

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 15 JULI 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 15 JUILLET 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 13 h 31 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 13.31 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

01 Interpellatie van Alexander Van Hoecke aan Rob Beenders (Consumentenbescherming, Socialefraudebestrijding, Personen met een handicap en Gelijke Kansen) over "De ingebrekestelling van Gentse bedrijven door Unia naar aanleiding van praktijktesten" (56000108I)

01 Interpellation de Alexander Van Hoecke à Rob Beenders (Protection des consommateurs, Lutte contre la fraude sociale, Personnes handicapées et Égalité des chances) sur "La mise en demeure d'entreprises gantoises par Unia à la suite de tests de situation" (56000108I)

01.01 Alexander Van Hoecke (VB): Mijnheer de minister, de feiten zijn intussen genoegzaam bekend. Maar liefst 90 Gentse bedrijven, waaronder cafés, en scholen zijn door Unia in gebreke gesteld wegens vermeende discriminatie bij sollicitaties. Daarbij werden, zoals bij praktijktesten gebruikelijk is, valse sollicitatiebrieven verstuurd voor echte vacatures. Zo creëerde Unia bijvoorbeeld een fictieve sollicitant die last had van ruis en omgevingslawaaï, maar toch solliciteerde voor een functie als onthaalmedewerker op een school.

De directeur liet weten dat het onthaal van de school allesbehalve prikkelarm is. Er zijn leerlingen met trauma's en zware persoonlijke achtergronden. Voor de ingebrekestellingen nam Unia strafpleiter Walter Van Steenbrugge, toch niet de minste, onder de arm. De getroffen hebben nu drie weken om te reageren. Sommige bedrijven hebben al contact opgenomen met een advocaat omdat ze zich daartoe genoodzaakt voelen. Dat zijn op zich al extra kosten, die, zo beseft iedereen, erg zwaar kunnen doorwegen, zeker voor een school of een kleine onderneming als een café.

De getroffen cafés, scholen en ondernemingen werden bovendien niet bevraagd over hun beweegredenen om niet op de fictieve sollicitaties in te gaan. Er werd geen hoor en wederhoor toegepast, enkel een juridische dreiging. Het stadsbestuur van Gent – in het verleden nochtans een grote voorstander van dergelijke praktijktesten – trekt er vandaag zijn handen van af en zegt niets te maken te hebben met de ingebrekestellingen en de acties van Unia.

Volgens de Gentse schepen voor gelijke kansen, Bram Van Braeckevelt, werkt Unia volledig onafhankelijk. Die schepen voegde eraan toe dat Unia de bedrijven opnieuw zal contacteren en daarbij de nadruk zal leggen op dialoog. Ook Voka riep trouwens op om de Gentse praktijktesten onmiddellijk stop te zetten.

De gang van zaken, die de afgelopen week uitvoerig aan bod is gekomen, roept fundamentele vragen op over de methodiek, de proportionaliteit en de legitimiteit van dergelijke acties, zeker wanneer die worden ondernomen door een overheidsinstelling, die dus met publieke middelen wordt gefinancierd.

Ik heb daarom een aantal vragen voor u, mijnheer de minister.

Ten eerste, wat is uw visie op de ingebrekestellingen die Unia in Gent heeft verstuurd? We hebben

daarover al het een en ander in de media gelezen, maar kunt u daar wat dieper op ingaan?

Ten tweede, u hebt, als ik het goed begrepen heb, op 1 juli contact gehad met Unia over die kwestie. Wat was de reactie van Unia tijdens dat gesprek? Volgt er nog een opvolgingsgesprek?

Ten derde, vallen die praktijktesten en de bijhorende ingebrekestellingen volgens u onder de wettelijke opdracht van Unia?

Ten vierde, is het voorval in Gent een geïsoleerd incident? Dit incident werd uitvoerig belicht in de media, maar ik vraag mij af of Unia dergelijke praktijktesten elders ook al toegepast heeft, met bijkomende ingebrekestellingen.

Tot slot, wat zult u als minister ondernemen om ervoor te zorgen dat dergelijke praktijken nooit meer voorvallen?

Ik zou daar graag nog een laatste vraag aan toevoegen, wellicht de belangrijkste voor de betrokkenen. Hoe moet het nu verder voor hen? Volhardt Unia in zijn kwaadheid? We horen van de Gentse schepen dat Unia die bedrijven opnieuw zal contacteren. Klopt dat? Heeft Unia u daarover geïnformeerd?

Zijn juridische stappen nu echt van de baan, of mogen sommige van die 90 bedrijven een juridische lijdensweg verwachten?

01.02 Minister **Rob Beenders**: Mijnheer Van Hoecke, uw eerste vraag was wat mijn visie is op de ingebrekestellingen die door Unia werden verstuurd in Gent. Daarover kan ik duidelijk zijn. Ik ben voorstander van het inzetten van praktijktesten als methode om discriminatie op te sporen en aan te pakken. Dat heb ik ook altijd bevestigd, zowel in deze commissie als bij de presentatie van de beleidsnota's. Het is immers bewezen dat praktijktesten noodzakelijk kunnen zijn om structurele uitsluiting op de arbeidsmarkt zichtbaar te maken.

De realiteit is dat, ondanks sensibilisering en de bestaande regelgeving, bepaalde groepen nog altijd structureel benadeeld worden. Om discriminatie effectief vast te stellen, zijn praktijktesten dan ook een nuttig instrument, ook in Gent, waar ze al tien jaar worden toegepast en hun nut bewezen hebben. In die zin steun ik het gebruik ervan.

De manier waarop Unia echter het dossier van de 90 ingebrekestellingen heeft aangepakt, steun ik absoluut niet. Ik ben daar vanaf het begin duidelijk over geweest. De opvolging door Unia van de praktijktesten in Gent gebeurde volgens mij niet op de juiste manier.

Daarbij gaat het niet over de praktijktesten zelf, want het zou verkeerd zijn om het kind met het badwater weg te gooien, dat is niet de bedoeling. Doordat Unia overgegaan is tot een juridische ingebrekestelling zonder eerst met de betrokken werkgevers te spreken, heeft het echter een belangrijke kans op een constructieve dialoog gemist. Dat betreurt ik ten eerste.

Ik kan mij dus niet vinden in de werkwijze waarbij mensen worden aangeschreven zonder voorafgaand gesprek, zonder dat ze de kans krijgen om een toelichting te geven of zich te verbeteren. Ik ben er echt van overtuigd dat dat niet de manier is om het draagvlak voor praktijktesten te versterken. Ik durf zelfs het tegenovergestelde beweren: het ondergraaft het draagvlak voor het instrument van de praktijktesten.

In antwoord op uw tweede vraag kan ik bevestigen dat ik contact gehad heb met Unia over deze kwestie. Ik heb de berichtgeving daarover in de krant gelezen, want ik wil nogmaals duidelijk stellen dat die praktijktesten niet in mijn opdracht als minister zijn uitgevoerd. Ik ben als minister wel bevoegd voor onder andere Unia, maar wat in Gent is gedaan, is in overleg met de stad Gent gebeurd.

Zodra het nieuws in de krant is verschenen, heb ik Unia onmiddellijk uitgenodigd op het kabinet. In dat overleg heb ik mijn bezorgdheid over hun aanpak heel duidelijk overgebracht. Uit dat gesprek bleek dat de dossiers op zichzelf wel correct zijn uitgevoerd, maar er werd ook bevestigd dat Unia in de verdere aanpak fouten heeft gemaakt. De stap naar een ingebrekestelling was niet ingebed in een fase van voorafgaande dialoog. Dat heeft terecht voor veel verwarring en vooral verontwaardiging gezorgd.

Ik was toevallig vandaag nog in een rusthuis in Gent dat ook een dergelijke brief had ontvangen. Ik kan u bevestigen dat men daar absoluut niet gelukkig mee was, al was het maar omdat het geld heeft gekost om daarop te antwoorden, aangezien het om een officiële juridische brief ging. Laat staan het gevoel dat die organisatie eraan heeft overgehouden, het is alsof ze met de vinger wordt gewezen en discriminatie toepast.

