

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 24 JUNI 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 24 JUIN 2025

Après-midi

De behandeling van de vragen vangt aan om 15.24 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Petra De Sutter.

Le développement des questions commence à 15 h 24. La réunion est présidée par Mme Petra De Sutter.

De teksten die 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.

De **voorzitter**: Goedemiddag collega's, we beginnen de vragensessie. Mevrouw Farih is niet aanwezig, dus haar vragen nrs. 56005079C, 56005085C en 56005116C worden uitgesteld. Mevrouw Schlitz is evenmin aanwezig voor haar vraag nr. 56005128C.

[01] Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het uitblijven van enig perspectief voor oude mHealthdossiers" (56005135C)

[01] Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'absence de toute perspective pour d'anciens dossiers mHealth" (56005135C)

[01.01] Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de mHealthdossiers die al een tijdje in het systeem zitten en waarvan niet zo duidelijk is wat ermee aan het gebeuren is.

Op de website van mHealthBelgium staan heel wat apps vermeld die voldoen aan de criteria die door de overheid worden opgelegd. Eind april waren het er ongeveer 30.

Als ik goed geïnformeerd ben, bestaat de website mHealthBelgium sinds begin 2019 en werd het topniveau M3, dat slaat op terugbetalingen, geactiveerd in januari 2021. Toen heeft het RIZIV een template en een procedure publiek gemaakt waarbij technologiebedrijven een aanvraag tot terugbetaling konden insturen

Volgens de website mHealthBelgium hebben verschillende, meestal Belgische, bedrijven dat ook gedaan, waarna een beoordeling werd opgemaakt door het RIZIV. Deze beoordeling werd voorgelegd aan het Verzekeringscomité. Het Verzekeringscomité gaf het RIZIV de opdracht om er werk van te maken en een zorgpad met de bijhorende financiering uit te werken.

Zo zouden minstens vier bedrijven elk voor één van hun producten een positieve beoordeling gekregen hebben: één in het domein van de oncologie, een ander in het domein van telemonitoring voor slaapapneüptie, en de twee andere voor alternatieven voor Holter recording om hartproblemen op te sporen. Volgens de mHealthBelgiumwebsite zijn al deze zorgpaden in wording. Dit betekent dus dat ze nog steeds niet bestaan en dat deze technologieën nog steeds wachten om gefinancierd te worden, maar vooral ook dat deze innovaties amper of niet tot bij de Belgische patiënt en zorgverlener komen.

Dit roept wel wat vragen op.

Is de informatie die ik vernam via de mHealthBelgiumwebsite correct? Met andere woorden, hebben al die mHealthdossiers al zoveel jaren geleden een dossier ingestuurd dat positief werd beoordeeld, maar

waarvoor ze nog steeds wachten op de verhoopte financiering? Zo ja, wat is voor elk van deze zorgpaden concreet de stand van zaken en waarom duurt het zo lang? Tegen wanneer verwacht u resultaat, zodat zorgverleners en patiënten betere en efficiëntere zorg kunnen leveren en krijgen? Hoeveel andere dossiers werden recentelijk nog ingestuurd en beoordeeld? Lopen de processen nu beter en sneller? Tot slot, hoe wil u dit in de toekomst aanpakken, daar technologische vooruitgang en digitale gezondheidszorgapplicaties specifiek in het regeerakkoord staan vermeld, met onder andere de vermelding van heldere tijdlijnen en een duidelijk perspectief voor de aanvragers?

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het klopt dat in de periode tussen januari 2021 en september 2023 vier dossiers werden ingediend in het kader van het M3-niveau van de validatiepiramide die positief werden geëvalueerd. Het ging echter niet om terugbetalingsaanvragen, maar om notificaties. Dat betekent dat een specifieke werkgroep van het Verzekeringscomité werd opgericht om het dossier te evalueren. Die werkgroep beschikte noch over het budget, noch over de bevoegdheid om concrete terugbetalingen uit te werken. Dat bleef het domein van de bestaande overlegorganen. Wat de werkgroep wel deed, was het Verzekeringscomité adviseren, dat op zijn beurt de opdracht kon geven om verdere actie te ondernemen.

Voor oncologie stelde de werkgroep vast dat binnen de huidige regelgeving telemonitoring reeds mogelijk was en in de praktijk ook gebeurde, onder meer via het forfait voor oncologische basiszorg. Daarnaast stelde de werkgroep vast dat het huidige zorgpad oncologie niet meer in lijn is met de huidige praktijkrichtlijnen en dat een grondige herziening, met aandacht voor digitalisering en transmurale aspecten, noodzakelijk is. Die uitgebreide herziening is lopende, maar zal nog enige tijd in beslag nemen. Voorts is er in het kader van de vernieuwde mHealthprocedure ook een project lopende om telemonitoring bij oncologie toch al verder uit te breiden, in afwachting van de brede hervorming.

Voor slaapapneu werd door de werkgroep vastgesteld dat telemonitoring een medische waarde kan bieden bij de opstart en daarnaast organisatorische voordelen kan opleveren. Er werd aanbevolen om telemonitoring op te nemen in de overeenkomst slaapapneu, die beheerd wordt door het College van artsen-directeuren, met een duidelijke focus op hybridezorg. De herziening van die overeenkomst, die veel verder gaat dan enkel de introductie van telemonitoring, is momenteel lopende, maar verloopt in alle eerlijkheid moeizaam. Telemonitoring mogelijk maken parallel aan die overeenkomst is niet aangewezen, onder meer omdat de organisatorische voordelen dan niet behaald kunnen worden.

Voor de twee dossiers rond de detectie van hartritmestoornissen adviseerde de werkgroep de Technisch Geneeskundige Raad om de nomenclatuur voor holtermonitoring te herzien. Die is momenteel beperkt tot monitoring van vierentwintig uur, terwijl nieuwe technologieën het mogelijk maken om langere periodes te monitoren. De Technisch Geneeskundige Raad heeft inmiddels een concreet voorstel goedgekeurd, dat momenteel aan de andere organen binnen het RIZIV wordt voorgelegd.

Vervolgens is er zoals aangehaald sinds oktober 2023 een nieuwe procedure voor mobiele medische toepassingen in voege getreden, die verschillende wijzigingen met zich heeft meegebracht. Een belangrijke wijziging is de oprichting van een vaste multidisciplinaire werkgroep die de taak heeft om concrete terugbetalingsvoorstellen uit te werken en daarvoor richttermijnen heeft.

Deze voorstellen dienen wel nog steeds door de overlegorganen met de formele bevoegdheid gevalideerd te worden. Daarnaast is er een beperkt specifiek mHealthbudget voorzien. In dit kader werd een tweede dossier ingediend voor telemonitoring bij oncologie. Een concreet voorstel om de mogelijkheid tot telemonitoring bij deze patiënten in beperktere mate verder uit te breiden, bevindt zich in een vergevorderd stadium en is mogelijk gemaakt door het specifieke mHealthbudget. Daarnaast wordt sinds januari 2025 telemonitoring bij hartfalen terugbetaald. Deze terugbetaling kwam niet tot stand na een formele terugbetalingsaanvraag, maar werd wel in nauw overleg met alle betrokken stakeholders, waaronder ook Agoria en beMedTech, uitgewerkt.

Ten derde is het duidelijk dat verdere verbeteringen aan de terugbetalingsprocedure voor mobiele medische toepassingen noodzakelijk zijn. Een grondige evaluatie van potentiële toepassingen blijft nodig om *value-based* te werken. Er moet echter ook worden bekeken hoe concrete terugbetalingsvoorstellen sneller kunnen worden uitgewerkt en geïmplementeerd. Het RIZIV onderzoekt momenteel verschillende pistes hierover, onder meer op basis van het KCE-rapport van begin 2023, eigen ervaringen en ervaringen vanuit het buitenland.

De budgettaire uitdagingen waarvoor we staan, blijven echter een bemoeilijkende factor. De voorgestelde kostenbesparende effecten, zoals minder ligdagen, leiden in de praktijk niet tot een besparing op het huidige budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

01.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het is goed te horen dat er inspanningen worden gedaan om alles transparanter en concreter te maken. Telemonitoring kan er immers voor zorgen dat zorg dichterbij wordt gebracht, dat de patiënt zijn zorg meer in eigen handen heeft en deze beter kan opvolgen. Daarnaast kunnen bepaalde aandoeningen op langere termijn beter in beeld worden gebracht, waardoor risicomomenten beter kunnen worden gedetecteerd en patiënten op het juiste moment kunnen worden opgeroepen naar het ziekenhuis voor verder onderzoek. Wij geven dan ook al onze steun aan het verder uitwerken van protocollen die deze dossiers in een stroomversnelling kunnen brengen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'encadrement insuffisant de la médecine esthétique non chirurgicale en Belgique" (56005132C)

- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les pratiques illégales en médecine esthétique" (56005353C)

- Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les faux médecins esthétiques et les injections" (56005392C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le contrôle et l'enregistrement des médecins pratiquant des interventions esthétiques" (56005969C)

02 Samengevoegde vragen van

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het ontoereikende kader voor de niet-heelkundige esthetische geneeskunde in België" (56005132C)

- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Illegale praktijken in de esthetische geneeskunde" (56005353C)

- Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Injecties die toegediend worden door personen die geen cosmetisch arts zijn" (56005392C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controle en de registratie van artsen die esthetische ingrepen invoeren" (56005969C)

02.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, la Royal Belgian Society for Plastic Surgery (RBSPPS) alerte la commission de la Santé sur une série de dérives préoccupantes dans la pratique de la médecine esthétique non chirurgicale dans notre pays. Pourtant, des lois existent en ce domaine. Je pense ainsi à la loi du 23 mai 2013 relative à la médecine esthétique et à la loi "qualité" du 22 avril 2019. La réalité sur le terrain démontre un manque criant de contrôle et d'application de ces textes. Ainsi, des actes médicaux comme les injections de toxine botulique, d'acide hyaluronique ou de PRP sont de plus en plus souvent accomplis par des personnes sans formation médicale adéquate, voire par des non-médecins, dans des lieux inappropriés (salons de beauté, hôtels), parfois même par des praticiens étrangers de passage qui ne rendent aucun compte par la suite.

Cette situation expose les patients à des complications graves (infections, nécroses, séquelles esthétiques ou fonctionnelles irréversibles) et génère un coût indirect pour la sécurité sociale, notamment en raison de la prise en charge des actes correctifs par les urgences ou les spécialistes. La prolifération de produits injectables illégaux, la banalisation de l'auto-injection via internet et la promotion de ces pratiques par des influenceurs sur les réseaux sociaux aggravent encore la situation.

Dès lors, monsieur le ministre, que comptez-vous entreprendre pour renforcer l'application des lois existantes en matière de médecine esthétique? Envisagez-vous de reconnaître officiellement un titre de médecin-esthétique, soumis à une formation certificatrice afin de protéger les patients et de

professionnaliser ce secteur? Des campagnes d'information ou de sensibilisation sont-elles prévues? Enfin, des contrôles accrus des pratiques illégales sont-ils envisagés, y compris à l'encontre des prestataires étrangers exerçant sans autorisation sur notre territoire?

02.02 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, de plus en plus de jeunes ont recours à des soins de chirurgie esthétique, en particulier à des injections d'acide hyaluronique. Pour trouver un praticien, un grand nombre se tourne vers les réseaux sociaux où les *followers* servent de recommandations. Or, dans certains cas, des complications post-infection peuvent survenir et entraîner une infection sérieuse.

Certains de ces "médecins" sont en réalité repris à la Banque-Carrefour des Entreprises (BCE) comme perceurs-tatoueurs et traitant dans les soins esthétiques et autres activités de traitement esthétique, mais proposent malgré tout ces injections. La question de l'accès à la formation et des normes sanitaires est donc particulièrement pertinente.

Dans un cas relayé par les médias, le médecin en question était inscrit à l'Ordre national, mais de Roumanie. Ce dernier ne pouvait donc pas exercer en Belgique sous son appellation de médecin. De plus, d'autres faux praticiens ont déjà été identifiés, comme des infirmières ou des esthéticiennes qui pratiquaient ces injections alors que seul l'un des 300 médecins esthétiques reconnus peut le faire.

Monsieur le ministre, comment l'Ordre des médecins lutte-t-il contre les faux praticiens? Que mettez-vous en place pour les médecins diplômés/déclarés à l'étranger? L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) enquête-t-il sur ces pratiques? Relayez-vous l'information aux autorités lorsqu'une demande de remboursement faite par un médecin non reconnu vous parvient? Combien de complications causées par des injections réalisées chez des faux médecins ont-elles pu être identifiées?

02.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, illegale medische handelingen in de esthetische sector vormen een ernstig en groeiend probleem. Sociale media blijken zich steeds meer te lenen voor fora om bepaalde medisch-esthetische behandelingen te promoten. Het gaat dan vooral om Instagram, met allerlei voor- en nafoto's, waarmee aanbieders laten weten dat ze botox en fillers aanbieden. Wat meestal minder duidelijk is, is of ze daarvoor wel bevoegd zijn.

Deze praktijken vallen onder de illegale uitoefening van de geneeskunde en zijn wettelijk verboden, maar worden blijkbaar amper gecontroleerd, gezien het gemak waarmee ze op sociale media gevonden kunnen worden. Het is de behandelaars met het juiste diploma een doorn in het oog dat het FAGG wel streng toekijkt op hun websites en ze worden berispt als er daarop melding wordt gemaakt van bijvoorbeeld botox, zelfs als dat informatief of om niet-esthetische redenen is, terwijl de illegale praktijken buiten schot lijken te blijven.

Om dit in de toekomst beter aan te pakken, kan Denemarken misschien als gidsland dienen. Het toont aan dat het anders kan. In Denemarken is registratie verplicht voor elke arts die esthetische behandelingen uitvoert. Indien men zich niet registreert, riskeert men een boete. Voor patiënten biedt dit systeem meer transparantie, want men kan heel eenvoudig nagaan of een behandelaar officieel erkend en bevoegd is.

