actuellement disponibles? Existe-t-il une nomenclature spécifique pour les tests qui ont une portée de dépistage plus large, réalisés par les centres de génétique reconnus? Si non pourquoi?

Enfin, j'aimerais savoir si la patiente est systématiquement informée des informations plus larges qu'elle pourrait avoir à connaître en effectuant un test via un centre de génétique reconnu. Comment le libre choix de la patiente est-il garanti dans ce cadre?

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Désir, en 2023, on comptait plus ou moins 110 000 femmes enceintes. De ce nombre, 100 556 (91 %) ont subi un test prénatal non invasif (NIPT). Ce taux est resté stable au cours des dernières années.

Pour votre deuxième question, environ 70 % des tests sont effectués dans un centre génétique reconnu, contre 30 % dans les laboratoires de biologie clinique.

S'agissant de votre troisième question, ma réponse sera négative: le gouvernement n'a pas commandé d'étude.

Il en va de même pour votre quatrième question. Pour les femmes enceintes, la nomenclature ne prévoit que la détection de la trisomie 21 et non d'autres troubles héréditaires. Cela dit, tous les laboratoires testent quand même les trisomies 13, 18 et 21. Il s'agit de détecter trois affections extrêmement graves. Il existe aussi un consensus parmi tous les laboratoires en vue de signaler les cancers détectés, si c'est le cas, mais c'est heureusement très rare.

Si les centres de génétique humaine souhaitent rechercher plus d'anomalies génétiques, celles-ci ne font pas partie de ce qui est remboursé à l'heure actuelle. Seule est en effet prise en charge la détection de la trisomie 21. Détecter d'autres anomalies génétiques nécessite un débat éthique et public. Nous ne rembourserons des tests supplémentaires dans le cadre de l'assurance maladie que si est exprimée une demande claire après un débat approfondi et, évidemment, à condition que les preuves scientifiques soient disponibles.

Le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique a émis plusieurs avis relativement au test prénatal non invasif. Je pense ainsi à l'avis n° 76 du 30 avril 2021, qui traite de la question de savoir s'il est souhaitable d'informer les parents des anomalies numériques affectant les chromosomes sexuels et détectées par les NIPT. L'avis porte sur la prévalence et les caractéristiques des syndromes de Turner, de Klinefelter, triple X et de Jacob, ainsi que sur les considérations éthiques entourant la prise de décision éclairée, de même que sur les avantages et inconvénients potentiels de la communication de cette information.

Ce conseil met l'accent sur la nécessité d'une communication attentive

overeen? Welk percentage van die tests worden respectievelijk door laboratoria voor klinische biologie en door erkende centra voor menselijke erfelijkheid uitgevoerd? Worden er studies uitgevoerd met betrekking tot de gevoeligheid en de specificiteit van de tests? Bestaat er een specifieke nomenclatuur voor tests waarbij er een uitgebreider gamma van aandoeningen opgespoord kunnen worden? Worden de patiënten geïnformeerd over de mogelijkheden die een erkend centrum voor menselijke erfelijkheid biedt? Hoe wordt hun keuzevrijheid gegarandeerd?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: In 2023 hebben 100.156 van de 110.000 zwangere vrouwen een NIPT-test ondergaan, wat neerkomt op 91 %. Dat percentage bleef stabiel in 2024. Ongeveer 70 % van de tests wordt uitgevoerd in een erkend genetisch centrum, tegenover 30 % in laboratoria voor klinische biologie. De regering heeft geen studie besteld. De nomenclatuur voorziet enkel in het opsporen van trisomie 21, maar alle labo's testen op trisomie 13, 18 en 21. Alle labo's zijn het er bovendien over eens dat ook vastgestelde kankers meegedeeld moeten worden, maar dat is uiterst zeldzaam.

Het opsporen van andere afwijkingen valt niet onder de terugbetaling van de test. Daarvoor is er een ethisch en publiek debat vereist. Aanvullende tests betalen we alleen terug als daarom verzocht wordt na een grondig debat en als er bewijsmateriaal voorhanden is. Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft verschillende adviezen uitgebracht over de NIPT-test, waaronder advies nr. 76 uit 2021 over het meedelen van numerieke afwijkingen van geslachtschromosomen.

Het advies handelt over de prevalentie en de kenmerken van het syndroom van Turner, het syndroom van Klinefelter, het triple X-

et d'un consentement éclairé lors de l'utilisation du NIPT. Si les centres de génétique humaine recherchent d'autres anomalies, nous ne sommes pas en mesure de les empêcher de le faire, à condition qu'ils ne le facturent pas à la patiente.

En ce qui concerne votre cinquième question, au cas où des informations plus larges sont recherchées par un centre de génétique humaine, le patient en est informé et doit donner son accord.

syndroom en het syndroom van Jacobs, alsook over de ethische overwegingen omtrent een weloverwogen beslissing en de pertinentie van informatieverstrekking.

Dat comité onderstreept het belang van een zorgvuldige communicatie en een weloverwogen toestemming in het kader van het gebruik van de NIPT-test. Als de centra voor antropogenetica andere afwijkingen onderzoeken, kunnen we daar niets tegen doen, voor zover dat niet gefactureerd wordt aan de patiënte.

Als een genetisch centrum nog andere afwijkingen onderzoekt, moet de patiënt daarvan op de hoogte gebracht worden en er toestemming voor geven.

15.03 Caroline Désir (PS): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse.

C'est effectivement un débat sensible puisqu'il touche à des questions éthiques. Il est vrai que si le dépistage réalisé par les centres de génétique permet d'éviter des maladies très lourdes qui peuvent entraîner le décès de l'enfant, voire celui de la mère, on comprend l'intérêt d'élargir le champ de la recherche à ce sujet. Je serai ravie de poursuivre ce débat sous la forme de futures questions.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.49 uur.
La réunion publique de commission est levée à 15 h 49.*

15.03 Caroline Désir (PS): Dit is een gevoelig debat. Als genetische centra ernstige ziektes kunnen opsporen die tot het overlijden van het kind of zelfs de moeder leiden, is het belangrijk dat het onderzoek verruimd wordt. Ik zal hier nog op terugkomen.