Als men op het terrein dergelijke reacties hoort, dan ben ik ervan overtuigd dat mijn reactie op de mediaberichtgeving en tijdens het overleg met Unia de juiste was. Dit is niet de manier om dit aan te pakken. Die zienswijze heeft Unia trouwens ook bevestigd.

Tijdens dat overleg heb ik Unia gevraagd om die aanpak grondig te herevalueren. Als we discriminatie ernstig nemen – als minister doe ik dat voor de volle 100 % – dan moet die aanpak degelijk en proportioneel zijn. Als men een draagvlak wil creëren, dan doet men dat niet met juridische dreigingen als eerste stap, maar probeert men in overleg te gaan en een partnerschap te sluiten, dan begeleidt men mensen, organisaties en ondernemingen en is men vooral heel transparant.

Ik heb tegen Unia gezegd dat we die werkwijze echt willen zien in de praktijk en dat we hen zullen blijven opvolgen wat dat betreft. Dat heb ik zeer duidelijk gemaakt tijdens dat overleg. Ik heb begrepen dat er op basis van het overleg een bijkomende vergadering van de raad van bestuur werd belegd, waar dit dossier ter sprake is gekomen. Ik heb ook telefonisch contact gehad met de voorzitter van de raad van bestuur en heb daarin mijn ongenoegen geuit.

Uw derde vraag was of die praktijktesten en bijhorende ingebrekestellingen volgens mij onder de wettelijke opdracht van Unia vallen. Unia heeft als opdracht het bestrijden van elke vorm van discriminatie, onderscheid, uitsluiting, beperking, uitbuiting of voorkeur op grond van onder andere huidskleur, handicap of seksuele voorkeur. Praktijktesten zijn een middel om ongelijke behandeling in kaart te brengen. De praktijktesten in Gent werden uitgevoerd door de stad Gent, in samenwerking met Amal vzw. De dossiers waarin een vermoeden van discriminatie werd vastgesteld, werden vervolgens overgemaakt aan Unia voor verdere behandeling. Het is niet onbelangrijk om dat te schetsen. Het is dus niet Unia dat die praktijktesten heeft uitgevoerd, maar wel de stad Gent, in samenwerking met Amal.

Zowel het samenwerkingsakkoord met Unia als de federale antidiscriminatiewetgeving bepalen dat Unia in rechte kan optreden in geschillen waartoe die wetten aanleiding kunnen geven. De ingebrekestelling is op zich geen juridische sanctie, maar wel een formele aanmaning, waarbij een partij wordt verzocht maatregelen te nemen of te reageren binnen een redelijke termijn. Dit kader laat Unia dan toe om in bepaalde dossiers juridische stappen te overwegen, maar dat vereist telkens een zorgvuldige en proportionele benadering, iets wat volgens mij in dit geval niet optimaal is gebeurd.

Uw vierde vraag was of het voorval in Gent een geïsoleerd incident is of dat Unia ook elders al praktijktesten heeft toegepast en ingebrekestellingen verstuurd. Volgens de informatie die naar voren kwam uit het overleg met Unia was het de eerste keer dat Unia op deze schaal betrokken is bij juridische praktijktesten die werden uitgevoerd in opdracht van een stad.

In het verleden zijn er wel praktijktesten uitgevoerd in andere steden, zoals Antwerpen, Brugge en Leuven, maar de stap naar een ingebrekestelling via advocaten werd nooit eerder op die schaal gezet. Ik concludeer dan ook dat het om een geïsoleerd incident gaat. Tegelijkertijd is het een duidelijke aanleiding om ervoor te zorgen dat zoiets zich niet herhaalt zonder voorafgaand overleg en vooral zonder correcte communicatie.

U vroeg ook wat ik zou ondernemen om ervoor te zorgen dat die praktijken niet meer zouden plaatsvinden. Tijdens het officiële overleg heb ik mijn bezorgdheden duidelijk overgebracht aan Unia en ook expliciet aangegeven wat wij vanuit de federale regering verwachten. Ik heb daarbij zeer duidelijk gesteld dat die handelswijze zich op die manier niet mag herhalen. De manier waarop de ingebrekestellingen verstuurd zijn, heeft geleid tot onrust, onbegrip en juridische onzekerheid. Dat is nu net het tegenovergestelde van wat we willen bereiken met praktijktesten.

U stelde nog een andere vraag over wat er nu zal gebeuren. Daarop kan ik op dit moment geen antwoord geven. We hebben heel duidelijk gemaakt wat onze bezorgdheden zijn, wat we van hen verwachten en vooral wat we niet van hen verwachten. Het is nu aan hen om daarmee aan de slag te

gaan. Uiteraard blijven we het dossier opvolgen. Ik sta in permanent contact met Unia, net als mijn kabinet. Het dossier zal niet van de radar verdwijnen zolang niet alles duidelijk is.

Ik ben het helemaal met u eens, als er op die manier verdere stappen worden gezet die de ongerustheid en juridische onzekerheid vergroten inzake praktijktesten, maar ook breder in dossiers over discriminatie, dan moet dat stoppen. Dat heeft totaal geen nut. Het doel van praktijktesten is immers om discriminatie te verminderen en aan te pakken, niet om onrust te zaaien op het terrein.

Ondertussen blijf ik als minister strijden tegen discriminatie op de arbeidsmarkt. Dat is geen vrijblijvende opdracht, maar we moeten wel het juiste doen. Alleen dan kunnen we vooruitgang boeken. De manier waarop het in Gent is verlopen, is niet voor herhaling vatbaar.

01.03 Alexander Van Hoecke (VB): Mijnheer de minister, ik wil u bedanken voor uw antwoorden, die heel volledig waren. U hebt terecht kritiek op de werkwijze van Unia geuit. Ik ben tevreden dat u die werkwijze veroordeelt. Het tegendeel had mij ernstige zorgen gebaard.

U hebt meerdere keren gezegd dat u niet wilt controleren, maar u wilt dit wel verder opvolgen. Ik denk dat u wel moet controleren, want Unia is nog altijd een instituut met een wettelijke opdracht. Het ontvangt nog steeds belastinggeld. Als uitvoerende macht hebt u een duidelijke controlefunctie. U moet wel degelijk controleren, zeker wanneer het gaat over ingrijpende zaken zoals de praktijktesten en de juridische stappen die Unia daarbij overweegt.

Ik denk dat we ons ook de vraag moeten durven te stellen hoe het überhaupt mogelijk is dat Unia zich met zulke absurditeiten bezighoudt. Waarom stuurt Unia nepsollicitaties uit in naam van een fictieve persoon met een prikkelstoornis voor de functie van onthaalmedewerker bij een school waar duidelijk leerlingen zitten die niet de meest rustige zijn, als ik het zo mag zeggen? Waarom stuurt Unia een topstrafpleiter op een school of zelfs op een rusthuis af als die niet ingaan op een sollicitatie? Die vraag moeten we ons wel durven te stellen. Waar komt dit vandaan?

Dat komt omdat we nog altijd niet die compleet absurde praktijktesten durven te veroordelen. Ik denk dat u vandaag heel wat redenen hebt opgesomd waarom die praktijktesten eigenlijk geen goed instrument zijn. U zegt dat u een voorstander van praktijktesten blijft, maar tegelijk noemt u tal van redenen waarom ze in de praktijk geen goed idee blijken te zijn.

Uw partij, Vooruit, is altijd hevig voorstander van die praktijktesten geweest. Hoe meer, hoe liever. Dan moet u ook leren leven met de consequentie dat dit het resultaat is. In die optiek is dit eigenlijk een logische actie van Unia. Binnen dat paradigma doet Unia gewoon wat er politiek, voornamelijk vanuit linkse hoek, al jarenlang wordt gevraagd: discriminatie harder beoordelen, meer controleren, vacatures overstelpen met praktijktesten met valse sollicitaties om te zien of er sprake is van discriminatie en daar ook gevolgen aan koppelen.

U hebt in de pers gezegd dat een juridische procedure pas overwogen kan worden als iemand herhaaldelijk en moedwillig dezelfde fouten maakt. Ja, u koppelt daar dus nog steeds een juridische procedure aan. Het is niet zo dat u bijvoorbeeld zegt dat praktijktesten nuttig zijn om te kunnen meten of er discriminatie op de arbeidsmarkt is.