Mijnheer de minister, hoeveel controles zijn er in 2024 uitgevoerd bij illegale esthetische ingrepen door niet-artsen? Waarom treedt het FAGG nauwelijks op tegen deze illegale praktijken - zo lijkt het althans -, terwijl erkende artsen wel snel gevisieerd worden bij het vermelden van bijvoorbeeld botox op hun website?

In juni 2024 gaf u nog aan dat de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen verder werkt aan de erkenningscriteria voor specialisten in de niet-chirurgische esthetische geneeskunde. Wat is de stand van zaken daarvan? Hoe evalueert u de Deense aanpak, waarbij artsen zich verplicht moeten registreren als ze esthetische behandelingen aanbieden? Overweegt u een gelijkaardig systeem in België?

Bent u bereid om de oprichting van een centraal en toegankelijk registratiesysteem te onderzoeken, waarbij artsen die esthetische handelingen uitvoeren zich moeten inschrijven? Denkt u dat er sancties moeten worden gekoppeld aan niet-registratie? Hoe wilt u in de toekomst zorgen voor een betere controle op illegale medische praktijken in de esthetische sector? Op welke manier zult u ervoor zorgen

dat het FAGG een actievare en meer gerichte rol opneemt in het aanpakken van niet-erkende aanbieders?

02.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Bacquelaire, monsieur Dufrane, je tiens tout d'abord à rappeler que le contrôle de ce secteur et la lutte contre les pratiques illégales ne dépendent pas uniquement du SPF Santé publique. Outre la Commission fédérale de contrôle, d'autres instances jouent également un rôle en matière de surveillance et de contrôle, notamment le Service de contrôle et d'évaluation médicaux (SECM) de l'INAMI, l'Inspection économique, le ministère public et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). Ces institutions collaborent aussi étroitement que possible.

En ce qui concerne les avis, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) et le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes ont également un rôle à jouer.

Permettez-moi, en premier lieu, d'aborder les conditions requises pour obtenir un visa en Belgique. Tout professionnel de santé ayant fait reconnaître son diplôme par l'une des Communautés de Belgique doit fournir à mon administration les documents suivants afin de pouvoir obtenir le visa l'autorisant à pratiquer sa profession: un certificat de bonne vie et mœurs qui consiste en un extrait de casier judiciaire; un certificat de bonne conduite professionnelle et une preuve de maîtrise suffisante de l'une des trois langues nationales. En outre, toute personne souhaitant exercer la médecine doit également être enregistrée auprès de l'Ordre des médecins.

La législation belge offre un cadre strict et restreint l'accès aux activités de médecine esthétique. Afin de garantir la qualité et la sécurité de la population, la loi du 23 mai 2013 prévoit la possibilité d'attribuer un titre professionnel particulier aux médecins se spécialisant dans la médecine esthétique non chirurgicale.

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a déjà rendu un avis en 2015 concernant un parcours de formation et les compétences finales à acquérir. Dans cet avis, il a toutefois été recommandé de limiter l'accès à cette formation aux médecins déjà qualifiés en tant que spécialistes reconnus ou généralistes reconnus. L'importance d'une expérience clinique préalable et continue, à la fois large et approfondie, tout au long de la carrière professionnelle a été soulignée.

Le nouveau titre professionnel devrait donc idéalement être un titre de niveau 3. Cet avis supposait une modification de la loi du 23 mai 2013, qui a entre-temps été réalisée. Un groupe de travail est en train d'être constitué au sein du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes pour traiter la problématique des interventions esthétiques. L'un des points à traiter est la mise à jour de l'avis de 2015 afin de formuler un avis sur les critères de reconnaissance pour le titre de niveau 3.

Les critères d'agrément du nouveau titre de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale ne peuvent pas être développés sans une analyse suffisamment détaillée. Le Conseil supérieur examinera d'ailleurs la problématique de la médecine esthétique d'une façon plus large, ce qui peut avoir des implications pour les compétences à acquérir et le trajet de formation nécessaire. L'avis de 2015 avait par exemple dessiné un parcours, sans toujours tenir compte des disponibilités de certaines places de stage. C'était notamment le cas pour l'expérience proposée en chirurgie vasculaire.

Je veux aussi souligner que les prestations liées aux soins esthétiques ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. Les prestataires qui ne facturent pas leurs prestations à l'assurance obligatoire ne relèvent pas des compétences de l'INAMI.

En ce qui concerne le rôle de la Commission fédérale de contrôle dans la surveillance des praticiens de la chirurgie esthétique, la Commission surveille l'exercice illégal des soins de santé et collabore étroitement avec les services d'inspection de l'AFMPS, les parquets et les services d'inspection de l'INAMI. Ces différentes institutions procèdent à des échanges de données, à des inspections et à des procédures menées en commun, notamment dans le cadre de la médecine esthétique. Par ailleurs, ces institutions portent une attention accrue à la lutte contre les pratiques illégales en matière de médecine esthétique. Les inspecteurs de la Commission fédérale de contrôle dénoncent régulièrement au parquet ces pratiques illégales et assistent régulièrement les parquets et les services de police en qualité d'experts. Les services d'inspection de la Commission fédérale de contrôle gagneraient certainement à voir leurs compétences d'action élargies à d'autres volets de la santé publique et à voir

leur capacité de constatation accrue. Je souhaite également renforcer les pouvoirs d'investigation et de constatation des inspecteurs.

Enfin, je voudrais permettre de sanctionner de manière plus efficace l'exercice illégal, en permettant à mon administration d'infliger des amendes administratives aux contrevenants. Ces éléments sont développés dans un volet de la loi de réforme.

D'après les chiffres de la Commission fédérale de contrôle, il apparaît qu'un faible pourcentage des dossiers concerne cette problématique. La Chambre francophone de la Commission fédérale de contrôle a ouvert 27 dossiers liés à la pratique de l'esthétique médicale, parmi lesquels 22 dossiers sont relatifs à un exercice illégal commis majoritairement par des non-professionnels de la santé, 13 ont été dénoncés au parquet, 9 sont en cours de traitement par les inspecteurs de la Commission fédérale de contrôle, en collaboration ou non avec la police. La Chambre néerlandophone de la même Commission a ouvert 37 dossiers liés à la pratique de l'esthétique médicale, dont 5 ont été dénoncés au parquet. Il faut ajouter que les inspecteurs de la Commission fédérale de contrôle collaborent régulièrement aux opérations des services de police pour inspecter les salons esthétiques, où les infractions sont immédiatement relevées par les policiers, avec le soutien des inspecteurs santé.

J'en viens aux actions de l'AFMPS concernant les produits utilisés. Parmi ceux qui sont mentionnés dans la question, les produits contenant de l'acide hyaluronique destinés au comblement du visage, de la peau ou des muqueuses, bien que dépourvus de destination médicale, relèvent du champ d'application du règlement européen 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux. Les spécifications communes qui leur sont applicables imposent qu'il soit mentionné sur l'étiquette et dans la notice d'utilisation: "À administrer par des professionnels de la santé dûment formés et qualifiés ou accrédités conformément à la législation nationale." Il doit également être indiqué que ces produits ne doivent pas être appliqués à des personnes âgées de moins de 18 ans.

Le contrôle de l'importation de produits injectables de médicaments ou de dispositifs médicaux falsifiés est effectué en collaboration avec les douanes et fait partie des contrôles de routine de l'Unité spéciale d'enquête de l'AFMPS. Ils sont pratiqués par la douane sur la base d'une analyse de risque. Lorsque leur importation est constatée, les marchandises sont saisies par les inspecteurs ou les contrôleurs. Selon la gravité des infractions constatées, les dossiers sont suivis d'un avertissement, d'une proposition de règlement à l'amiable ou d'un procès-verbal à l'intention du parquet compétent. Depuis quelque temps, l'AFMPS effectue régulièrement des contrôles dans des cliniques esthétiques, au cours desquels des médicaments ou des dispositifs médicaux falsifiés sont saisis.

Quand un incident est constaté, l'AFMPS recourt à une évaluation et une analyse individuelles, tenant compte de l'impact sur la santé du patient, la causalité, la reproductibilité, le taux d'incidence et d'éventuelles actions correctrices déjà menées pour le produit incriminé. En fonction du résultat de cette analyse, l'AFMPS prend les mesures appropriées en collaboration avec le fabricant et, le cas échéant, en partenariat avec l'organisme notifié ou les autres autorités compétentes européennes voire internationales. Ces mesures peuvent être des actions correctrices, des analyses complémentaires ou le retrait du marché du produit incriminé.

À l'heure actuelle, l'AFMPS a reçu 29 notifications d'incident avec des produits à base d'acide hyaluronique dans le cadre esthétique depuis la création de la base de données, à savoir au début des années 2000. Néanmoins, avec les informations que nous recevons au moment de l'incident, l'AFMPS n'est souvent pas en mesure de distinguer si l'intervention a été effectuée par un médecin ou quelqu'un d'autre. Nous souhaitons aider les gens à reconnaître les produits conformes, tout en les sensibilisant aux risques et au rôle qu'ils peuvent jouer dans la surveillance du marché de ces produits. Les *fillers* à l'acide hyaluronique sont peut-être l'un des produits sur lesquels nous nous concentrerons pendant cette campagne.

En plus, de son côté, l'AFMPS investit dans l'information et la sensibilisation du grand public sur les médicaments et les produits de santé, notamment via son site PharmaInfo qui s'adresse aux patients. Les communiqués de presse et les campagnes d'information diffusées via cette plateforme visent à rappeler aux patients le bon usage des médicaments et des produits de santé, en particulier l'importance de toujours lire attentivement la notice ou le mode d'emploi et d'utiliser les médicaments et/ou les dispositifs comme indiqué dans la notice ou le mode d'emploi.

Ten slotte, mevrouw Gijbels, u stelde een vraag over de Deense aanpak, de invoering van een registratiesysteem. Eigenlijk komt het erop neer dat wij zouden vragen om in het register ook aan te geven welk type zorg men verstrekt. Dat is inderdaad een interessante piste. In het kader van risicovolle praktijken werd daarvoor eerder al gepleit. Mevrouw Farih heeft er al eerder op gealludeerd. Ik wil het meenemen als een suggestie en daarover verder nadenken. Ik kan dus nog geen erg precies antwoord geven, maar ik neem het zeer graag mee.

02.05 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, merci pour vos réponses détaillées. Je n'ai pas grand-chose à ajouter. Je pense que le problème est bien cerné.

À mes yeux, la médecine esthétique doit évidemment rester un domaine médical encadré par des professionnels compétents dans le but de protéger la santé et le bien-être des patients, ce qui doit rester notre objectif ultime.

02.06 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, tout comme mon collègue M. Bacquelaine, je vous remercie pour cette réponse approfondie. Je prends note que vos services et vous-même suivez bien le dossier.

Je suis également ravi d'entendre que votre département travaille sur une certification des médecins pratiquant la médecine esthétique et envisage de multiplier les contrôles afin d'éviter des dérives comme celles évoquées précédemment.

02.07 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het is nu eenmaal een feit dat er in die sector heel wat cowboys aan het werk zijn. Het moeilijke of het gevaarlijke is dat zij heel snel een groot bereik hebben via de sociale media. Hun behandelingen worden daar heel eenvoudig en mooi voorgesteld, terwijl het voor burgers heel moeilijk is om te achterhalen of iemand wel bevoegd is om dergelijke behandelingen uit te voeren. Burgers zijn meestal ook niet goed geïnformeerd over de mogelijke complicaties die na zulke behandelingen kunnen optreden. Hoe duidelijker de informatie voor burgers beschikbaar is, hoe beter ze geïnformeerd zijn over de mogelijke risico's en hoe beter ze een beslissing kunnen nemen. Ik vind het goed dat u naar de Deense piste wilt kijken. Hoe meer informatie we kunnen verstrekken, hoe beter dat is voor deze zaak.

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

03 Samengevoegde vragen van

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het stijgende aantal gedwongen opnames in psychiatrische ziekenhuizen" (56005160C)

- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Collocaties" (56005367C)

03 Questions jointes de

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le nombre croissant d'admissions forcées en hôpital psychiatrique" (56005160C)

- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les hospitalisations psychiatriques forcées" (56005367C)

03.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, vorig jaar werden volgens Zorgnet-Icuro 5.233 mensen in Vlaanderen gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Dat is een sterke stijging met 6 % ten opzichte van 2023, nagenoeg volledig toe te wijzen aan volwassen patiënten. Ter vergelijking, in 2010 waren er ongeveer 50 collocaties per 100.000 inwoners, vorig jaar waren dat er al 77.

De redenen voor die stijging zijn divers. Ten eerste is er een stijging van complexe problematieken, waarbij verschillende problematieken zich met elkaar vermengen. Daarbij is middelengebruik vaak een van de redenen. Daarnaast zijn er lange wachtlijsten voor psychologische hulp en andere drempels om op tijd hulp te vragen.

Het Netwerk Alternatieven voor Dwang en Afzondering pleit voor andere pistes. Het pleit voor een

snellere implementatie van de alternatieven en waarschuwt voor een te juridisch-technische aanpak zonder zorggarantie. Ook roept het op tot meer mobiele crisisteams en vroegdetectie in de eerstelijnszorg.

De wet van 16 mei 2024 houdende diverse bepalingen betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke voorziet in een tussenstatuut, zijnde een vrijwillige opname onder voorwaarden, en de mogelijkheid van een evaluatieperiode van 48 uur vooraleer wordt beslist over een gedwongen opname in het kader van de spoedprocedure. We vernemen vanuit het veld echter enkele bezorgdheden omtrent de toepassing van die nieuwe wet.

Mijnheer de minister, is er in voldoende middelen voorzien om een vrijwillige opname onder voorwaarden te realiseren? Zo niet, zult u in die middelen voorzien, en tegen wanneer?

Is er voldoende tijd en ruimte in het kader van de spoedprocedure binnen ziekenhuizen om na te gaan of een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk is? Zo niet, kunt u daarvoor de nodige middelen uittrekken?