U stelt dat er wel degelijk ook een juridische consequentie aan gekoppeld moet kunnen worden.

Met andere woorden, er is eigenlijk niets mis – dat hebt u, als ik mij niet vergis, ook met zoveel woorden gezegd – met de werkwijze van Unia op het vlak van praktijktesten, maar het moet wel even wachten met dure advocaten af te sturen op bedrijven, op scholen, op cafés, op rusthuizen en met mensen voor de rechter te slepen. Dat het daar even mee wacht, dat hoeft niet onmiddellijk te gebeuren.

Daar zit natuurlijk het probleem, mijnheer de minister. De werkwijze van Unia wordt fundamenteel niet veroordeeld. Zolang dat niet gebeurt, blijven we met hetzelfde probleem zitten, want dat is nu eenmaal de richting waarin die praktijktesten evolueren.

Ik vind die praktijktesten getuigen van een enorm wantrouwen tegenover ondernemers, tegenover de hele samenleving eigenlijk. Als we zien wie er gevisieerd werd in Gent – rusthuizen, scholen, cafés – dan is het duidelijk dat niemand nog veilig is.

Het veronderstelt ook dat men via praktijktesten in het hoofd kan kijken van iemand die een beslissing neemt – in het hoofd van een werkgever of van een school – en dat men ervan uitgaat dat men op basis van één sollicitatie waarop niet werd ingegaan, in dat individuele geval schuldig is aan discriminatie en dat daar ook gevolgen aan moeten worden gekoppeld. We zijn nu op dezelfde manier bezig als de stad Gent, die wanneer het te absurd wordt haar handen ervan aftrekt, maar in het verleden wel stond te springen om praktijktesten in te voeren en harder op te treden tegen elke vorm van discriminatie.

Ik rond af. Onze oproep is altijd heel duidelijk geweest: niemand zou mogen vrezen dat de overheid over zijn schouder meekijkt bij een aanwervingsprocedure. Die vrijheid staat centraal in een vrije samenleving. Met dat standpunt – dat nochtans gedragen wordt door een meerderheid van de Vlamingen – staan wij vandaag echter blijkaar alleen.

Ik dien dan ook een motie van aanbeveling in. We vragen u daarin slechts drie zaken, mijnheer de minister. Ten eerste, u moet heel duidelijk oproepen, niet om te stoppen met juridische vervolging, maar wel om te stoppen met praktijktesten *tout court*. Ten tweede, u moet de subsidiëring van Unia eindelijk volledig stopzetten. We hebben in Vlaanderen een Vlaams Mensenrechteninstituut ingevoerd, dat handenvol geld kost, om vervolgens Unia federaal ook nog eens te subsidiëren. Tot slot moet u – dat staat ook in een resolutie die wij opnieuw zullen indienen – de nodige stappen zetten om Unia te ontbinden.

De **voorzitter**: U wenst te reageren, mijnheer de minister?

01.04 Minister **Rob Beenders**: Ik had gehoopt op een intellectueel correct debat. Ik heb trouwens op een heel correcte manier geantwoord op uw vragen. U gooit hier heel wat dingen op een hoop, terwijl het daar niet over gaat. Ik distantieer mij van de manier waarop de praktijktesten werden opgevolgd, maar niet van de praktijktesten zelf. De praktijktesten worden al tien jaar uitgevoerd in Gent, zonder problemen en zijn degelijk wetenschappelijk onderbouwd. Tal van studies tonen aan dat niet iedereen dezelfde kansen krijgt om bijvoorbeeld een job te vinden. Het is dan ook niet realistisch te verwachten dat iedereen die moet bijdragen aan de samenleving en geacht wordt te werken, automatisch dezelfde kansen heeft om op de arbeidsmarkt te starten. Of u dat nu wilt of niet, u kunt het zonlicht niet ontkennen, het is eenvoudigweg niet zo. Dat zeg ik niet omdat ik ideologisch niet aan uw zijde sta, maar omdat het om feiten gaat. Wetenschappelijke studies tonen zeer duidelijk aan dat bepaalde groepen niet met gelijke kansen aan een sollicitatieprocedure beginnen. U kunt dat niet ontkennen, dat is de realiteit.

Wat doen we daarmee? Niets? Laten we die mensen aan hun lot over? Ze vinden geen werk, komen in de bijstand terecht en vervolgens voeren we hier een discussie over het feit dat er te veel overheidsgeld gaat naar mensen die niet werken. Dat is een andere discussie. De vraag is of we instrumenten die wetenschappelijk bewezen gelijke kansen stimuleren, inzetten om een extra duwtje in de rug te geven aan wie dat nodig heeft. Praktijktesten behoren op dit moment tot de weinige bewezen instrumenten die daartoe bijdragen.

De opvolging van praktijktesten is cruciaal en dat is voor Gent niet correct verlopen. Het is niet aanvaardbaar om met ingebrekestellingen te starten, zodra er iets wordt vastgesteld. Integendeel, men moet er net mee aan de slag gaan om het probleem op te lossen. Door alles, praktijktesten en de opvolging ervan, op een hoop te gooien en in de vuilnisbak te werpen, creëren wij geen gelijke kansen voor iedereen op de arbeidsmarkt. Discriminatie is geen futiliteit. Ik wil het debat op dat vlak eerlijk, correct en zuiver voeren. Niet iedereen heeft dezelfde kansen om een job te vinden, dat is een feit. U kunt zich voorstellen dat het anders is, maar dat maakt het nog niet waar.

Als u een alternatief recept hebt om het probleem op een andere manier aan te pakken, neem dat op in een motie van aanbeveling. Ik zal mijn partij steunen om daarvoor te stemmen. Gooi het kind niet met het badwater weg. U probeert mensen iets wijs te maken. Het is niet zo.

01.05 **Alexander Van Hoecke** (VB): Mijnheer de minister, u werpt op dat we het debat intellectueel eerlijk moeten voeren. Ik doe dat hier ook duidelijk. Ik zeg dat het niet enkel gaat over de opvolging van de praktijktesten. U zegt heel duidelijk dat u voorstander bent van praktijktesten, omdat die nodig zijn om discriminatie op de arbeidsmarkt te bestrijden. Wees dan echter ook consequent. De enige logische conclusie die u kunt trekken uit de praktijktesten als middel om discriminatie te bestrijden, is dat de

overheid meekijkt over uw schouder en dat er uiteindelijk ook juridische stappen worden gezet richting bedrijven die verdacht worden van discriminatie op de arbeidsmarkt of op de huurmarkt. Dat is de enige logische conclusie. Wat Unia heeft gedaan, is eigenlijk precies wat u nu bepleit, namelijk dat in de praktijk uitvoeren.

Dan kunt u inderdaad beklagen dat Unia te snel is overgegaan tot juridische stappen. Uiteindelijk bent u het dan echter nog altijd met Unia eens dat er na de praktijktesten juridische stappen moeten volgen. U zegt immers ook duidelijk dat praktijktesten er niet alleen zijn om discriminatie te meten, maar ook om die te bestrijden.

Wij kunnen daarover van mening verschillen, maar dat is niet het maatschappijmodel waarvoor ik kies. Ik kies niet voor een maatschappij waarin de overheid meekijkt over iemands schouder om na te gaan of men wel een beslissing neemt op basis van de juiste gronden of om te controleren of de persoon die men aanwerft niet toevallig een andere achternaam heeft, zodat men van discriminatie verdacht kan worden. Dat is absoluut niet het model waarvoor ik kies, en het zou mij zeer, zeer, zeer sterk verbazen, als veel Vlamingen daar wel voor kiezen.

Moties Motions

De **voorzitter**: Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.
En conclusion de cette discussion, les motions suivantes ont été déposées.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heer Alexander Van Hoecke en luidt als volgt:

"De Kamer,
gehoord de interpellatie van de heer Alexander Van Hoecke
en het antwoord van de minister van Consumentenbescherming, Sociale fraudebestrijding, Personen met een handicap en Gelijke Kansen,
- overwegende dat maar liefst 90 Gentse bedrijven, waaronder ook cafés en scholen, door Unia in gebreke zijn gesteld omwille van vermeende discriminatie bij sollicitaties;
- overwegende dat er geen hoor en wederhoor werd toegepast door Unia en er meteen van uitgegaan werd dat iedereen die niet inging op de fictieve sollicitaties daartoe discriminatoire redenen had;
vraagt de regering
- Unia op te roepen om onmiddellijk te stoppen met het uitvoeren van praktijktesten;
- de subsidiëring van Unia volledig stop te zetten;
- de nodige stappen te zetten om Unia te ontbinden."

Une motion de recommandation a été déposée par M. Alexander Van Hoecke et est libellée comme suit:

"La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de M. Alexander Van Hoecke
et la réponse du ministre de la Protection des consommateurs, de la Lutte contre la fraude sociale, des Personnes handicapées et de l'Égalité des chances,
- considérant que pas moins de nonante entreprises gantoises, dont également des cafés et des écoles, ont été mises en demeure par Unia pour présomption de discrimination à l'embauche;
- considérant qu'Unia n'a pas appliqué le principe du contradictoire et est d'emblée parti du postulat que toutes les candidatures fictives n'ayant pas reçu de suite, n'avaient pas été retenues pour des raisons discriminatoires;
demande au gouvernement
- d'exhorter Unia à cesser immédiatement de réaliser des tests de situation;
- de suspendre totalement le versement des subventions à Unia;
- de prendre les mesures nécessaires pour dissoudre Unia."

Een eenvoudige motie werd ingediend door mevrouw Funda Oru.
Une motion pure et simple a été déposée par Mme Funda Oru.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.
Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

Je remercie le ministre Beenders pour sa présence et suspends nos travaux en attendant l'arrivée du

ministre Vandenbroucke et la reprise de nos questions orales.

Le développement des questions et interpellations est suspendu de 13 h 55 à 14 h 14.

De behandeling van de vragen en interpellaties wordt geschorst van 13.55 uur tot 14.14 uur.

02 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De professionele stage voor afgestudeerde klinisch psychologen en orthopedagogen" (56006064C)
- Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stage voor studenten in de klinische psychologie en klinische orthopedagogiek" (56006317C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De praktijkstage voor klinisch psychologen/orthopedagogen" (56006884C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De schrapping van de professionele stage voor klinisch psychologen en orthopedagogen" (56006904C)
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verplichte stage voor klinisch psychologen en orthopedagogen" (56006992C)

02 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le stage professionnel des psychologues et orthopédagogues cliniciens diplômés" (56006064C)
- Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le stage en psychologie clinique et orthopédagogie clinique" (56006317C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les stages pratiques pour psychologues/orthopédagogues cliniciens" (56006884C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La suppression du stage professionnel des psychologues et orthopédagogues cliniciens" (56006904C)
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le stage obligatoire pour les psychologues et orthopédagogues cliniciens" (56006992C)

02.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, dank u voor uw aanwezigheid en voor de gelegenheid om nog een aantal vragen te stellen over de actualiteit. Eerder had ik al een vraag ingediend over de stand van zaken met betrekking tot de organisatie van de professionele stage.

Ondertussen hebben we via de media vernomen dat u nu definitief beslist zou hebben om die professionele stage te schrappen. Tijdens de vorige legislatuur hebt u ook al verschillende keren de verplichting tot het volgen van een professionele stage uitgesteld. Onze partij heeft zich daar altijd tegen verzet, omwille van redenen die afgelopen week ook werden verwoord door de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen en door Nady Van Broeck, emeritus-hoogleraar klinische psychologie aan de KU Leuven.

Die mensen achten de extra praktijkervaring nodig om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg te waarborgen. Tijdens de opleiding is er namelijk te weinig ruimte voor praktijkoefening. We mogen hier niet vervallen in casuïstiek, maar mijn eigen nichtje, die klinische psychologie heeft gestudeerd, voelde zich na haar opleiding onvoldoende gewapend om meteen aan de slag te gaan. Ze heeft dan ook voortgezette opleidingen gevolgd in het avondonderwijs, om zich toch voldoende klaar te voelen om met patiënten te werken. Dat illustreert hoe belangrijk zo'n professionele stage is.

Ook vanuit het perspectief van de patiënt is de schrapping nefast, aangezien mensen met psychische problemen bijzonder kwetsbaar zijn. Bovendien dreigt de schrapping van de professionele stage op termijn duurder uit te vallen, enerzijds omdat behandelingen niet altijd van voldoende kwaliteit zullen zijn, anderzijds omdat er onvoldoende psychologen effectief aan de slag gaan als klinisch psycholoog.

U haalt aan dat u geen stagemeesters kunt vinden. Wat ons betreft, is het net een taak van de overheid om daarvoor de juiste randvoorwaarden te creëren. Het is ook de taak van de Vereniging van Klinisch Psychologen om haar leden aan te sporen zich kandidaat te stellen als stagemeester. Dat vraagt extra inspanningen, maar het laat praktijken tegelijk ook toe om hun wachtlijsten te verkorten.

Mijnheer de minister, wat is uw reactie op de standpunten van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen en mevrouw Nady Van Broeck? Hoe wilt u de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg bewaken, nu u de professionele stage hebt geschrapt? Zult u in overleg gaan met het onderwijs om tijdens de opleiding in meer praktijkervaring te voorzien of bent u bereid om, in overleg met de sector, toch opnieuw werk te maken van meer stageplaatsen?

02.02 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, ma question est de la même veine que la précédente. Lorsque les professions de psychologue clinicien et d'orthopédagogue clinicien ont été reconnues comme professions de santé, la reconnaissance d'une pratique autonome était liée à l'obligation d'effectuer un stage professionnel sous supervision. Cette mesure visait à renforcer la qualité des soins de santé mentale, objectif que nous partageons pleinement. Mais la mise en œuvre de cette obligation a été reportée à plusieurs reprises, par manque de maîtres de stage.

Aujourd'hui, votre volonté est d'affaiblir ce stage professionnel obligatoire, ce qui suscite une inquiétude au sein de la profession. On sait que ce dossier est complexe. L'accord de gouvernement prévoit d'ailleurs de réévaluer le dispositif, précisément en raison des difficultés d'organisation et de l'insuffisance du nombre de maîtres de stage disponibles. Il prévoit également que des solutions doivent être trouvées pour accompagner efficacement les jeunes professionnels au début de leur carrière et garantir des soins de qualité aux patients.

Jusqu'à présent, le choix persistant de report à plusieurs reprises et l'absence d'un cadre clair de mise en œuvre ont entraîné des problématiques importantes qui sont soulevées aujourd'hui par le secteur, mais aussi par les étudiants concernés. On est face à une incertitude pour les étudiants et les établissements de soins. On est face à une hésitation des superviseurs potentiels en raison de l'absence d'informations suffisantes quant à leur statut officiel, la rémunération, le nombre de supervisions qu'ils peuvent assurer et leur rôle réel. Et nous sommes face aussi à de longs délais de traitement pour ceux qui se porteraient candidats malgré cette hésitation et ce manque d'informations suffisantes.

Par ailleurs, ce qui est quelque peu paradoxal, c'est que les institutions universitaires n'ont par contre pas attendu pour créer, souvent sur fonds propres, des certificats universitaires, des formations de maîtres de stage pour cette année de pratique supervisée, en soulignant qu'il est vraiment important d'avoir des professionnels de qualité.

Monsieur le ministre, depuis les différents reports qui devaient permettre aux acteurs concernés d'assurer la mise en œuvre concrète du stage professionnel, quelles mesures avez-vous prises pour assurer la faisabilité de ce stage? Quelles concertations avez-vous menées ces dernières années avec les acteurs concernés pour trouver des solutions? Pourquoi choisir aujourd'hui d'affaiblir le stage obligatoire au lieu de s'attaquer aux problèmes de mise en œuvre et de faisabilité rencontrés depuis plusieurs années? Comment faire, dans ce cadre, pour garantir la qualité des prestations de soins effectuées par nos jeunes diplômés? Enfin, comment comptez-vous organiser la concertation avec le secteur pour trouver des solutions d'accompagnement de nos jeunes diplômés? Il faut en effet trouver des solutions de qualité et dans un délai court. Monsieur le ministre, je souhaiterais dès lors avoir des précisions quant à votre agenda sur ce dossier.