03.02 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, selon Zorgnet-Icuro, la coupole flamande des organisations de soins, 5 233 hospitalisations psychiatriques forcées ont été enregistrées en 2024 en Flandre, soit 14 par jour, en hausse de 6 % par rapport à l'année précédente. Cette augmentation, qui touche principalement les adultes, s'expliquerait par une saturation des soins ambulatoires, surtout en soirée et le week-end, une augmentation des troubles liés à la consommation de drogue et un soutien social affaibli, se traduisant par une tendance plus importante au réflexe sécuritaire. Les comportements perçus comme déviants seraient moins tolérés, incitant les parquets à ordonner plus vite des placements. Cela met par ailleurs sous pression les services de police, souvent les premiers intervenants, en cas de crise de personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Monsieur le ministre, disposez-vous de chiffres précis concernant les hospitalisations psychiatriques contraintes pour les différentes Régions du pays? Parmi les causes invoquées de ce réflexe sécuritaire, au détriment d'une approche individualisée et bienveillante, il est mis en avant une première ligne trop souvent saturée, le manque d'alternatives disponibles en dehors des heures ouvrables ainsi que des soins préventifs trop tardifs. Qu'en est-il selon vous? Des mesures sont-elles envisagées pour pallier ces problèmes?

Enfin, toujours selon Zorgnet-Icuro, la loi votée en 2024 introduisant des alternatives intéressantes comme l'introduction de l'admission conditionnelle volontaire et la possibilité pour le procureur du Roi d'ordonner une observation clinique de 48 heures avant de statuer sur une hospitalisation forcée, serait encore relativement peu appliquée, faute de moyens et de clarté. En concertation avec vos collègues de l'Intérieur et de la Justice, envisagez-vous de prendre des initiatives dans ce cadre?

03.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, mevrouw Désir, u verwijst naar de wet van 16 mei 2024, die de bestaande wet van 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke wijzigt en die pas vrij recent, namelijk begin dit jaar, in werking is getreden. De aangepaste wet biedt belangrijke nieuwe mogelijkheden aan de vrederechter en de procureur des Konings om bestaande praktijken te verbeteren. De doelstelling is helder, namelijk het aantal gedwongen opnames verminderen, de duur ervan verkorten en de kwaliteit van het medisch verslag verhogen.

Met betrekking tot uw vraag over de middelen voor vrijwillige opname onder voorwaarden, de wet voorziet erin dat de behandeling flexibel kan worden georganiseerd, ambulant, residentieel of mobiel. Het gaat om een flexibelere vorm van nazorg, die al in de wet van 1990 was opgenomen.

Nieuw is dat die niet alleen kan worden opgelegd na een gedwongen opname, maar ook als alternatief of reeds tijdens een beschermende observatiemaatregel. Dat sluit aan bij het zorgkader dat al bestond, en vraagt in essentie geen bijkomende middelen.

Met betrekking tot de evaluatieperiode van maximaal 48 uur, de aangepaste wet geeft de rechter de mogelijkheid, niet de verplichting, om meer tijd te verlenen dan voorheen voor een grondigere klinische evaluatie in geval van twijfel of aan de drie voorwaarden is voldaan. Er moet sprake zijn van een psychiatrische stoornis, er moet gevaar zijn voor de betrokkene zelf of voor de samenleving en er is geen vrijwillige behandeling mogelijk. Als de evaluatie plaatsvindt in een ziekenhuis, dan wordt die

gefinancierd via de klassieke verpleegdagprijs, zoals ook voorheen het geval was.

Cela n'empêche toutefois pas que l'augmentation du nombre d'admissions forcées nous préoccupe.

En 2023, nous avons recensé 8 135 admissions forcées en Belgique, dont 4 579 en Flandre, 1 499 à Bruxelles et 2 057 en Wallonie. À titre de comparaison, ce chiffre s'élevait à 7 849 en 2022, soit une augmentation de 3,6%. Cette augmentation confirme la nécessité de disposer de soins de santé mentale accessibles et préventifs.

Comme vous le soulignez vous-même, cette évolution s'explique en partie par le fait que les services de première et de deuxième ligne sont souvent saturés, que les alternatives en dehors des heures de bureau sont limitées et que les soins préventifs sont mis en place trop tard. Cela conduit parfois à un réflexe qui privilégie la sécurité plutôt que les soins et à une pression élevée sur la police, les services d'urgence et les services psychiatriques.

Pour y remédier, nous investissons plus de 24 millions d'euros dans le développement de la psychiatrie de crise et d'urgence au sein des réseaux de soins de santé mentale. Ces moyens sont destinés à des équipes mobiles de crise et d'urgence, à des temps d'intervention plus rapides et à une collaboration renforcée avec les médecins généralistes, la police et la justice. Le déploiement est en cours. Nous en attendons les effets concrets dans la pratique à partir de 2026.

Ik heb gisteren nog in Leuven de netwerken Diletti en SaVHA?! – het netwerk van Halle-Vilvoorde – bezocht. Ik heb het er over die crisis- en urgentiepsychiatrie gehad en de wijze waarop dat uitgerold wordt. Dat vraagt veel werk en overleg, maar het is een belangrijk stuk van het verhaal.

Enfin, en ce qui concerne la mise en œuvre de la nouvelle loi, une campagne d'information générale a déjà été lancée, comprenant notamment un webinaire destiné aux réseaux de soins de santé mentale et des présentations lors des journées d'études et une publication commune sur les sites web du SPF Santé publique, du SPF Justice et de l'INAMI. Par ailleurs, une concertation interfédérale d'experts, à laquelle participent la justice, la police et le secteur des soins de santé, poursuit le travail sur la mise en œuvre pratique et le suivi.

Nous continuons à miser fortement sur la concertation et la coopération afin de parvenir à une approche humaine et efficace des situations de crise psychique qui mette l'accent sur les soins volontaires et la proximité.

03.04 Irina De Knop (Open Vld): Dank u wel voor uw uitgebreide antwoord, mijnheer de minister. In de praktijk zijn er toch wel wat signalen dat de implementatie moeizaam verloopt door een gebrek aan infrastructuur op de spoeddiensten, artsentekorten, de werkdruk en een gebrek aan informatie en kennis over de nieuwe wetgeving. Daarom is het heel goed dat er een informatiecampaagne komt. Zo'n campagne is absoluut noodzakelijk opdat de politiediensten en de parketten alle mogelijkheden van de wetgeving goed kunnen toepassen.

03.05 Caroline Désir (PS): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse et pour ces détails chiffrés qui concernent les trois Régions. Soyons de bon compte, vous vous êtes montré actif afin que l'on investisse dans la psychiatrie de crise et d'urgence, ce que le secteur, d'ailleurs, reconnaît. De la même manière, les modifications qui ont été apportées à la loi en 2024 produiront sans doute des effets dans le futur.

Cela dit, les données chiffrées, en augmentation, démontrent une tendance interpellante. Il faudrait donc peut-être aujourd'hui investir davantage dans l'ambulatoire, vu ces efforts déjà conséquents qui ont été faits dans la psychiatrie de crise et d'urgence. En tout cas, nous continuerons à tenir ces chiffres à l'œil car la situation et les indicateurs restent alarmants à tous points de vue, et cela malgré tout ce qui a déjà été fait politiquement en matière de santé mentale.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nrs. 56005162C en 56005164C van mevrouw Eggermont worden uitgesteld.

04 **Samengevoegde vragen van**

- Maaïke De Vreese aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De financiering van de mughelikopter in Brugge" (56005173C)
- Matti Vandemaele aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De mughelikopter in West-Vlaanderen" (56005256C)
- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De dringende geneeskundige hulpverlening en de helihulp" (56005774C)

04 **Questions jointes de**

- Maaïke De Vreese à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement de l'hélicoptère du SMUR à Bruges" (56005173C)
- Matti Vandemaele à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'hélicoptère du SMUR en Flandre occidentale" (56005256C)
- Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'aide médicale urgente et le secteur hélicoptère" (56005774C)

04.01 **Maaïke De Vreese** (N-VA): Mijnheer de minister, ik hoop dat we straks, net zoals de heli, kunnen landen met positief nieuws. Ik ken de helikopter goed. Die vliegt af en toe ook boven mijn woning. In Brugge zijn er heel wat organisaties die jaarlijks, of toch geregeld, een inzamelactie organiseren om de MUG-helikopter te financieren. Die is van onschatbare waarde in de ruimere streek, in West- en Oost-Vlaanderen en Zeeuws-Vlaanderen. Dankzij de werking van de MUG-heli worden jaarlijks tientallen mensenlevens gered. Vorig jaar kreeg de dienst maar liefst 887 oproepen. Dat is een serieuze stijging.

Ondanks de grote meerwaarde van de helikopter moet het instituut elk jaar op zoek naar financiële middelen. De provincie West-Vlaanderen en tal van lokale besturen financieren momenteel het grootste deel van de werking. Daarnaast is er ook heel wat private sponsoring, giften en organisaties die hun best doen om geld in te zamelen.

Met het aantreden van de arizonaregering kwam er een doorbraak in het dossier. In het regeerakkoord werd de expliciete beleidskeuze gemaakt om de helikopterwerkingen te steunen en te financieren. Daarin lezen we dat de regering zorgt voor een definitieve erkenning van de medische helikopterstructuren, om de continuïteit van de twee huidige medische helikopters te verzekeren.

Desondanks wacht het instituut nog altijd op de federale toelagen om de heli operationeel te houden. In de begroting voor 2025 vinden we echter geen specifiek krediet voor die financiering. Het regeerakkoord is duidelijk. Ik twijfel er ook niet aan dat het zal worden nageleefd. Het is belangrijk om snel werk te maken van die erkenning en de financiering, zodat de MUG-helikopter in de lucht kan blijven, maar ook zodat men weet waar men aan toe is.

Mijnheer de minister, kunt u een toelichting geven over de huidige stand van zaken van de erkenning en de financiering? Welke stappen zult u nemen om de heliwerking zo snel mogelijk te erkennen en de financiering te garanderen?

04.02 **Julie Taton** (MR): Bonjour monsieur le ministre, bonjour tout le monde. L'accès rapide et qualifié aux soins médicaux urgents reste un enjeu fondamental de santé publique, particulièrement dans les régions rurales ou éloignées des grands centres hospitaliers hyperspécialisés. Les études scientifiques récentes menées par des universités belges et par des acteurs de terrain ont démontré que le recours au service hélicoptère d'urgence permet de réduire de façon significative les délais d'intervention, offrant à chaque patient, quel que soit son lieu de résidence, les mêmes chances de survie et de récupération que dans les zones urbaines.

Le service hélicoptère d'urgence joue un rôle d'accélérateur thérapeutique, en particulier dans les zones rouges où l'accès à un médecin urgentiste en moins de quinze minutes n'est pas garanti par les moyens terrestres. Les données montrent que l'intervention par hélicoptère permet de gagner en moyenne plus de quarante minutes par rapport aux moyens traditionnels pour les pathologies graves telles que l'infarctus du myocarde, l'arrêt cardiaque ou le polytraumatisme. Cette rapidité d'action est cruciale pour la prise en charge optimale des patients nécessitant des soins spécialisés et pour la réduction de la morbidité et de la mortalité évitable.

L'accord de gouvernement fédéral prévoit à ce titre une reconnaissance définitive du vecteur hélicoptère

afin d'assurer la pérennité des deux structures hélicoptérées médicales actuelles. Cette reconnaissance constitue une avancée majeure pour garantir la viabilité et l'efficacité du service hélicoptéré d'urgence, tout en assurant une couverture équitable du territoire national.

Comment comptez-vous concrétiser la reconnaissance définitive du vecteur hélicoptéré? Comme prévu dans l'accord du gouvernement, afin d'assurer la pérennité et le développement des structures hélicoptérées médicales existantes et leur intégration dans le réseau de l'aide médicale urgente, un calendrier a-t-il déjà été envisagé?

04.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Binnen de algemene uitgaven die worden begroot voor de FOD Volksgezondheid is er vandaag nog geen specifieke budgetlijn voor de financiering van de MUG-helikopters. Vooraleer ik aan de regering een bijkomend budget vraag, wens ik vanwege de Federale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening een geconsolideerd rapport te ontvangen.

De reden waarom ik dat rapport afwacht vooraleer een budgetvraag te stellen, is tweevoudig.

Ten eerste, er zijn verschillende rapporten en adviezen die in het verleden over de kwestie zijn opgesteld, zowel door de Universiteit Gent als door de Federale Raad. Die rapporten en adviezen concludeerden niet dat een HEMS – *Helicopter Emergency Medical Service* – nodig was. Ze stelden integendeel dat de uitbreiding van de middelen op de grond als prioriteit moet worden beschouwd. De HEMS zou daarbij slechts een beperkte en steeds meer beperkte plaats innemen binnen de dringende geneeskundige hulpverlening.

Er werden vier argumenten voor die conclusie gegeven, zijnde, ten eerste de kostprijs van een HEMS; ten tweede, het feit dat een HEMS niet overal in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt kan landen; ten derde het feit dat een HEMS niet onder alle weersomstandigheden kan worden ingezet, sommige HEMS zelfs niet altijd 's nachts, ongeacht de weersomstandigheden en, ten slotte, de impact van de HEMS op het milieu.

Ten tweede, de operatoren van de HEMS in België hebben er zelf ook op gewezen dat hun huidige inzet niet altijd een medische meerwaarde biedt voor de interventies waarvoor ze worden ingeschakeld.

Om die reden heb ik gevraagd om de toegevoegde waarde van een helikopter binnen het systeem van de dringende medische hulp in België te evalueren. De Federale Raad zal mij na de zomer een nieuw geconsolideerd rapport bezorgen, waaraan de HEMS-operatoren zelf zullen hebben bijgedragen. Op basis van dat rapport zal ik de collega's binnen de regering benaderen over het nodige budget.

Veuillez m'excuser de vous avoir répondu uniquement en néerlandais.

04.04 **Maaïke De Vreese** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het regeerakkoord is duidelijk en de informatie die u hier geeft, is niet nieuw. Er bestaan daarover twee verschillende meningen. In West-Vlaanderen, zeker het AZ Sint-Jan, is men voorstander van die MUG-heli. Zij verwachten daarover dringend duidelijkheid, zeker nu dat in het regeerakkoord is opgenomen, en zij willen dat de afspraken daaromtrent worden nageleefd.

Ik zal u hierover blijven bevragen. Ik ben heel benieuwd naar het advies, maar ik wil toch benadrukken dat goede afspraken goede vrienden maken, ook op dit niveau. Men moet weten of men zich moet voorbereiden, op welke manier, hoeveel budget er wordt vrijgemaakt en hoe het zit met de erkenning en dat alles zo snel mogelijk. Mijnheer de minister, ik vraag u om daarin zo snel mogelijk duidelijkheid te brengen, zodat alle organisaties, die zo hun best doen, dat weten. Zij rekenen erop dat het regeerakkoord wordt uitgevoerd.

04.05 **Julie Taton** (MR): Merci beaucoup. Nous sommes totalement d'accord, avec ma collègue. L'importance de ces services hélicoptérés n'est plus du tout à prouver. Ces interventions permettent de gagner jusqu'à 40 minutes. Cette rapidité peut sauver des vies.

Nous serons très attentifs aux résultats publiés à la rentrée. Nous suivrons l'évolution de tout cela.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr.°56005184C van mevrouw Depoorter wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Vraag nr.°56005215C van mevrouw Dedonder wordt uitgesteld.

05 **Samengevoegde vragen van**

- **Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De preventie van genitale verminking" (56005229C)**
- **Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Genitale verminking" (56005408C)**

05 **Questions jointes de**

- **Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prévention des mutilations génitales" (56005229C)**
- **Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les mutilations génitales" (56005408C)**

05.01 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, vrouwelijke genitale verminking komt zeer frequent voor. Jaarlijks overlijden 44.000 meisjes eraan. Ook bij ons bestaat het fenomeen. Naar schatting zijn er bij ons 23.000 slachtoffers en het aantal neemt elk jaar toe. 12.000 meisjes zouden nu zelfs gevaar voor mutilatie lopen.

Om het probleem te verhelpen, hebben zeer veel organisaties een campagne gelanceerd. In ons land doe vzw GAMS dat. Daarin legt ze de nadruk op de rol van ouders bij preventie aan de hand van voorbeelden van ouders die hun kinderen tegen die vorm van verminking hebben beschermd. Door het zichtbaar maken van die gevallen wil de organisatie het stilzwijgen doorbrengen, de sociale norm van de genitale verminking terugdringen en andere ouders ertoe bewegen die ouders te volgen. Uiteraard steunen we die campagne.

In uw regeerakkoord lezen we dat de regering de vervolging van de daders wil intensifiëren, zeker wanneer het gaat om minderjarige slachtoffers, en dat zij extra gespecialiseerde referentiecentra voor genitale verminking wil oprichten. Ook al zijn die maatregelen nodig om slachtoffers te helpen, ze brengen weinig bij aan het voorkomen van nieuwe slachtoffers, preventie dus.

Als ik uw beleidsnota goed heb gelezen, daalt het budget inzake intrafamiliaal seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking jaar na jaar. Hoe belangrijk vindt u dus preventie? Hoe zult u daarop inzetten, gelet op uw dalende budgetten?

Het budget dient voor een breed aantal opleidingen en instrumenten. Hoeveel wordt er specifiek uitgetrokken voor preventie en voor de identificatie van potentiële slachtoffers?

Er is in de samenleving ook aandacht voor mannelijke genitale verminking. Volgens cijfers van het Riziv was in 2021 ruim 40 % van de minderjarige jongens besneden, terwijl dat voor een absolute minderheid wegens een medische indicatie is. Niet-medische besnijdenissen worden nog steeds terugbetaald. Zijn er toch plannen die praktijken harder te controleren? Wordt er ook ingezet op de preventie van genitale verminking bij jongens?

05.02 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, mijn collega heeft de vraag zeer goed ingeleid. Wij willen vooral weten hoe u de structurele daling in uw budget voor intrafamiliaal en seksueel geweld rijmt met het stijgende aantal gevallen van genitale verminking. Er zijn reeds 23.000 slachtoffers van genitale verminking en 12.000 meisjes worden als risicogeval beschouwd.

Ik verwijs verder voor al mijn vragen naar mijn schriftelijke voorbereiding.

Volgens internationale studies komt vrouwelijke genitale verminking (VGV) nog steeds voor in minstens 94 landen, met jaarlijks meer dan 44.000 overlijdens. In België telt vzw GAMS circa 23.000 vrouwelijke slachtoffers, terwijl ruim 12.000 meisjes als risicogeval gelden.

Toch voorziet uw beleidsnota Volksgezondheid in een structurele afbouw van het budget voor de beleidslijn "intrafamiliaal en seksueel geweld/VGV".

Daarom volgende vragen:

Hoe evalueert u de huidige federale strategieën inzake preventie van VGV, met name vroegtijdige detectie en samenwerking met gemeenschappen en eerstelijnsactoren?

Welk budget werd de voorbije vijf jaar besteed aan preventie van VGV, los van repressie of slachtofferzorg?

Hoeveel middelen zijn in 2025 voorzien voor programma's die inzetten op vroegtijdige identificatie en sensibilisering van risicogroepen?

Hoe verantwoordt u de afbouw van het budget "intrafamiliaal en seksueel geweld/VGV" ondanks stijgende risicocijfers?

Zijn er plannen tot uitbreiding van referentiecentra die werken met ouders, scholen en zorgverleners?

Wat is de inhoud en reikwijdte van de lopende sensibiliseringscampagne rond VGV? Hoe verloopt het interfederaal overleg met de deelstaten over deze en andere preventie-initiatieven?

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Sinds 2001 heeft België zijn beleid inzake gendergerelateerd geweld geconcretiseerd en gestructureerd via een nationaal actieplan. Momenteel wordt het Nationaal Actieplan in de strijd tegen gendergerelateerd geweld 2021-2025 uitgevoerd.

Preventie, bescherming en opvang van slachtoffers en daders, evenals de uitvoering van een effectief strafrechtelijk beleid, behoren tot de belangrijkste doelstellingen van deze nationale actieplannen. Het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen is verantwoordelijk voor de opvolging, coördinatie en evaluatie van de opeenvolgende plannen, met de steun van een interdepartementale coördinatiegroep.

Wat betreft het budget dat is toegewezen aan intrafamiliaal geweld, seksueel geweld en genitale verminking: ik financier momenteel een breed ondersteuningsprogramma, Operatie Alert, bedoeld voor zorgpersoneel in ziekenhuizen. Binnen dit trainingsprogramma zijn zowel online modules als fysieke trainingen voorzien over vrouwelijke genitale verminking. Deze zijn vooral gericht op diensten gynaecologie en kraamafdelingen in ziekenhuizen. In het kader van Operatie Alert is ook een hulpmiddel ontwikkeld voor kinderartsen en huisartsen, om kinderen uit te leggen hoe het onderzoek verloopt. Daarnaast worden tien ziekenhuizen ondersteund bij de ontwikkeling van een protocol voor de begeleiding en behandeling van vrouwen die genitale verminkingen hebben ondergaan.

Bovenstaande acties kaderen in het Nationaal Actieplan in de strijd tegen gendergerelateerd geweld 2021-2025. Het RIZIV financiert bovendien twee referentiecentra voor de behandeling van vrouwelijke genitale verminking: een in het CHU Saint-Pierre in Brussel en een in het UZ Gent.

Preventie is vanzelfsprekend een bevoegdheid van de gemeenschappen. Daar kan ik nu niet meer over zeggen.

05.04 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Dank u wel, mijnheer de minister, voor uw antwoord. Het klopt dat preventie een bevoegdheid is van de gemeenschappen, maar preventie van dat soort verminking kent uiteraard veel dimensies en niet alleen een puur medische dimensie. Ik had dan ook gehoopt dat u daar iets meer over had kunnen zeggen.

U hebt geen antwoord gegeven op mijn opmerking dat besnijdenissen van jongens ook nog steeds terug worden betaald. Het thema behoeft een maatschappelijk debat, maar dat moet ruimte laten voor een omzichtige benadering en voor dialoog. Ik hoop in ieder geval dat het toch op de agenda kan worden geplaatst.

Ik ben uiteraard op de hoogte van wat er op het terrein gebeurt inzake vrouwelijke genitale verminking, met onder andere de referentiecentra. Ik hoop dat de kwestie een prioriteit blijft, want we mogen er niet van uitgaan dat de cijfers vanzelf zullen dalen. We moeten daar waakzaam en aandachtig voor blijven.

05.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb inderdaad uw vraag in verband met mannenbesnijdenis vergeten te beantwoorden. Sta me toe daar nog een op in te gaan. Mannenbesnijdenis wordt in België niet erkend als seksuele verminking, in tegenstelling tot vrouwenbesnijdenis en infibulatie. Genitale verminking bij vrouwen is strafbaar op basis van artikel 409 van het Strafwetboek. Die wet maakt geen melding van besnijdenis bij mannen. Er bestaat inderdaad een terugbetalingsregeling via het RIZIV voor besnijdenis bij mannen. Ik had dat moeten zeggen, want u had daar ook naar gevraagd.

05.06 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik ben natuurlijk tevreden over de operatie Alert voor zorgpersoneel van de afdelingen gynaecologie en de kraamafdelingen. Ik blijf wel een beetje op mijn honger, omdat een programma voor vroegtijdige identificatie en preventieve sensibilisering mij niet thuis lijkt te horen op kraamafdelingen, waar het kwaad al geschied is, en dat al jarenlang.

U wilt de daders harder bestraffen. Dan is het ook van groot belang dat bij vaststelling van zo'n ingreep bij een kind onmiddellijk wordt ingegrepen. Er moet een voorbeeld gesteld worden; ouders moeten weten dat zij daarvoor in de gevangenis kunnen vliegen. Daarom wil ik zeer duidelijk oproepen om de problematiek, samen met uw collega van Justitie, te bekijken en om werk van een aanpak te maken.

Ook op het niveau van de deelstaten, namelijk onderwijs, moet dat opgevolgd worden. De CLB's zouden daar aandacht moeten voor hebben bij hun onderzoeken van jonge meisjes. Zodra er iets wordt vastgesteld, moeten de gegevens uitgewisseld worden, zodat daaraan paal en perk kan worden gesteld.

Ik merk dat u moeite wilt doen, maar ik blijf op mijn honger.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56005243C van mijnheer Bertels wordt omgezet in een schriftelijke vraag. De vragen nrs. 56005248C van mijnheer De Smet en 56005253C van mevrouw Eggermont worden uitgesteld.

06 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prévention du cancer de l'ovaire" (56005264C)

06 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De preventie van eierstokkanker" (56005264C)

06.01 Julie Taton (MR): *Monsieur le vice-premier ministre, avec environ 850 nouveaux diagnostics chaque année en Belgique, le cancer de l'ovaire et des trompes de Fallope se situe en deuxième position des cancers pelviens, derrière le cancer de l'endomètre (1385 cas), devant le cancer du col de l'utérus (640 cas) et de la vulve (250 cas). Le manque de connaissance fait que dans 75 % des cas, le cancer de l'ovaire est diagnostiqué à un stade 3 ou 4. guérison.*

Le cancer de l'ovaire est très souvent détecté tardivement, faut de dépistage efficace, comme c'est le cas pour le cancer du col de l'utérus avec le frottis. Les nombreuses études, notamment britanniques, qui ont été réalisées sur des milliers de patientes, n'ont pas démontré un impact du dépistage sur la survie de celles-ci. Aucun symptôme particulier ne vient donc prévenir la patiente que sa santé est en danger. La maladie reste très longtemps asymptomatique, avant de se déclarer.

Dans 75 % des cas des cancers de l'ovaire et des trompes de Fallope, il s'agit de carcinomes séreux de haut grade. Le solde étant des sous-types plus rares. De 10 à 15 % de ces tumeurs sont liées à une hérédité et à la mutation du gène BRCA 1 ou 2, la majorité étant des cancers sporadiques.

En plus de l'hérédité, pour laquelle une prévention "individualisée" est discutée avec le retrait des ovaires et des trompes vers l'âge de 40 ans, il peut y avoir également les histoires familiales, parfois sans qu'il y ait de mutation génétique. L'âge est aussi un facteur, sachant que la médiane d'apparition tourne autour de 65 ans. On sait que la pilule contraceptive prise au long cours diminue par contre le risque de cancer de l'ovaire, parce que pendant ces périodes sous contraception, il n'y a pas d'ovulation - ce qui est le cas aussi lors de l'allaitement et de grossesses.

Pour le cancer de l'ovaire qui vient d'être diagnostiqué, outre la chirurgie et la chimiothérapie complémentaire, on donne à présent des traitements dits de "maintenance" qui sont basés et décidés sur différents paramètres, comme bien sûr l'état du patient, ses comorbidités, mais essentiellement aussi sur des données moléculaires et génétiques, à la fois du tissu qui a été prélevé et du sang.

Monsieur le vice-premier ministre, quelle sont vos pistes d'amélioration et de soutien au dépistage précoce du cancer de l'ovaire? Êtes-vous favorable à une approche multidisciplinaire des traitements personnalisés du cancer de l'ovaire, centralisée dans des hôpitaux de référence? Pour quels motifs?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Taton, le cancer de l'ovaire et les trompes de Fallope constituent un enjeu de santé publique important. Avec environ 850 nouveaux cas chaque année en Belgique, il s'agit du deuxième cancer pelvien le plus fréquent. Sa détection tardive, dans trois quarts des cas à un stade avancé, reste un défi majeur pour notre système de soins.