02.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, de voorgaande twee collega's hebben het probleem al aangekaart. U bent van plan om de verplichte gesuperviseerde professionele praktijkstage voor klinisch psychologen en pedagogen, zoals bepaald in de wet van 2015, te schrappen. Uw motivatie daarvoor is het tekort aan stagemeesters en de complexiteit van de erkenningsprocedure. Nochtans wordt dat op het terrein tegengesproken, of beter, men spreekt van een gemakkelijksoplossing in plaats van onderbouwd beleid. U wordt met de vinger gewezen wegens te weinig communicatie met de beroepsgroep over de modaliteiten – waar hebben we dat nog gehoord? –, te veel administratieve rompslomp en het uitblijven van een sui generis statuut.

Mijnheer de minister, kunt u uitleggen waarom u kiest voor een wetswijziging die de kwaliteit, de veiligheid en de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg dreigt te ondergraven, in plaats van te kiezen voor structurele oplossingen?

Erkent u dat uw voorstel niet alleen indruist tegen de geest van de wet van 2015, maar ook tegen gangbare nationale en internationale standaarden in de geestelijke gezondheidszorg?

02.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Geachte Kamerleden, ik heb de voorbije jaren, samen met mijn medewerkers, ongelooflijk veel inspanningen geleverd. We hebben op alle mogelijke manieren nagedacht over hoe we het mooie principe, dat door mevrouw De Block in 2015 in een wet is ingeschreven, in de praktijk konden brengen.

Ik kan u niet zeggen hoeveel vergaderingen daaraan besteed zijn, zoals overleg met de sector, aanpassingen van het dispositief, versoepelingen van het systeem, het mogelijk maken om de criteria voor stagemeesters te versoepelen, zodat het aantal erkende stagemeesters en stageplaatsen verhoogd kon worden, de administratieve vereenvoudiging van de registratieprocedures voor stagemeesters en stagediensten, en we hebben gepleit – gebeden en gesmeekt, zou ik bijna zeggen – om stagemeesters. Het lukt niet. Het lukt niet.

Die wet van 2015 blijkt in de praktijk onuitvoerbaar. Het blijft theorie. Ik daag u uit om het in mijn plaats te proberen. Mocht u dat overwegen, dan zult u ondervinden dat het niet lukt. *Le mieux est l'ennemi du bien*, zegt men in het Frans. Het is daar een mooi voorbeeld van. Het is een mooi principe, maar onuitvoerbaar. Het is een theoretische, papieren constructie. Het terrein mobiliseert zich daarvoor niet.

De professionele verenigingen van zelfstandige klinisch psychologen en een aantal experts geven aan dat ze er veel aan zouden hebben. Ik begrijp dat ook. U mag het echter in mijn plaats komen proberen. We hebben daar jarenlang tijd en energie in gestoken, met allerlei iteraties om het toch maar te laten slagen. Het lukt niet. Als iets niet lukt, moet men op een bepaald moment ook durven te zeggen dat het niet lukt.

Ondanks al die inspanningen hadden we op 14 april van dit jaar in heel het land slechts 139 erkende stagemeesters en 239 stageplaatsen gevonden, terwijl er naar schatting 1.400 studenten zullen afstuderen in de klinische psychologie dit academiejaar. Met zulke cijfers kan men geen verplichte professionele stage opleggen, want als we dat wel doen, creëren we een bottleneck waardoor de instroom in het werkveld volledig stilvalt.

Iemand moet op een bepaald ogenblik durven te zeggen dat het niet lukt, dat het theorie is, dat het op papier blijft staan, dat het na zoveel jaren niet uitgevoerd raakt. We gaan het terrein niet in chaos storten. We stoppen die poging. Ik blijf bij dat standpunt. Ik zal u niets wijsmaken en de studenten evenmin. Jaar na jaar heb ik het opnieuw geprobeerd. Ik heb gebeden en gesmeekt om stagemeesters, maar niet gevonden. Niet gevonden! Wat moet men dan doen?

We moeten inderdaad andere oplossingen zoeken. We moeten een duurzame oplossing vinden en we moeten daarover transparant zijn tegenover de studenten.

Ce sont donc les raisons pour lesquelles nous avons décidé de supprimer définitivement l'année de stage obligatoire, qui n'a jamais été appliquée. Il s'agit d'une décision difficile que l'on peut regretter – et c'est mon cas –, mais qui offre quand même aux diplômés la clarté et la sécurité nécessaires pour pouvoir entrer sur le marché du travail sans obstacle insurmontable. Cela ne signifie toutefois pas que nous ignorons le besoin d'un accompagnement de qualité en début de carrière – bien au contraire. En concertation avec les acteurs et les étudiants, nous souhaitons réorienter l'approche vers un cadre renforcé de formation continue d'intervision et de supervision. Des concertations ont déjà eu lieu à ce sujet le 13 juin et le 10 juillet avec mes collaborateurs, les universités et les associations professionnelles. Une concertation a eu lieu au début du mois avec les représentants de la Vlaamse Vereniging voor Studenten (VVS) et de la Fédération des étudiants francophones (FEF). En collaboration avec les associations professionnelles et les universités concernées, une communication sera diffusée auprès des étudiants dans les plus brefs délais, c'est-à-dire d'ici le début de l'année académique – en septembre prochain –, afin qu'ils sachent à quoi s'attendre. Il n'y aura pas de stage obligatoire à l'issue de leurs études.

Op die manier wordt er duidelijkheid en rechtszekerheid gecreëerd. We zullen dus, in overleg met de sector en de studentenorganisaties, inzetten op het versterken van permanente vorming, intervisie en supervisie voor de pas afgestudeerden. Ik wil op die manier een haalbaar, realistisch plan creëren dat afgestemd is zowel op de noden als op de realiteit op het werkveld.

Ik heb me daarnet even vergist in het cijfer. Ik zei dat er 1.400 studenten zijn dit academiejaar. Dat gaat natuurlijk over het aantal afstuderende studenten in het academiejaar 2025-2026, dus het volgende academiejaar. De kloof tussen het aantal stageplaatsen en het aantal studenten is onoverbrugbaar. Na vier jaar is er, ondanks alle mogelijke pogingen, amendementen en aanpassingen, geen enkele vooruitgang geboekt. Daarom heb ik die beslissing genomen

02.05 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, uit uw antwoord blijkt dat u bekommerd bent en dat u er zelf mee verveeld zit. Dat neemt niet weg dat wij vinden dat we ons daar niet zomaar bij kunnen neerleggen, aangezien de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg toch staat of valt met een degelijke opleiding. Ik denk dat we het morgen ook niet zouden aanvaarden dat leerkrachten voor de klas gaan staan die nooit een stage hebben gelopen of dat huisartsen onmiddellijk zouden starten zonder dat ze huisarts in opleiding zijn geweest. Kortom, ik denk dat het wel degelijk uw verantwoordelijkheid is en ook tot uw mogelijkheden behoort om de wetgeving zodanig aan te passen dat er wel degelijk sprake kan zijn van een professionele stage.

Ik heb zelf te weinig zicht op de nodige concrete randvoorwaarden. Het zou om vergoedingen voor stagemeesters of voor de betrokkenen zelf kunnen gaan. Wellicht spelen nog andere randvoorwaarden mee. U bent daar niet op ingegaan. U hebt wel gezegd dat u daarover al veel hebt overlegd en dat u al allerlei zaken hebt bijgestuurd, maar u bent niet erg concreet ingegaan over wat dat dan precies inhoudt. We blijven dus op onze honger zitten en we zullen zeker vragen blijven stellen en ons daarin verder verdiepen. De patiënten verdienen namelijk begeleiding door professionals die daar wel degelijk toe in staat zijn.

02.06 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, merci pour vos réponses.

Au sein des Engagés, nous soutiendrons toujours la concertation avec les acteurs concernés – vous le savez.

Ayant été doyen de faculté, j'ai suivi le dossier de très près. Plusieurs années se sont écoulées, lors desquelles nous avons reporté la mise en application de cette année de pratique supervisée. Il est vrai que nous arrivons tard avec l'idée de supprimer. Nous aurions pu, beaucoup plus tôt, nous dire qu'il y avait un problème de faisabilité, le nombre de maîtres de stage agréés et de lieux de stage n'ayant pas augmenté énormément ces dernières années.