Pour ce qui est du dépistage, je souhaite rappeler que cette compétence relève des entités fédérées. Toutefois, une coopération étroite est assurée au niveau interfédéral afin de garantir une approche cohérente et fondée sur les meilleures données scientifiques disponibles. À cet égard, la Belgique adhère pleinement aux recommandations du Conseil de l'Union européenne en matière de dépistage du cancer qui stipulent que les programmes de dépistage doivent reposer sur des preuves scientifiques solides. Or, à ce jour, les études internationales n'ont pas démontré de bénéfice clair du dépistage systématique du cancer de l'ovaire sur la survie des patientes. Il serait donc prématuré d'instaurer un tel programme sans fondement scientifique robuste.

Cela ne signifie pas l'inaction. Une prévention individualisée est proposée aux femmes à risque génétique élevé, notamment porteuses des mutations BRCA1 ou BRCA2, et des efforts sont menés pour améliorer l'information sur les facteurs de risque et les signes d'alerte.

En ce qui concerne la prise en charge, je suis convaincu de la valeur ajoutée d'une approche multidisciplinaire et personnalisée, centralisée dans les centres de référence. Le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé de 2022 sur les indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer de l'ovaire plaide en ce sens, en soulignant les bénéfices d'une concentration des soins dans des structures spécialisées.

Ces centres permettent une prise en charge intégrée, combinant expertise chirurgicale, traitement innovant et une analyse moléculaire avancée. Je souhaite donc poursuivre, en concertation avec les entités fédérées et les acteurs de terrain, le développement de ces centres de référence. Il s'agit d'une étape essentielle pour garantir à chaque patiente un accès équitable à des soins de qualité adaptés à son profil clinique et génétique.

Offrir des soins accessibles et de la plus haute qualité à chaque patient, partout en Belgique, reste une priorité centrale de ma politique de santé publique.

06.03 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, vous l'avez dit, c'est le deuxième cancer le plus fréquent chez nous. Souvent, on s'aperçoit que les patientes ont des symptômes qui ne sont pas très clairs et même pas très inquiétants. Ce sont plutôt des inconforts au niveau abdominal, des troubles du transit, etc. Cela n'aide naturellement pas à leur détection.

Vous l'avez dit, développer les centres de référence est très important. Vous parlez aussi de l'innovation de ces centres spécialisés qui, bien sûr, sont la clé. Mais il est vrai qu'il faudrait aussi veiller à garder cette proximité et cette facilité pour que ce soit détecté le plus vite possible. Merci, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement des produits pour bébés allergiques aux protéines de lait de vache (APLV)" (56005267C)

07 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van producten voor baby's met een koemelkeiwitalergie" (56005267C)

07.01 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, chaque année, environ 4 800 enfants naissent avec une allergie aux protéines de lait de vache (APLV). C'est l'une des allergies alimentaires les plus courantes chez les bébés de moins de trois ans. L'APLV disparaît chez plus de la moitié des enfants vers l'âge d'un an, et chez plus de quatre enfants sur cinq à l'âge de trois ans. Un régime alimentaire approprié sans lait de vache est essentiel pour traverser les premières années sans symptômes gênants ni douleurs dues à cette allergie. La solution privilégiée est de modifier le régime alimentaire de la maman en cas d'allaitement, ou de l'enfant allergique s'il n'est pas allaité, en éliminant les protéines de lait de vache.

Selon votre cabinet, plus de 70 % des bébés peuvent être traités avec un hydrolysât poussé de protéines, une préparation qui ne contient que de très petits morceaux de protéines. À partir du 1^{er} juin, ces hydrolysats seront remboursés à hauteur de 50 %, le montant de ces préparations sera plafonné à 12 euros. Si cette solution ne suffit pas, des préparations à base d'acides aminés peuvent toujours être utilisées. Elles étaient déjà partiellement remboursées.

Pour avoir droit au remboursement, un médecin spécialisé doit attester d'un diagnostic et suivre régulièrement le nourrisson pour vérifier si l'alimentation adaptée reste nécessaire.

Monsieur le vice-premier ministre, quels sont les éléments qui vous ont conduit à soutenir ce remboursement qui épargne des douleurs à de nombreux petits bébés de moins de trois ans? Envisagez-vous d'étendre cette mesure remplie de douceur au-delà de l'âge de trois ans, là où l'APLV ne disparaît pas chez un enfant sur cinq? Je vous remercie.

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: L'assurance obligatoire soins de santé rembourse actuellement les préparations à base d'acides aminés pour les formes graves d'allergie aux protéines de lait de vache chez le nourrisson. Nous avons constaté que les préparations à base d'acides aminés n'étaient pas utilisées de manière optimale sur le terrain. Afin d'optimiser cette prise en charge, il a été décidé de rembourser également les hydrolysats extensifs de protéines dans les cas plus modérés d'allergies aux protéines de lait de vache.

En parallèle, une optimisation du remboursement des préparations à base d'acides aminés est en cours. À partir du 1^{er} juin, les formules à base d'hydrolysats extensifs de protéines des lait de vache feront l'objet d'un remboursement en catégorie C lorsqu'elles sont prescrites à des bénéficiaires qui souffrent d'une des manifestations décrites de l'allergie aux protéines de lait de vache. Le diagnostic doit être confirmé par un test approprié tel que repris dans les conditions de remboursement.

La durée de remboursement varie de 4 mois à 2 ans, selon l'indication. Pour toutes les indications, à l'exception de la proctocolite allergique et de la galactosémie, l'autorisation peut être prolongée pour une nouvelle période maximale de 6 mois.

Pour votre deuxième question, les conditions et la durée de remboursement ont été déterminées par l'INAMI, après des concertations appropriées avec les experts de terrain spécialisés dans la prise en charge d'allergies aux protéines de lait de vache.

Nous estimons qu'avec l'âge, la diversification alimentaire qui est introduite chez les enfants permet d'utiliser d'autres sources de protéines, telles que les viandes, poissons, œufs, protéines, végétaux, et de réduire les besoins en lait comme source principale de protéines. D'ailleurs, la plupart des produits à base d'hydrolysats qui sont désormais repris dans la liste des produits remboursables ne sont pas appropriés pour couvrir les besoins en protéines et d'autres nutriments au-delà de 3 ans. Voilà ma réponse et notre raisonnement en la matière.

07.03 Julie Taton (MR): Merci beaucoup, monsieur le ministre. On note bien sûr les actions que vous menez en la matière, c'est génial.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La progression du cancer de la peau en Belgique" (56005268C)

08 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De opmars van huidkanker in België" (56005268C)

08.01 Julie Taton (MR): *Monsieur le Vice-premier ministre, Euromelanoma et la Fondation contre le cancer ciblent les enfants et les jeunes. Faire preuve de prudence face au soleil est une nécessité dès le plus âge. Le cancer de la peau reste le cancer qui affiche la progression la plus rapide dans notre pays, avec plus de 50 000 nouveaux cas chaque année. Une exposition excessive et sans protection aux rayons UV en est la principale cause.*

D'après une enquête menée à l'initiative de la FCC auprès de plus de 4 000 jeunes Belges, âgés de 12 à 18 ans, s'ils sont 69 % à se protéger pendant des vacances au soleil, la plupart du temps, ils oublient de le faire lors des activités extérieures. Résultat: 74 % reconnaissent avoir eu un coup de soleil léger au moins une fois l'an dernier, 35 % un coup de soleil sérieux accompagné d'inconfort et de douleur, et 9 % un coup de soleil grave avec les symptômes d'une insolation.

Si vous avez des coups de soleil étant plus jeune, vous aurez plus de risques de développer par la suite un cancer de la peau. En apprenant aux enfants et aux jeunes à faire preuve de prudence face au soleil, il y a plus de chances qu'ils continuent d'adopter un tel comportement à l'âge adulte. Il importe à cet égard de se concentrer sur le milieu scolaire. En 2024, l'initiative "Écoles futées au soleil" a atteint quelque 25 000 élèves de l'enseignement primaire belge. Cela consiste en un coffret pédagogique, contenant des outils, du matériel et des idées de leçons prêtes à l'emploi, destiné à encourager les enseignants et les enfants à réfléchir activement à la protection contre les rayons UV. Les enseignants affirment en effet qu'après l'utilisation du coffret, plus de la moitié (53 %) des enfants ont davantage pris l'habitude d'appliquer de la crème, 50 % mettent une casquette ou un chapeau et autant cherchent délibérément l'ombre.

Monsieur le Vice-premier ministre,

Quel bilan dressez-vous de vos efforts et décisions en matière de lutte contre la progression du cancer de la peau? Quels sont vos projets?

Un accent tout particulier doit être mis en matière d'information et de sensibilisation des enfants et des jeunes, qui ne protègent pas assez leur peau. Par quels voies et moyens comptez-vous y parvenir?

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Taton, je vous remercie pour votre question sur la progression du cancer de la peau, qui constitue un enjeu de santé publique majeur. Avec plus de 50 000 nouveaux cas chaque année, ce cancer est à présent le plus fréquent en Belgique, représentant environ 40 % des diagnostics de cancer.

La prévention étant une compétence des entités fédérées, le fédéral travaille avec elles en étroite collaboration, notamment à travers le groupe de travail intercabinets Prévention ainsi qu'au sein de la Conférence interministérielle Santé publique. Les entités fédérées organisent donc les campagnes de sensibilisation, dont elles exercent la compétence. Les actions de sensibilisation dans les écoles, comme l'initiative "Écoles futées au soleil", portées par la Fondation contre le cancer relèvent également de cette compétence. Cette campagne a déjà permis de sensibiliser 25 000 élèves à l'importance de la protection solaire, avec des résultats très encourageants.

En ce qui concerne les adultes, j'ai pris plusieurs mesures concrètes pour mieux protéger les travailleurs exposés aux rayons UV et pour reconnaître les conséquences d'un travail impliquant une forte exposition aux UV. Ainsi, le cancer de la peau a été récemment inscrit sur la liste des maladies professionnelles pour les métiers exercés à l'extérieur, tout comme la kératose actinique multiple, un précurseur du cancer de la peau. FEDRIS, l'Agence fédérale des risques professionnels, remplit également une mission de surveillance de santé prolongée. Sur proposition du Comité de gestion des maladies professionnelles, je souhaite lancer un projet-pilote de surveillance spécifique pour les travailleurs du secteur de la construction et ceux des espaces verts.

L'amélioration de la détection précoce, notamment via la sensibilisation des prestataires de soins de première et deuxième lignes, reste une priorité. Nous devons poursuivre notre collaboration avec les entités fédérées afin d'assurer une prévention et une prise en charge de la meilleure qualité à l'ensemble de la population. Voilà ma réponse.

08.03 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, comme vous l'avez dit, avec plus de 50 000 nouveaux cas chaque année, le cancer de la peau est le plus fréquent; il représente 40 % des diagnostics de cancer.

Par le biais de cette question, je souhaite également mettre en évidence le très long délai d'attente pour un rendez-vous. Valentin, qui est juste à côté de moi, a pris un rendez-vous, et il doit attendre un an avant de pouvoir rencontrer ces professionnels. Je pense donc qu'il y a des améliorations à apporter à ce niveau.

Comme vous l'avez indiqué, c'est toujours en collaboration avec les entités fédérées qu'il faut gérer les choses. Merci de veiller à ce que tout se passe bien, et merci d'être là pour porter cette problématique, parce que cette maladie touche énormément de gens, beaucoup plus qu'on ne le pense.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fiabilité des tests d'audition à la naissance" (56005269C)

09 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De betrouwbaarheid van gehoortests bij pasgeborenen" (56005269C)

09.01 Julie Taton (MR): *Les tests d'audition réalisés sur les nourrissons produiraient trop de faux négatifs et de stress chez les parents. À deux jours de vie, Basile a été soumis au test des otoémissions acoustiques. Une oreille répond alors parfaitement aux stimuli, l'autre pas. La sage-femme se veut rassurante en disant que les faux négatifs étaient extrêmement fréquents et qu'ils concernaient même un bébé sur trois.*

Sa maman regrette le manque d'informations qui entoure ce dépistage et l'anxiété générée par ce dernier. En en discutant autour d'elle, elle se rend compte que plusieurs connaissances avaient également dû faire face à ce faux négatif. Elle en vient à se dire qu'il est réalisé trop tôt, s'il n'est pas concluant pour un tiers des bébés. "Un sur trois, c'est peut-être exagéré. Mais c'est vrai qu'auparavant, c'est un test que l'on réalisait à 4-5 jours de vie à la maternité. Et là, cela fonctionnait chez presque tous les bébés", souligne une audiologue aux Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles, où le taux de réussite tourne autour de 80%.

L'idéal serait d'évaluer l'audition des nourrissons un peu plus tard, pour ne pas stresser les parents. En pratique, cela semble toutefois irréaliste. L'audiologue constate que certains parents ne se représentent pas pour les examens complémentaires de leur enfant, une fois sortis de la maternité.

Le dépistage à la naissance est pourtant essentiel, car il permet d'assurer une prise en charge rapide. Lorsque le test des otoémissions acoustiques n'est pas bon, la surdité doit pouvoir être constatée par le test des potentiels évoqués auditifs, qui est plus précis. Or, celui-ci doit être réalisé le plus rapidement possible. Avant l'âge de trois mois, il peut être effectué sans anesthésie générale.

Si la surdité est diagnostiquée de manière précoce, elle peut être facilement corrigée. L'enfant qu'on suit très tôt pourra évoluer tout à fait normalement en termes de développement du langage, notamment.

L'information des parents est laissée à l'appréciation de chaque hôpital, et a normalement lieu à la maternité. Il convient de rassurer autant que possible, sans toutefois tomber dans l'excès de confiance, qui incitera les parents à ne pas faire passer un troisième test.

Monsieur le Vice-premier ministre,

Quels sont les chiffres pour la Belgique des faux négatifs provoqués par les tests d'audition à la naissance?

Par quels voies et moyens comptez-vous améliorer l'information aux parents avant et après la sortie de la maternité?

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: *Le test des émissions auto-acoustiques est reconnu dans le monde entier comme une méthode fiable de dépistage des problèmes auditifs, en particulier chez les nouveau-nés. Les avantages de ce test sont qu'il est rapide et non invasif. Bien entendu, chaque test a ses limites et des résultats faussement positifs ou faussement négatifs sont toujours possibles.*

La littérature médicale recommande de ne pas effectuer le test dans les 24 ou 48 premières heures de vie et de ne pas l'effectuer dans un environnement bruyant afin de minimiser les faux résultats. En Belgique, le dépistage néonatal de la surdité n'est pas obligatoire et relève de la compétence des entités

fédérées. Au niveau fédéral, aucun chiffre sur le nombre de tests faussement négatifs n'est donc disponible.

On trouve également peu de chiffres précis à ce sujet dans la littérature scientifique. On insiste surtout sur la difficulté d'investiguer correctement sur ce point. Je n'ai pas connaissance des campagnes d'information destinées aux jeunes parents. Il faudrait donc poser la question aux entités fédérées. En général, la plupart des maternités en Belgique fournissent des brochures d'informations dans le service de maternité expliquant le dépistage auditif. Kind en Gezin et l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) fournissent également des informations sur leur site web et dans des brochures.

09.03 Julie Taton (MR): Merci beaucoup, monsieur le ministre. Vous avez souligné un élément très important: l'absence de données chiffrées. Il serait donc peut-être utile de creuser la question et d'établir un cadastre eu égard à ce problème.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: De vragen nrs. 56005288C en 56005289C van mevrouw Depoorter worden omgezet in schriftelijke vragen.

10 Vraag van Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De evaluatie door het Rekenhof van de dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf" (56005300C)

10 Question de Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'évaluation par la Cour des comptes de l'aide médicale urgente aux personnes en séjour illégal" (56005300C)

10.01 Petra De Sutter (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf. Het regeerakkoord belooft de strengste asielaatregelen ooit en zet in op een beperking van het aantal aanvragen, strengere verblijfsvoorwaarden en de afbouw van opvang. Tegelijkertijd pleit de eerste minister voor een minder strikte lezing van het EVRM om migranten uit te wijzen. Ik vraag me af hoe u dat binnen uw bevoegdheden rijmt met de rechten van migranten, meer bepaald voor de toediening van dringende medische hulp, juridisch verplicht voor mensen zonder wettig verblijf.

Het Rekenhof bracht daarover recent een kritisch rapport uit. Opmerkelijk is dat u niet bent ingegaan op zijn verzoek om wederwoord. Daarom wil ik u die vraag in deze commissie voor Gezondheid voorleggen.

Het regeerakkoord lijkt namelijk op bepaalde punten in tegenspraak te zijn met dat rapport. Zo wordt geïnsinueerd dat personen in illegaal verblijf misbruik maken van de dringende medische hulp. Het regeerakkoord somt vervolgens bepaalde handelingen op die niet langer verstrekt zouden mogen worden. Dat staat haaks op de bevindingen van het Rekenhof, dat stelt dat er geen gecentraliseerde informatie beschikbaar is over de gezondheidstoestand van de begunstigden, noch over de verstrekte of geweigerde geneeskundige verzorging binnen het systeem van dringende medische hulp. Aangaande de gegevens die wel beschikbaar zijn over verleende zorg, merkt het Rekenhof op dat noch de POD Maatschappelijke Integratie, noch een andere instelling met expertise inzake volksgezondheid die gegevens gebruikt. Meer nog, het Rekenhof wijst net op een onderbenutting van de dringende medische hulpverlening en pleit juist voor een grotere toegankelijkheid, onder meer omdat risico's op misbruik beperkt blijven door het sociaal onderzoek en de medische controle.

Mijnheer de minister, betreffen de in het regeerakkoord opgesomde beperkingen op het vlak van de dringende medische hulp een exhaustieve opsomming? Zijn dat de misbruiken die u bedoelt? Hoe beargumenteert u dat? Hoe rijmt u dat met rechtspraak die stelt, zoals ook geciteerd in het rapport, dat aan de toekenning van maatschappelijke hulp geen andere voorwaarden mogen worden gekoppeld dan de noodzaak om een menswaardig leven te leiden?

Uit de evaluatie blijkt bovendien dat zowat 85 % van de kosten binnen de dringend medische hulpverlening betrekking heeft op ziekenhuiszorg, wat de kosten uiteraard omhoog jaagt. Volgens ons is er ruimte om meer in te zetten op ambulante zorg. Hoe staat u daar tegenover?

Het regeerakkoord wil de strijd tegen non-take-up bij de meest kwetsbaren verderzetten. Dat is een goede zaak. Geldt dat ook voor onwettige verblijvers? Hoe zult u dat concreet aanpakken met betrekking tot de dringend medische hulpverlening?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Sutter, dringende medische hulp is een mensenrecht, zoals ook in het regeerakkoord staat. In België kan dringende medische hulp zowel preventieve als curatieve zorg omvatten. Ze is uitsluitend medisch van aard en het dringend karakter ervan wordt aangetoond door een medisch getuigschrift. Ze kan ambulante of in een zorginstelling worden verstrekt. Dat recht is gewaarborgd, ook voor mensen die illegaal in België verblijven.

Het regeerakkoord stelt dat dringende medische hulp wordt verleend wanneer de arts dat nodig acht. De inschatting door de arts staat dus centraal. Verder stelt het regeerakkoord dat orthodontie, infertiliteitsonderzoek en vruchtbaarheidsbehandelingen, tandprothesen als er geen kauwprobleem is, zuiver esthetische ingrepen, behalve voor reconstructie na heilkunde of trauma, en tandverzorging of extractie zonder algemene verdoving worden uitgesloten. Die lijst is exhaustief en geïnspireerd op de dekking die wordt toegekend aan asielzoekers, zoals bepaald bij het koninklijk besluit van 9 april 2007.

Ik ben het eens met het Rekenhof dat we ambulante zorg moeten aanmoedigen. Daarom zullen alle huisartsen vanaf september 2026 verplicht zijn om MediPrima te gebruiken, de toepassing die de hoofdzakelijk dringende medische hulp beheert.

Verder bekijken we hoe we de toegang tot dringende medische hulp beter kunnen harmoniseren, in lijn met het regeerakkoord.

Wat de controles betreft, heeft de POD Maatschappelijke Integratie een nieuw controlesysteem voor de OCMW's ingevoerd.

10.03 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, u begrijpt uit mijn vraag dat dit voor ons belangrijk is gelet op de menswaardige behandeling en op de rechten die ook mensen met onwettig verblijf in ons land hebben. Ik begrijp dat het ook voor u een bezorgdheid is. Ik wil u dan ook bedanken voor uw aandacht en zeggen dat we dat uiteraard zullen blijven opvolgen. Dat zult u ook van ons verwachten.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 **Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'hyperémèse (les nausées extrêmement sévères pendant la grossesse)" (56005329C)**

11 **Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Hyperemesis (extreme misselijkheid tijdens de zwangerschap)" (56005329C)**

11.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, l'hyperémèse gravidique, une forme sévère de nausées et de vomissements gravidiques, touche chaque année environ 3 300 femmes en Belgique, soit 3 % des grossesses. Cette pathologie peut avoir des conséquences physiques et psychologiques graves, nécessitant souvent un traitement médicamenteux prolongé.

Or les médicaments de première intention, tels que la doxylamine et la pyridoxine, commercialisés sous les noms de Navalit ou Bonjesta, ne sont actuellement pas remboursés en Belgique malgré leur rôle crucial dans la prise en charge de l'hyperémèse gravidique.

Prenons un exemple concret: une femme enceinte prenant quatre comprimés de Navalit par jour devra déboursier près de 120 euros par mois, soit environ 840 euros pour une durée moyenne de traitement de sept mois. Cette charge financière est d'autant plus lourde que ces patientes doivent parfois combiner plusieurs traitements pour soulager leurs symptômes.

À titre de comparaison, l'Irlande a intégré depuis août 2024 le médicament Cariban dans son système de remboursement. Cela montre que d'autres pays reconnaissent l'importance d'un soutien financier

pour ces traitements qui ne relèvent pas du confort mais d'une nécessité médicale.

Monsieur le ministre, dans ce contexte, pourriez-vous nous indiquer si le gouvernement envisage de rendre remboursable ces traitements essentiels contre l'hyperémèse gravidique? Une piste envisageable serait d'associer ce remboursement à l'utilisation du score *Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea* (PUQE), permettant ainsi de cibler les patientes les plus gravement atteintes tout en garantissant un accès équitable aux soins.

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: L'hyperémèse gravidique est en effet une affection sévère. Vous décrivez ici la situation d'une femme enceinte qui n'est pas ou pas encore hospitalisée et qui doit actuellement payer elle-même ses antiémétiques.

En cas de grossesse, le Centre belge d'information pharmacothérapeutique recommande quatre médicaments antiémétiques: la dompéridone (Motilium et génériques), la doxylamine (sous les marques Bongesta et Navalit), la diménhydrinate (sous la marque R Calm Dimenhydrinate) et le métoclopramide (Primperan).

Les trois premiers ne sont pas remboursés. Le quatrième, Primperan, l'est uniquement pour certaines affections. C'est le règlement, chapitre 4, comme nous le disons dans notre jargon. Par exemple, en post-opératoire, en cas de chimiothérapie, en cas de soins palliatifs oncologiques, en cas de sida. Mais donc pas dans le cadre de la grossesse. Donc, il est vrai qu'aucune spécialité pharmaceutique n'est actuellement remboursée dans cette indication. En Belgique, la législation prévoit que ce sont les firmes qui mettent les spécialités pharmaceutiques sur le marché qui introduisent des dossiers de demande de remboursement en vue d'obtenir ce remboursement.

Les firmes concernées peuvent dès lors introduire un dossier auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM). Le dossier fera l'objet d'une évaluation approfondie et la Commission sera amenée à formuler une proposition de remboursement sur laquelle je me baserai pour prendre une décision. Donc, ce sera à la CRM, lors de son évaluation, d'analyser si l'échelle PUQE est cliniquement pertinente afin de cibler les patientes présentant un besoin médical important.

L'initiative reste donc dans le chef des firmes en question.

11.03 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, on connaît la procédure de demande de remboursement. Je pense qu'il est important de pouvoir attirer l'attention sur l'accessibilité des soins pour toutes les femmes, quelle que soit leur condition. On voit que 3 % n'est tout de même pas un chiffre négligeable sur l'ensemble des grossesses en Belgique. J'espère donc que des progrès pourront être réalisés pour le remboursement de ces médicaments pour ces femmes.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56005344C van mevrouw Kathleen Depoorter wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Aan de orde zijn de vragen nrs. 56005349C, 56005350C, 56005351C en 56005352C van mevrouw Carmen Ramlot. Ze is niet aanwezig.

11.04 Minister Frank Vandenbroucke: Die vragen vervallen dus?

De **voorzitter**: Als ze niet uitgesteld werden, vervallen ze.

11.05 Minister Frank Vandenbroucke: Dat betekent veel werk van mijn administratie voor niets.

De **voorzitter**: Het is inderdaad jammer van het geleverde werk.

12 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de psychostimulants" (56005368C)

12 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het tekort aan psychostimulantia" (56005368C)

12.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, la pénurie de psychostimulants de type Equasym,

Rilatine MR ou Concerta semble se confirmer en Belgique comme l'a indiqué Pharma Statut. Or ces médicaments ne sont évidemment pas accessoires! Ils sont essentiels au traitement du TDAH, un trouble neurodéveloppemental qui touche des milliers d'enfants, d'adolescents et d'adultes dans notre pays. Les conséquences sont évidemment graves pour les enfants. L'arrêt brutal du traitement signifie souvent un retour immédiat des symptômes avec inattention, impulsivité et hyperactivité. Cela affecte leur concentration à l'école, leur comportement en classe, leurs relations sociales et, parfois, leur estime de soi. Le risque de décrochage scolaire ou de stigmatisation augmente. Chez les adultes, les effets se traduisent par une perte d'efficacité professionnelle, une instabilité émotionnelle et une nette dégradation de la qualité de vie.

Les alternatives sont limitées et les différences de formulation entre les molécules compliquent grandement les substitutions. Les professionnels doivent donc jongler avec les posologies, les cinétiques d'action, les effets secondaires etc., et surtout avec la disponibilité aléatoire en pharmacie. Concrètement, cela se traduit par un stress quotidien pour les patients, leurs familles et les professionnels de santé, certainement quand la pénurie arrive dans une période d'examens, pour les plus jeunes.

Ma question est donc simple. Confirmez-vous la pénurie actuelle de ces psychostimulants? Que pouvez-vous concrètement faire pour assurer la disponibilité continue de ces médicaments essentiels pour les patients TDAH?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je partage votre frustration concernant l'indisponibilité de ces médicaments pour ceux qui en ont le plus besoin, on observe typiquement au cours des périodes d'examen une forte augmentation de la consommation de ces produits, car ils sont fréquemment prescrits à des jeunes et des étudiants sans diagnostic de TDAH, dans le but d'améliorer les performances académiques. J'ai donc récemment lancé un appel à tous les médecins afin qu'ils ne prescrivent les médicaments remboursés qu'à ceux qui en ont réellement besoin, à savoir les personnes ayant reçu ce diagnostic.

En effet, plusieurs conditionnements de médicaments dont le principe actif est le méthylphénidate sont actuellement temporairement indisponibles. Pour la majorité des conditionnement, la date de fin présumée de l'indisponibilité se situe entre mi-juillet et mi-août. L'AFMPS suit de près cette situation. Chaque notification d'indisponibilité temporaire est évaluée. Sur la base des informations actuellement disponibles, deux types de solutions sont proposées. Soit un ou deux conditionnements alternatifs directs sont disponibles, soit une adaptation du traitement est envisageable. C'est-à-dire que d'autres spécialités à base de méthylphénidate peuvent être utilisées. Il peut s'agir de spécialités à durée d'action similaire, plus courte ou prolongée.

Il revient au médecin traitant ou au spécialiste de déterminer ou d'adapter le schéma posologique en fonction du profil du patient. Bien que ces substitutions soient possibles, nous comprenons qu'elles ne sont pas idéales.