Vous me dites que la solution est de focaliser plus l'action sur la formation continue, l'intervision et la supervision. Je crois qu'il faut être prudents, parce que mettre en place de la formation continue, un dispositif d'intervision ou un système de supervision est tout aussi laborieux en termes d'organisation, sachant qu'il y a des centaines, voire plus d'un millier de diplômés par an.

La tâche est difficile. Il faut vraiment que ces solutions d'accompagnement soient concertées avec les acteurs de terrain – qui sont en attente – pour garantir la qualité de la prise en charge par ces psychologues et orthopédagogues cliniciens fraîchement diplômés, à l'avenir.

02.07 Dominiek Sneppe (VB): Dank u voor uw antwoord, mijnheer de minister.

In een samenleving waarin de geestelijke gezondheidszorg zwaar bevroegd wordt, moeten er niet alleen meer zorgverleners zijn, we moeten ook de kwaliteit bewaken. Ik meen dat de stage noodzakelijk is om de vereiste kwaliteit te garanderen. Ik wil daarbij het voorbeeld herhalen dat mijn collega eerder gaf. Stel u een specialist of arts voor die meteen na de studies in het beroep stapt. Dat zouden we ook niet toejuichen. Die stage bestaat met reden en die reden is net het waarborgen van de kwaliteit.

Wat is er dan mis met de stage? Volgens het werkveld kan daar heel wat aan verbeterd worden. Er is sprake van een aanzienlijke administratieve rompslomp. Er is rechtsonzekerheid, zowel bij studenten als bij de zorginstellingen. Er is een beperkte pedagogische financiering en het erkenningsproces verloopt stroef. Dat zijn zaken waar u effectief iets aan zou kunnen doen. U zegt dat u in overleg bent,

maar vanuit het werkveld horen wij andere signalen. Daar blijkt dat dat overleg niet echt overlegmatig is.

Er zijn verschillende adviezen uit het werkveld gekomen, maar men signaleert dat er nauwelijks of zelfs geen overleg is. Dat doet denken aan wat er nu met de artsen gebeurt. Blijkbaar gebeurt hetzelfde bij de klinisch psychologen en pedagogen. U denkt dat er overleg is, maar het werkveld vindt van niet. U leeft dus op gespannen voet. U beweert van alles geprobeerd te hebben. Ik betwijfel dat, aangezien het werkveld met suggesties en adviezen gekomen is, maar die pasten blijkbaar niet in uw plaatje.

U zegt nu dat u zult inzetten op intervisie en supervisie, maar waarom zou u daarvoor wel geschikte mensen vinden en voor de klinische stages niet? Daar stel ik mij grote vragen bij. Ik vrees dat het de geestelijke gezondheidszorg zeker niet ten goede zal komen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 56006080C van mevrouw Irina De Knop is omgezet in een schriftelijke vraag.

03 **Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les perspectives pour l'implantation d'un PET-scan en province de Luxembourg" (56006126C)**

03 **Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De perspectieven voor een PET-scanner voor de provincie Luxemburg" (56006126C)**

03.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, la presse du Sud du pays a dernièrement éveillé l'attention sur une situation, hélas, déjà ancienne, mais qui risque, si l'on n'y prend garde, de perdurer dans notre paysage médical. En effet, la province de Luxembourg est la seule du pays à ne pas disposer sur son territoire d'un équipement de médecine nucléaire. Les habitants de cette province sont tenus d'aller se faire scanner ailleurs: par exemple, à Liège ou au Grand-Duché de Luxembourg. Le refrain est bien connu: plus grand territoire du pays, le Sud-Luxembourg en est aussi le moins densément peuplé. Il lui est donc difficile de répondre seul aux normes fixées par le fédéral et la Région wallonne.

S'agissant de l'acquisition d'un PET-scan, la situation institutionnelle est quelque peu complexe: entre agrément des hôpitaux, financement des équipements et remboursement des coûts d'utilisation médicale dans l'enveloppe globale des hôpitaux – et je n'entrerai pas dans les détails d'un dossier que vous connaissez beaucoup mieux que moi. Je vais donc aller à l'essentiel. Si la Région est compétente pour l'agrément, le financement des équipements et le contrôle incombent au fédéral, qui conserve le pouvoir le plus important en ce domaine, étant donné que c'est lui qui assure le financement des hôpitaux. Il fixe le nombre maximal de PET-scans autorisés en Belgique et en tient une cartographie. Tout nouvel équipement doit donc, en ce sens, faire l'objet d'une demande d'agrément auprès du fédéral.

En application de ce qui précède, votre collègue Maxime Prévot, qui était à l'époque ministre wallon de la Santé, avait dressé à la mi-2016 un inventaire des hôpitaux wallons susceptibles d'introduire une demande d'agrément auprès du fédéral. Ils étaient trop nombreux selon le plafond d'équipements autorisés. Une sélection devait donc être opérée. La demande qui fut introduite pour le Luxembourg par l'intercommunale Vivalia ne put être retenue en fonction des critères fixés. Toutefois, conscient de la situation particulière de la province de Luxembourg et soucieux de trouver un moyen de répondre aux attentes légitimes de ses habitants, Maxime Prévot a négocié, de la mi- à la fin 2016, une solution praticable avec la ministre Maggie De Block et a alors obtenu son accord formel à propos de cette solution. La formule est simple: étendre à la Wallonie une formule déjà pratiquée à Bruxelles, à savoir la délivrance d'un seul agrément fédéral commun pour l'exploitation de deux appareils sur deux sites différents, l'un situé au Luxembourg, l'autre non, chacun disposant d'une part de volume autorisé de prestations. Selon mes informations, Mme De Block a confirmé son accord en décembre 2016. Cette solution s'inscrivait assez bien dans les perspectives et l'évolution du paysage hospitalier luxembourgeois, avec le projet Vivalia 2025 et celui du nouvel hôpital qui devait accueillir l'équipement PET-scan espéré et attendu par la province de Luxembourg.

Il y avait toutefois une condition préalable: pour que cette solution soit applicable, il fallait modifier la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins de santé. Mme De Block s'était engagée à adapter la législation fédérale en conséquence. Depuis lors, le temps a passé et rien n'a été concrétisé. Cela fait presque 10 ans.

Entre-temps, le projet Vivalia 2025 se précise, et le nouvel hôpital de Houdemont s'annonce pour bientôt. La question du PET-scan se pose avec une nouvelle acuité. Oui ou non Houdemont pourra-t-il accueillir pour le Luxembourg cet équipement qui lui fait cruellement défaut?

Avez-vous connaissance de cet accord de décembre 2016 entre Mme De Block et M. Prévot en vue de doter le Luxembourg d'un PET-scan? Avez-vous connaissance du courrier de Mme De Block confirmant son accord sur cette solution et son engagement à prendre des dispositions utiles à la modification de la loi permettant sa mise en œuvre?

Pouvez-vous m'indiquer ce qu'il est advenu de cette perspective de modification de la loi et me dire si la solution envisagée – un seul agrément fédéral pour deux appareils sur deux sites, dont un en province de Luxembourg – est toujours d'actualité et pourra être mise en œuvre lorsque Houdemont sera opérationnel?

Quelle que soit la situation, êtes-vous comme moi convaincu de la nécessité pour les habitants de la province de Luxembourg de disposer à terme prévisible d'un équipement de médecine nucléaire sur leur territoire? Pouvez-vous envisager de le faire afin que nous ayons cette perspective joyeuse de posséder cet appareil utile?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Les centres PET sont programmés pour déterminer le nombre d'établissements équipés de scanners PET qui peuvent être agréés au niveau national et régional. L'extension la plus récente de la programmation PET remonte à 2014 dans le cadre d'un protocole d'accord, lorsque des accords ont été conclus avec les entités fédérées concernant l'offre et l'application d'une politique de contrôle. Dans ce cadre, des centres supplémentaires ont été autorisés et les appareils non agréés ou agréés en dehors de la programmation ont fait l'objet d'une transaction.