Les raisons de ces ruptures sont multiples: des retards dans la production, des retards dans la libération du produit final, une augmentation de la demande. Ces informations ont été communiquées à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé par les firmes concernées.

Plus d'informations sur la date de fin présumée, les raisons et les solutions proposées à cette indisponibilité temporaire sont disponibles en temps réel sur le site PharmaStatut, accessible à tous les professionnels de la santé et au grand public.

12.03 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie. Pour ces médicaments, comme pour tous les autres évidemment, les cas de pénurie sont très difficiles à gérer, que ce soit pour les patients qui en ont besoin ou, comme je le disais, pour les médecins qui sont énormément sollicités. Tant pour les pédopsychiatres que pour les psychiatres, adapter le traitement ou la posologie de l'ensemble de ces patients, c'est évidemment très chronophage.

Il me semble dès lors absolument indispensable de pouvoir mieux anticiper et gérer ces pénuries de médicaments, certainement dans des périodes de haute pression comme celles des examens.

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

13 **Samengevoegde vragen van**

- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Kindertandheelkunde" (56005363C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van bijzondere bekwaamheid in kinder -en bijzondere tandheelkunde" (56005716C)

13 **Questions jointes de**

- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La médecine dentaire pédiatrique" (56005363C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance d'aptitudes particulières en dentisterie pédiatrique et spécialisée" (56005716C)

13.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, algemeen tandartsen die zich hebben gespecialiseerd in de behandeling van kinderen en patiënten met bijzondere noden, vaak mensen met een handicap, beschikken over een bijkomende expertise waarvoor vandaag geen officiële erkenning bestaat. Dit zorgt ervoor dat er heel wat onduidelijkheid heerst voor patiënten en tandartsen. Daarnaast is de financiering onvoldoende aangepast aan hun specifieke bekwaamheid en is er ook een afnemende instroom van nieuwe tandartsen in dit domein.

In juli 2024 werd bij de Raad van de Tandheelkunde een dossier ingediend om de bijzondere bekwaamheid te erkennen voor deze groep. Het gaat om minder dan 120 tandartsen, die onder meer zijn opgeleid in gedragstherapie, sedatie en zorg voor complexe of kwetsbare doelgroepen. Een erkenning van deze bijzondere bekwaamheid zou er dus voor zorgen dat patiënten met bijzondere noden toegang krijgen tot kwaliteitsvolle mondzorg, met een eerlijke verloning voor de zorgverlener en dit zonder dat de patiënt deze zorg deels zelf moet bekostigen.

Mijnheer de minister, erkent u de nood aan specifieke tandheelkundige expertise voor patiënten met bijzondere noden? Hoe staat u tegenover het voorstel om voor deze tandartsen een bijzondere bekwaamheid te erkennen binnen het bestaande kader van de Raad van de Tandheelkunde? Kunt u toelichten wat de huidige stand van zaken is van het erkenningsdossier voor de bijzondere bekwaamheid in tandheelkundige zorg voor patiënten met bijzondere noden dat in juli 2024 werd ingediend bij de Raad van de Tandheelkunde?

Hebt u reeds stappen ondernomen om deze erkenning mogelijk te maken? Zo niet, bent u van plan om op korte termijn actie te ondernemen? Bent u bereid om binnen de geplande hervorming van de nomenclatuur werk te maken van aangepaste vergoedingen voor technieken, zoals bewuste sedatie en tandzorg onder narcose, specifiek voor patiënten met bijzondere noden?

13.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, het dossier van de Belgische Academie voor Pediatrische Tandheelkunde met betrekking tot de erkenning van de kindertandheelkunde werd doorgestuurd naar de Raad van de Tandheelkunde. Binnen de Raad is intussen een werkgroep opgericht om de verschillende opties te onderzoeken. De piste die momenteel wordt overwogen, is de inrichting van een beroepskwalificatie, toegankelijk voor houders van de titel algemeen tandarts. Deze kwalificatie zou zowel de zorg voor kinderen als voor patiënten met bijzondere noden omvatten.

Vermits het werk van de werkgroep nog volop loopt, is het op dit moment niet mogelijk om een concreet tijdschema te geven voor de volgende stappen. Wel wordt er bij de verdere uitwerking rekening gehouden met de urgentie die de Academie terecht heeft aangekaart. Hoewel de erkenning van de bijzondere bekwaamheid de bevoegdheid is van de Raad van de Tandheelkunde, via de FOD Volksgezondheid, zijn er binnen de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen al stappen gezet om tegemoet te komen aan de specifieke noden van deze patiëntengroep.

Zo zijn in het kader van het Nationaal Akkoord Tandheelkundige Ziekenfondsen 2024-2025 al enkele maatregelen ingevoerd. Ten eerste werd het honorarium voor patiënten met bijzondere noden verhoogd tot 29,5 euro – voorheen 13,5 euro – met ingang van 1 januari 2024. Ten tweede werd de mogelijkheid uitgebreid om dat bijkomend honorarium ook te attesteren voor zorgen uit de rubriek preventieve zorgen. Die maatregel is in werking getreden op 1 juli 2024.

Daarnaast onderzoekt een werkgroep van de Dentomut, samen met experts op het terrein, of bijkomende maatregelen nodig zijn. De conclusies van die werkgroep worden binnenkort aan de Dentomut voorgelegd, die vervolgens zal beslissen over eventuele verdere acties.

Inzake bewuste sedatie en tandzorg onder narcose zijn behandelingen onder algemene verdoving al toegankelijk voor de hele bevolking, maar kunnen slechts bepaalde verstrekkingen uit de tandheelkundige nomenclatuur onder algemene verdoving worden uitgevoerd en in aanmerking komen voor een vergoeding via de verplichte ziekteverzekering. Daarnaast geldt dat het verhoogde honorarium voor de behandeling van patiënten met bijzondere noden vandaag niet mag worden aangerekend wanneer de hoofdverstrekking onder algemene verdoving plaatsvindt. Ook dat punt onderzoekt voornoemde werkgroep van de Dentomut momenteel.

Wat betreft de bredere hervorming van de tandheelkundige nomenclatuur, dit traject bevindt zich nog in een voorbereidende fase waarin de reikwijdte van de hervorming wordt bepaald. Het is dus nog te vroeg om uitspraken te doen over de concrete inhoud daarvan.

In het algemeen moet de invoering van nieuwe soorten terugbetalingen verlopen volgens de procedures die zijn vastgelegd in het kader van de overlegorganen van het RIZIV.

13.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik vind het een goede zaak dat dit dossier op uw radar staat. Er zijn inderdaad al een aantal maatregelen met betrekking tot het verhoogde honorarium genomen in de voorbije legislatuur. Ik hoor echter dat dit misschien niet altijd om de juiste redenen wordt gebruikt. Daarom zou ik toch willen aandringen om daarover meer duidelijkheid te scheppen, ook met betrekking tot de beroepskwalificatie, zodat het ook wordt aangewend door tandartsen die gespecialiseerd zijn in de zorg voor patiënten met bijzondere noden. Het verhoogde honorarium alleen zal wellicht niet volstaan, aangezien de behandeling van mensen met beperkingen of ernstige angst vaak aanzienlijk meer tijd vergt.

Ook over narcose en sedatie zou er meer duidelijkheid moeten komen, op het vlak van de producten die mogen worden gebruikt voor sedatie. Dat kader verdient echt wel verduidelijking en enige verscherping, zodat dit enkel kan worden toegepast door mensen die daartoe de juiste opleiding hebben gekregen.

Wat betreft de hervorming van de nomenclatuur weet u dat wij heel benieuwd zijn naar wat die zal brengen. We hopen dat er daarin ook aandacht zal zijn voor bepaalde onderdelen van de tandheelkunde die tot nu toe nog altijd ondergewaardeerd zijn.

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

De **voorzitter**: We zullen een aantal vragen overslaan die worden uitgesteld of vervallen, namelijk vraag nr. 56005368C van mevrouw Désir, vraag nr. 56005384C van de heer De Smet, vraag nr. 56005396C van mevrouw Dedonder, vraag nr. 56005409C van mevrouw Eggermont, vraag nr. 56005435C van mevrouw Muylle, vraag nr. 56005438C en vraag nr. 56005444C van mevrouw Farih, vraag nr. 56005471C en vraag nr. 56005472C van mevrouw Dedonder.

14 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le nouveau variant du Covid-19" (56005499C)

14 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De nieuwe COVID-19-variant" (56005499C)

14.01 Anthony Dufrane (MR): *Monsieur le Ministre,*

Cela faisait longtemps que l'apparition d'un nouveau variant du Covid n'avait pas autant attiré l'attention. Or, une nouvelle forme particulièrement agressive a été identifiée et elle a déjà été observée en France, en Allemagne, en Suède, aux Pays-Bas, en Irlande et en Espagne.

En effet, quatre personnes ont été infectées chez nos voisins outre-Quévrain par le variant NB.1.8.1. Cette souche fait actuellement des ravages en Chine, principalement à Hong-Kong, où le taux de contamination est au plus élevé depuis un an provoquant une augmentation des admissions aux

urgences et des décès liés à l'infection.

Le risque principal de ce lignage est qu'il serait capable de contourner les résistances de notre système immunitaire selon les autorités chinoises. Les précédentes infections et les vaccins n'offriraient plus une protection suffisante. Il est dès lors légitime de se demander s'il est déjà présent sur notre territoire et si des tentatives pour endiguer sa propagation sont prévues.

Mes questions, Monsieur le Ministre, sont :

*Le lignage NB 1.8.1 a-t-il été identifié en Belgique ?
Si oui, dans quelle région ?*

Savez-vous la contamination est liée à un voyage en Chine ou si elle a eu lieu sur le territoire européen ?

Que pensez-vous de cette nouvelle forme de variant ?

14.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le lignage NB.1.8.1 a effectivement été détecté en Belgique. Pour l'instant, il l'a été uniquement dans un échantillon prélevé en Flandre la semaine du 21 avril. Cette constatation n'est pas inattendue étant donné que ce lignage a également été détecté dans de nombreux autres pays européens.

À votre deuxième question, je dois répondre non. Le lieu d'exposition du patient n'est pas connu. Le variant NB.1.8.1 se distingue de la plupart des variants actuellement en circulation en Belgique par la présence de deux mutations reconnues pour diminuer la neutralisation par les anticorps. Toutefois, il n'y a pas d'indication suggérant une augmentation de la sévérité de la maladie. Par ailleurs, les études précliniques portant sur ce nouveau variant ne permettent pas de conclure à ce stade à une moindre efficacité des vaccins.

La récente vague à Hong Kong, où le variant NB.1.8.1 était prédominant, constitue un bon point de référence. Au cours de cette vague, dont l'intensité est désormais en train de diminuer, les nombres d'infections, de cas graves et de décès étaient comparables aux chiffres enregistrés au cours de la même période en 2024.

14.03 **Anthony Dufrane** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses rassurantes.

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

15 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van Neocate" (56005502C)**

15 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement du Neocate" (56005502C)**

15.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, in België zijn patiënten met medische aandoeningen zoals gastroparese en darmfalen afhankelijk van gespecialiseerde enterale voeding, waaronder Neocate. Hoewel die voeding in Nederland als medische behandeling wordt erkend en vergoed, is dat in België niet het geval. Hierdoor moeten patiënten maandelijks ongeveer 1.500 euro betalen voor sondevoeding en benodigd materiaal, waarbij slechts een heel beperkte tegemoetkoming wordt voorzien. Die situatie leidt tot financiële moeilijkheden en maakt sommigen afhankelijk van grensoverschrijdende ondersteuning.

Neocate wordt in ons land onder categorie B terugbetaald na aanvraag en goedkeuring door een adviserend arts bij kinderen met een *short bowel syndrome* of een geobjectiveerde enteropathie. Bent u bereid om deze terugbetalingsregeling uit te breiden naar volwassenen? Bent u bereid om, in lijn met landen zoals Nederland, deze vorm van medische voeding wél te laten opnemen in het terugbetalingssysteem of in de maximumfactuur? Daar heb ik het vroeger al eens over gehad. Hoe wilt u vermijden dat chronisch zieke patiënten, die al kampen met een slechte gezondheid en veel zorgen hebben, ook nog eens financiële stress moeten ervaren door een gebrek aan erkenning van hun

behandeling?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, misschien is er een misverstand. Ik hoop dat ik het goed heb.

In de lijst gevoegd bij het KB van 23 november 2021 zijn er verschillende producten Neocate ingeschreven in paragraaf 30-000 aminozuurvoedingen: Neocate Syneo, Neocate LCP, Neocate Junior in neutrale, vanille- of aardbeismaak. Deze producten zijn bestemd voor kinderen om tegemoet te komen aan hun nutritionele behoeften. Zonder beperking van de leeftijd worden die producten vergoed voor de indicaties *short bowel syndrome* en geobjectiveerde enteropathie.

Wat betreft uw tweede vraag, op dit moment tellen de kosten voor medische voeding bij enterale voeding voor rechthebbenden tot 19 jaar mee bij de maximumfactuur. Er loopt momenteel geen project om de voorwaarden van de maximumfactuur uit te breiden naar volwassenen wegens beperkte financiële middelen.

Wat uw derde vraag betreft, de werkgroep Medische Voeding van de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen heeft dit jaar de forfaits voor de tegemoetkoming bij enterale voeding verhoogd, zodat patiënten beter vergoed worden. In een tweede fase zal de werkgroep de vergoedingsvoorwaarden voor enterale voeding herbekijken, met als doel tot een betere vergoeding te komen.

15.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister. Mijn vraag is gebaseerd op de casus van een meisje dat 19 geworden is en nu 1.200 euro maandelijkse kosten voor voeding moet bijdragen.

We hebben in de marge van de regeringsonderhandelingen en ook tijdens de vorige legislatuur herhaaldelijk over dergelijke voeding gesproken, evenals over de eventuele opname ervan in de maximumfactuur. Ik zou het appreciëren mocht u dit willen bekijken.

Er is inderdaad in een uitbreiding in de maximumfactuur voorzien voor de langdurige psychiatrische behandelingen. Misschien kan deze voeding, voor de toch wel beperkte groep patiënten waarover we het hier hebben, in de maximumfactuur worden opgenomen. Dat zou heel wat zorgen vermijden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 **Samengevoegde vragen van**

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De onderfinanciering van de zorgcentra na seksueel geweld" (56005527C)

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De zorgcentra na seksueel geweld" (56005780C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De zorgcentra" (56005950C)

16 **Questions jointes de**

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le sous-financement des centres de prise en charge des violences sexuelles" (56005527C)

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les centres de prise en charge des violences sexuelles" (56005780C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les centres de soins" (56005950C)

16.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, er lopen momenteel onderhandelingen tussen het RIZIV en de zorgkoepels over de nakende inkanteling van zorgcentra in het RIZIV. Verschillende actoren maken zich grote zorgen over de ontoereikende financiering, die de continuïteit en de kwaliteit van de zorg in het gedrang zou kunnen brengen.

Kunt u een stand van zaken geven van die onderhandelingen? Hoe garandeert u dat de financiering

voldoende zal zijn om de zorgverlening op peil te houden, zowel voor de werknemers als voor de patiënten?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, u kent het kader en de wetgeving uiteraard zeer goed. De in de overeenkomst voorziene financiering van de zorgcentra moet gelden als volledige kostendekking van de gezondheidszorg, die aan alle slachtoffers van seksueel geweld wordt verstrekt.

Op 9 mei werd een eerste werkgroepvergadering omtrent die overeenkomst georganiseerd, in aanwezigheid van de leden van de Overeenkomstencommissie verpleging, richtingen en verzekeringsinstellingen van het RIZIV. De leden konden experts uit het veld uitnodigen om hen bij te staan. Onder hen bevonden zich ook experts van de zorgcentra. Na die vergadering van de werkgroep werd beslist om een tweede vergadering te organiseren, die op 5 juni heeft plaatsgevonden, om verdere suggesties te formuleren en vragen te stellen. Ook daarvoor werden, naast de leden van de Overeenkomstencommissie, experts uitgenodigd, onder wie ook vertegenwoordigers van de Nederlandstalige zorgcentra.

Tijdens de werkgroepvergaderingen werd de inhoud van de financiering en het ontwerp van de overeenkomst en het koninklijk besluit besproken. Er werd tegemoetgekomen aan een aantal bezorgdheden met betrekking tot de verpleegkundige financiering en de werkingskosten.

Het investeringsbudget is alleen voorzien voor zorgcentra na seksueel geweld die nog geen slachtoffers kunnen ontvangen en zich dus nog in een opstartfase bevinden.

Aangaande de financiering voor de samenwerking met een hiv-referentiecentrum, wordt in het ontwerp een vast bedrag per zorgcentrum voorzien. Zo kan het zorgcentrum een beroep doen op de begeleiding en expertise van een hiv-referentiecentrum.

Met betrekking tot het forfait per slachtoffer, het slachtoffer krijgt de nodige zorgen. De wet verbiedt echter elke financiële aanrekening aan het slachtoffer. Met dat forfait per slachtoffer betalen de centra de kosten voor gezondheidszorg die hen ten laste vallen. Het tarief blijft ongewijzigd ten opzichte van de voorgaande overeenkomst met het RIZIV.

De continuïteit van de centra wordt gegarandeerd via een granulair financieringsmodel dat rekening houdt met het aantal slachtoffers in elk centrum. Door de combinatie van vaste en variabele componenten kan het budget beter worden gealloceerd en ingezet waar het nodig is. Ten opzichte van vroeger, toen er slechts kleine en grote zorgcentra bestonden, zal elk centrum in de toekomst een financiering krijgen die beter is afgestemd op het aantal slachtoffers dat zich meldt. De overeenkomst zal nader worden geëvalueerd door het RIZIV en indien nodig bijgestuurd.

Justitie is momenteel niet betrokken bij de interne besprekingen rond het koninklijk besluit, aangezien het louter de overdracht van de medische aspecten van de zorgcentra betreft.

Wat het budget betreft, wordt door de zorgcentra in een overdracht voorzien vanuit het Zorgpersoneelfonds. Bovendien is bepaald dat eventuele kosten die voortvloeien uit de oprichting van extra centra, exogeen zullen worden gedekt.

Er zal ten slotte ook een budget worden overgedragen aan het RIZIV door het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. Inzake de middelen die dat instituut momenteel gebruikt voor de zorgcentra, geef ik mee dat vanaf 2026, rekening houdend met de index, in totaal 27,1 miljoen euro is ingeschreven om dertien operationele zorgcentra te financieren via de RIZIV-overeenkomst.

Op uw laatste vraag, over de beleidsnota van mijn collega, de minister van Justitie, kan ik antwoorden dat daarover nog geen afstemming werd bereikt tussen het RIZIV en Justitie en evenmin met de deelstaten. Slachtoffers van niet-acuut seksueel geweld kunnen nu al terecht in een zorgcentrum voor een opvanggesprek en zullen door de medewerkers gericht worden doorverwezen naar andere zorg- en hulpverleningsorganisaties.

16.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, er heeft inderdaad overleg plaatsgevonden, maar ik heb het vermoeden dat u nog niet bent waar de betrokken partijen uiteindelijk willen uitkomen. Er blijft immers heel wat bezorgdheid bestaan op het terrein, bijvoorbeeld over het feit dat er geen

aanpassingen gebeuren van het aantal vte's voor artsen wanneer er meer slachtoffers zijn of het feit dat voor verpleegkundigen nog steeds de oude loonschalen worden gehanteerd in plaats van IFIC 15.

De vrees leeft, ten eerste, dat zich op die manier geen nieuwe centra zullen aandienen, en ten tweede, dat de volledige investering nog altijd niet is gedekt. Wij – u, ik, mijn partij, maar ook minister Beenders – zijn er absoluut van overtuigd dat die zorgcentra een heel belangrijke rol spelen. Ze maken het verschil voor slachtoffers en de zorgcomponent binnen de zorgcentra na seksueel geweld is daarbij essentieel.

We moeten er dan ook over waken dat voldoende zorg kan worden geboden en tevens op een voldoende flexibele manier. Uit mijn gesprekken met de verschillende zorgcentra en met de diverse actoren uit die centra, wordt telkens heel duidelijk dat de noden binnen de verschillende zorgcentra divers zijn en dat dus een zekere flexibiliteit moet worden ingebouwd.

Het is ook nog niet volledig duidelijk of bij de berekening van alle loonschalen rekening gehouden wordt met het aantal slachtoffers, zoals bij het forfait.

De werkingskosten blijven 12 % van de totale personeelskosten. Er is in geen extra budget voorzien voor vorming. Ik meen echt dat er nog werk is en dat er verder overlegd kan worden.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56005580C van mevrouw Dedonder is uitgesteld.

We hebben nog tijd voor één vraag.

17 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Antigifcentrum" (56005591C)

17 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Centre Antipoisons" (56005591C)

17.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik vraag naar redelijk wat cijfers. U kunt die altijd doorsturen. Waarover gaat het? Een groeiend aantal Belgische gezinnen heeft voedingssupplementen in huis, vaak in aantrekkelijke vormen zoals gummies, snoepachtige tabletten en druppeltjes die lekker smaken. Uit recente studies blijkt dat kinderen die supplementen geregeld aanzien voor snoepgoed, wat leidt tot gevaarlijke situaties bij accidentele inname. Het Antigifcentrum registreert jaarlijks tientallen gevallen van kinderen die ongecontroleerd voedingssupplementen innemen, soms met ernstige gezondheidsrisico's tot gevolg.

Kunt u gedetailleerde cijfers verstrekken over het aantal gemelde gevallen van accidentele inname van voedingssupplementen door kinderen van 0 tot 12 jaar in de periode van 2019 tot 2023, inclusief de ernst van de incidenten?

Welke concrete preventiemaatregelen worden momenteel overwogen en uitgevoerd om het risico op verwarring tussen supplementen en snoep bij kinderen te verminderen?

Hoe evalueert u de huidige werking van het Antigifcentrum met betrekking tot de omgang met dat specifieke risico? Welke verbeteringen zijn er sinds de eerdere kritieken doorgevoerd in de begeleiding van dergelijke gevallen?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik geef u mondeling antwoord, want uw vraag is actueel en relevant. Het Antigifcentrum kan cijfers ter beschikking stellen voor de oproepen over voedingssupplementen bij kinderen jonger dan 14 jaar, zoals gedefinieerd in de Richtlijn 2002/46/EG van het Europees Parlement en de Raad. Het totaal aantal oproepen betreffende voedingssupplementen bij kinderen is gestegen van 617 in 2019 naar 881 in 2024, een stijging van 42,8 %.

Jaarlijks is meer dan 95 % van de oproepen bij kinderen te wijten aan orale inname. De meest gerapporteerde klachten zijn dan ook gastro-intestinaal, namelijk misselijkheid, braken of diarree. Neurologische symptomen zoals slaperigheid en agitatie, komen veel minder frequent voor. Er is één

uitzonderlijk geval van coma. Niet-orale blootstelling, dus via de ogen, huid of neus, leidt meestal enkel tot milde irritatiesymptomen. In 2019, 2020 en 2024 werd telkens één ernstige klacht genoteerd.

Als conclusie kan worden gesteld dat voedingssupplementen een relevante oorzaak van oproepen naar het Antigifcentrum blijven voor kinderen onder 14 jaar, al resulteert de overgrote meerderheid in milde of geen symptomen. Het hoge aantal weerspiegelt de wijdverbreide aanwezigheid en het gebruik van die producten in Belgische huishoudens. Het wijst op een groeiende tendens om via supplementen in te spelen op gezondheid, prestaties of welzijn, ook bij jonge leeftijdsgroepen

De cijfers roepen vragen op over de noodzaak van betere informatie en sensibilisering van ouders en verzorgers over het nut, de veiligheid en de mogelijke risico's van voedingssupplementen, vooral omdat ze vaak worden gepercipieerd als onschuldig of natuurlijk, terwijl ze wel degelijk farmacologische effecten kunnen hebben. De grens tussen een voedingssupplement, een geneesmiddel en een medisch hulpmiddel vervaagt ook steeds meer in de praktijk, wat het risico op verkeerd gebruik of misinterpretatie vergroot. De data onderstrepen het belang van duidelijke regulering, etikettering en publiek bewustzijn over het gebruik van supplementen in België.

U vraagt naar concrete stappen. Eerlijk gezegd denk ik dat we hier voor een deel met de deelstaatbevoegdheid inzake preventie te maken hebben. Het Antigifcentrum zet vooral in op preventie om zoveel mogelijk incidenten te voorkomen, onder meer via persmededelingen, antwoorden op persvragen, posts op sociale media en artikels op de website. Ook over de risico's van voedingssupplementen verschenen er intussen meer posts op sociale media. Daarnaast rapporteert het Antigifcentrum op basis van binnenkomende vragen en oproepen over de meest actuele gezondheidsrisico's aan de bevoegde overheidsinstanties.

U stelde ook een vraag over de werking van het centrum. Daarover hebben wij hier eerder nog van gedachten gewisseld. Eind november 2023 stelde ik een crisismanager aan voor het centrum, nadat zowel de algemeen directeur als de medisch directeur eerder dat jaar was ontslagen. De eerste opdracht van de crisismanager bestond erin om de 24/7-permanentie te garanderen, zoals vastgelegd bij koninklijk besluit. Daarvoor werd het team van artsen en apothekers heropgebouwd en versterkt.

Op 8 juli 2024 start een nieuwe algemeen directeur. Ondertussen tonen onderzoeken aan dat het Antigifcentrum een belangrijke rol speelt bij het vermijden van onnodige bezoeken aan spoeddiensten en andere zorgverleners.

Om de dienstverlening te blijven garanderen, is een stabiele en voldoende financiële ondersteuning noodzakelijk.

Op 1 oktober 2024 starten twee nieuwe medewerkers in het permanentieteam. Zij volgen eerst drie maanden voltijdse opleiding, gevolgd door twee jaar met intensieve begeleiding en supervisie.

Tot slot wordt ook de organisatiestructuur vernieuwd. We stappen af van de vroegere dubbele leiding met een medisch en een administratief directeur. Ik hoop dan ook dat de situatie op die manier verbetert.

17.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben het met u eens dat het Antigifcentrum absoluut belangrijk is. Het speelt een zeer belangrijke rol in de begeleiding van gezinnen op echte crisismomenten. Vandaar dat ik u er in het verleden ook over heb ondervraagd. Ik hoop dan ook dat de ingrepen voldoende zijn.

Mag ik wel wijzen op de taalproblematiek, mijnheer de minister? Dat probleem zou nog steeds niet de wereld uit zijn. Patiënten moeten in hun eigen taal kunnen worden geholpen. Het is niet evident dat experts aan de telefoon ook nog tweetalig zijn, maar dat is absoluut noodzakelijk.

Wat het gebruik van voedingssupplementen betreft, natuurlijk is sensibilisering belangrijk. Maar daarbij moet er ook oog zijn voor de gemakkelijke toegang tot voedingssupplementen. Inderdaad, ze zijn zowat overal te verkrijgen, ook online, en kunnen eindeloos worden besteld. Dat vormt een probleem. Ze worden vaak als onschuldige producten voorgesteld. Ouders worden niet voldoende begeleid. De grens tussen geneesmiddel en medisch hulpmiddel moet strikt worden bewaakt. We moeten ervoor zorgen dat dergelijke producten nog steeds voldoende toegankelijk zijn en dat dat gepaard gaat met informatie

en raad, bijvoorbeeld door een huisapotheker. Het gaat immers om substanties die vaak worden opgeslagen in het lichaam en op lange termijn schadelijk kunnen zijn. We hebben het nu over de 800 acute gevallen, maar de problemen op langere termijn vind ik indien mogelijk nog alarmerender. Daar moeten we samen over nadenken.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.20 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 20.*