En concertation avec les entités fédérées, il a été convenu de prévoir une exception unique pour une situation spécifique dans la Région de Bruxelles-Capitale, où trois hôpitaux ont été autorisés à former un centre d'association pour les PET et les trois appareils PET dans ces hôpitaux ont été comptabilisés pour un seul centre sur le plan de la programmation.

Ainsi, ces trois appareils sont financés comme s'il s'agissait d'un seul appareil. Cela signifie que pour le nombre d'examens entièrement financés, ils ont un plafond ou un quota annuel qui représente un tiers de celui des autres appareils PET cliniques. Ce mode de fonctionnement était un compromis pragmatique. Il n'est pas souhaitable pour les futures extensions de capacité PET dans notre pays.

Comme vous le savez, mon parti ne faisait pas partie de la coalition au cours de la période à laquelle vous faites référence, mais une recherche dans les archives a montré que les travaux ont effectivement été entamés sous la législature de la ministre De Block. Le résultat fut un avis partagé du Conseil fédéral des établissements hospitaliers qui préconise principalement une approche globale du dossier "imagerie médicale", et de ne pas créer de nouvelles exceptions. Je ne peux que constater que le dossier n'a pas été approuvé par la suite au sein du gouvernement de l'époque.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas souhaitable au niveau des rapports coût/efficacité de travailler avec plusieurs appareils qui, d'un point de vue de programmation, comptent pour un seul appareil et fonctionnent chacun selon une partie de leur capacité. L'extension la plus rentable et la plus rapide de la capacité PET consiste à augmenter le quota annuel d'examens dans les centres PET existants. L'analyse des données et l'avis des experts nous indiquent qu'une augmentation du quota d'examens est réalisable pour les centres PET existants. Voilà ma réponse.

03.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Je vous remercie quand même pour votre réponse, qui ne me satisfait pas, vous vous en doutez. Oui, le paysage hospitalier luxembourgeois est en pleine mutation avec la stratégie Vivalia qui porte désormais le millésime 2030, qui est articulée sur le futur CHR d'Habay-Houdemont et un réseau de polycliniques qui allie proximité et spécialisation.

En province de Luxembourg, on se réjouit de cette évolution qui augmentera la qualité des soins pour les Luxembourgeois, sauf qu'il y a une chose qui ne va pas changer: notre géographie. Alors, en 2030, le Luxembourg restera éloigné et excentré, c'est un fait, et il serait donc aussi injuste qu'irrationnel que pour certaines technologies de pointe indispensables à la qualité d'un diagnostic, les habitants de la province de Luxembourg restent tributaires d'équipements très éloignés et astreints à des déplacements lourds et dissuasifs.

Personnellement, il me paraît indispensable, pour le futur CHR de Houdemont, d'être équipé d'un PET-scan.

Monsieur le ministre, je vous réitère ma demande avec insistance. Faites, s'il vous plaît, le nécessaire pour qu'une solution soit trouvée afin de doter la province de Luxembourg de cet équipement indispensable à une médecine d'avenir digne de ce nom.

Vous êtes un homme intelligent, alors inscrivez-vous s'il vous plaît dans le sens de l'histoire. Ne renvoyez pas le Luxembourg dans le moyen-âge médical en raison de normes taillées sur mesure pour d'autres et d'excès commis par d'autres.

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

04 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De digitale toegang tot medische gegevens voor jongeren en hun ouders" (56006131C)

04 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès numérique aux données médicales pour les jeunes et leurs parents" (56006131C)

04.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, digitale toepassingen zoals mijngezondheid.be zijn waardevol om snel informatie uit het eigen patiëntendossier en soms ook dat van naasten of kinderen te krijgen. Ze maken het mogelijk om op een veilige en snelle manier gegevens te raadplegen.

In de praktijk verneem ik via e-mails van gezinnen dat er nog ernstige beperkingen bestaan. Ouders melden mij dat jongeren tussen 16 en 18 jaar geen zelfstandige toegang tot mijngezondheid.be hebben, omdat ze nog geen itsme-account of geen geldige eID hebben. Tegelijkertijd verliezen ouders, zodra hun kind 18 wordt, van de ene dag op de andere alle toegang tot het patiëntendossier van hun kind, zonder enige waarschuwing.

Kunnen we er niet voor zorgen dat de ouders minstens een pop-upmelding krijgen dat ze de toegang tot het patiëntendossier van hun kind zullen verliezen? Kunnen we ook niet op zijn minst voorzien in een overgangsperiode voor jongeren die nog geen geldige eID of itsme-account hebben, zodat ze via hun ouders toch toegang tot hun patiëntendossier hebben?

Mijnheer de minister, erkent u zelf ook dat er knelpunten zijn in de digitale toegang tot medische gegevens voor jongeren en hun ouders? Hebt u daarover zelf ook al signalen ontvangen?

Staat u open voor een overgangssysteem waarbij ouders, mits toestemming van het kind, tijdelijk toegang tot het dossier van jongvolwassenen kunnen behouden? We weten allemaal dat men geacht wordt om vanaf 18 jaar zelf het patiëntendossier te beheren, maar veel jongeren wonen nog thuis tot 25 jaar. Het kan handig zijn dat ouders, mits toestemming, de toegang behouden.

Zult u zorgen voor een betere communicatie bij die overgang, bijvoorbeeld via een melding op het burgerprofiel van de ouders dat ze binnenkort de toegang tot de gezondheidsgegevens van hun kind zullen verliezen?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Farih, toegang tot gezondheidsgegevens moet worden verleend met respect voor de regelgeving inzake gegevensbescherming, in het bijzonder de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

De huidige regels voor toegang tot de gezondheidsgegevens van minderjarigen door henzelf en hun

ouders via het portaal mijngezondheid.be zijn als volgt. Voor minderjarigen jonger dan 13 jaar hebben enkel de ouders toegang. Voor minderjarigen van 14 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouders als de minderjarigen toegang hebben. Voor minderjarigen ouder dan 16 jaar heeft enkel de minderjarige toegang. Die grens is in 2024 verlaagd op basis van het protocolakkoord tussen het federale niveau en de deelstaten. De minderjarige kan wel het recht verlenen aan de ouders om haar of zijn gegevens te raadplegen. Overigens kan ook elke meerderjarige het recht verlenen aan een andere persoon om haar of zijn gegevens te raadplegen, bijvoorbeeld aan een echtgenoot of partner.

Vanaf 12 jaar ontvangt elk kind automatisch een elektronische identiteitskaart. Die kaart kan worden gebruikt voor authenticatie, bijvoorbeeld via mijngezondheid.be, en geeft dus toegang tot de gezondheidsgegevens. Tot en met 16 jaar hebben de ouders, ook na authenticatie, met hun elektronische identiteitskaart toegang tot de gezondheidsgegevens van hun kinderen. Zoals aangegeven bestaat er vandaag dus al een systeem waarbij ouders met toestemming van een minderjarige toegang behouden tot diens gezondheidsgegevens.

De genoemde regeling is momenteel van toepassing op het portaal mijngezondheid.be, maar is nog niet in alle aspecten uniform geïmplementeerd in de portalen van alle deelgebieden. Het is dus mogelijk dat een ouder die zich aanmeldt op een portaal van een bepaald deelgebied nog geen automatische toegang heeft tot de gezondheidsgegevens van bijvoorbeeld haar of zijn 15-jarig kind. Elk deelgebied hanteert voor die toegang momenteel nog een eigen toelatingsprocedure, vermeld op de portalen in kwestie. De bedoeling van het vermelde protocolakkoord is onder andere dat de genoemde regels op een uniforme manier worden toegepast in alle portalen.

In de Frequently Asked Questions van het portaal mijngezondheid.be is een specifiek item opgenomen over de toegang van ouders tot de persoonlijke gegevens van hun kind. Dat item bevat onder andere de vermelde regels. Indien gewenst kan op het portaal mijngezondheid.be een tijdelijke tegel worden voorzien die verwijst naar het bestaande FAQ-item, zodat ouders die informatie gemakkelijker kunnen terugvinden.

04.03 Nawal Farih (cd&v): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister. Het enige wat we nog kunnen doen, is er minstens voor zorgen dat de ouders een pop-up kunnen krijgen op het moment dat ze op het punt staan om de toegang te verliezen tot het patiëntendossier van hun kinderen.

We weten allemaal dat de betrokken wetgeving goedgekeurd is in de vorige legislatuur, maar ik hoef u niet te vertellen dat het zeer complex is om die te vertalen naar alle burgers tegelijk. Het zou handig zijn als de itsme-toepassing een pop-up geeft om een waarschuwing te geven, zodat het allemaal ordentelijk geregeld kan worden.

04.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, inderdaad.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente:** L'ensemble des questions de Mme Taton sont transformées en questions écrites; je le dis pour M. le ministre.

05 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vertraging in de terugbetalingen door Medex" (56006148C)

05 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le retard dans les remboursements effectués par Medex" (56006148C)

05.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag is een opvolgvraag naar aanleiding van een eerdere schriftelijke vraag. De terugbetaling van medische kosten door Medex loopt toch wel aanzienlijk achter. In 2024 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor zorgverstrekkers al 176 dagen, tegenover 98 dagen in 2023. Voor patiënten liep die op tot 215 dagen, ten opzichte van 111 dagen in 2023. In 5 % van de gevallen duurt de terugbetaling zelfs langer dan een jaar. U verwees in uw antwoord op mijn eerdere schriftelijke vraag naar verschillende oorzaken voor die lange wachttijden: personeelsproblemen, een moeizame verhuis, onvolledige dossiers en de invoering van een nieuw IT-

systeem voor de dossierverwerking, dat bij de uitrol van fase 1 een aantal bugs bleek te bevatten, terwijl fasen 2 en 3 nog moeten volgen.

Kunt u garanderen dat de verdere uitrol van het IT-systeem niet tot extra vertraging zal leiden? Zult u die uitrol desnoods uitstellen tot alle eventuele bugs onder controle zijn? Welke onderneming is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van dat IT-systeem?

Naast het nieuwe IT-systeem werkt Medex ook op eigen initiatief aan een nota over het project Facturato, dat gericht is op een doeltreffende en snellere samenwerking en communicatie met ziekenhuizen, ziekenfondsen en zorgverstrekkers. Wat houdt dat project precies in? Welke problemen die nog niet opgelost worden door het nieuwe IT-systeem wil men met Facturato verhelpen? Wat is de timing van dat project?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, recente correcties in het IT-systeem zorgen ervoor dat de kosten nu kunnen worden gecodeerd en verwerkt in het verwachte tempo.

Het IT-systeem, Medical Cost 2 genaamd, voor de behandeling van aanvragen tot terugbetaling van medische kosten die gelinkt zijn aan arbeidsongevallen en beroepsziekten, werd intern ontwikkeld door het IT-departement van de FOD Volksgezondheid met eigen programmeurs. Die programmeurs staan ook in voor het onderhoud ervan. Het systeem draait vandaag probleemloos.

Facturato is een project voor de elektronische, gestructureerde en beveiligde uitwisseling van facturen tussen zorgverleners, ziekenhuizen en Medex, ter vervanging van uitwisselingen per post.

Het IT-systeem Medical Cost dient om patiënten terug te betalen, alsook artsen die de administratie rechtstreeks factureren.

Facturato beoogt een tweeledige digitaliseringsaanpak. Enerzijds is er de directe facturatie. Medex heeft reeds verkennende gesprekken gevoerd met ICT, ziekenhuizen, ziekenfondsen en andere externe partners om tot een oplossing te komen voor de elektronische verwerking van facturen. Er bestaan meerdere pistes, die momenteel onderzocht kunnen worden.

Anderzijds is er de uitwisseling van medische documenten zoals voorschriften en medische evaluatieverslagen. De factuur op zich volstaat immers niet om de noodzakelijkheid van de kosten te evalueren. Een belangrijk onderdeel betreft daarom de digitale ontvangst van medische documenten via een beveiligde flow, die noodzakelijk is om de uitbetaling van medische onkosten te evalueren alvorens tot betaling kan worden overgegaan.

De projectanalyse is net afgerond en werd eind juni aan mij gepresenteerd. Mijn team bestudeert momenteel de briefingnota die het van de administratie heeft ontvangen.

Présidente: Petra De Sutter.

Voorzitster: Petra De Sutter.

05.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik kan alleen maar hopen dat, zodra alles correct geïnstalleerd is en de IT-systemen daadwerkelijk functioneren, alles een stuk vlotter zal verlopen. Meer dan een half jaar moeten wachten op betalingen voor geleverde prestaties moedigt zorgverstrekkers immers niet aan om vaker met Medex samen te werken.

Medex vraagt op zijn website expliciet aan zorgverstrekkers om rechtstreeks aan Medex te factureren, zodat patiënten hun behandelingskosten niet moeten voorschieten. Dat is op zich plausibel, maar dan moet er wel voor gezorgd worden dat de zorgverstrekkers ook snel en vlot vergoed worden voor hun prestaties. Het kan niet dat men soms langer dan een jaar moet wachten op de betaling van een factuur. Dat moet dringend worden verholpen. We wachten dus af tot alles correct en vlot verloopt. Hopelijk zijn de problemen snel van de baan.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Wanpraktijken in schoonheidsklinieken" (56006150C)

06 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les pratiques abusives dans les cliniques de chirurgie esthétique" (56006150C)

06.01 Nawal Farih (cd&v): Ik kom terug op de wanpraktijken in schoonheidsklinieken.

In het verleden heb ik al verschillende keren wanpraktijken bij schoonheidsklinieken aangekaart in verband met borstvergrotingen. Daarbij krijgen patiënten te weinig informatie over de risico's van dergelijke ingrepen, worden de wettelijke wachttermijnen niet gerespecteerd, worden voorschotten niet terugbetaald en wordt het reclameverbod voor esthetische ingrepen niet nageleefd.

In uw antwoord op mijn schriftelijke vraag van 19 februari stelde u dat de Federale Toezichtcommissie momenteel niet bevoegd is om toezicht te houden op die wanpraktijken. Sancties zouden uitsluitend van strafrechtelijke aard zijn en dus tot de bevoegdheid van het parket behoren. U gaf ook aan dat u tijdens deze legislatuur zult onderzoeken of de Toezichtcommissie alsnog een bevoegdheid kan krijgen en of het mogelijk is die commissie rechtstreeks administratieve boetes te laten opleggen. Verder stelde u dat het register van schoonheidspraktijken inmiddels operationeel is via het platform ProGezondheid, maar dat de publieke toegang pas later dit jaar wordt verwacht.

In het licht van de vastgestelde wanpraktijken en het gebrek aan structureel toezicht had ik hierover toch nog enkele bijkomende vragen.

Als de Federale Toezichtcommissie vandaag niet bevoegd is, wie is dan momenteel verantwoordelijk voor de actieve handhaving op het vlak van esthetische geneeskunde en chirurgie? Welke inspectiediensten of overheidsinstanties voeren momenteel het toezicht op het terrein uit? Of is er vandaag helemaal geen controle op die sector?

Beschikt u over gegevens van het parket met betrekking tot het aantal gerechtelijke onderzoeken of sancties bij inbreuken in die sector?

Wanneer wordt er precies beslist of de Federale Toezichtcommissie toezichtsbevoegdheid krijgt? Werkt u hiervoor aan een wetswijziging?

Welke stappen zult u ondernemen om de Federale Toezichtcommissie ook bevoegd te maken voor het opleggen van administratieve boetes? Wat is daarvoor het verwachte tijdpad?

Wanneer zal de zoekfunctie voor burgers, met gegevens uit het register op het platform ProGezondheid, operationeel zijn zodat het platform ten minste ook daadwerkelijk gebruikt kan worden?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Vandaag zijn de parketten verantwoordelijk voor het vervolgen van strafbare feiten. De Economische Inspectie is ook bevoegd om feiten aan te geven bij het parket en op te treden in geval van strafbare handelspraktijken, zoals leugenachtige reclame. De sector wordt dus wel degelijk gecontroleerd, maar ik geef u gelijk dat de controlemiddelen moeten worden versterkt.

Op uw tweede vraag moet ik antwoorden dat ik niet beschik over het aantal gerechtelijke onderzoeken of het aantal veroordelingen in dat domein. U kunt die cijfers het best rechtstreeks opvragen bij mijn collega bevoegd voor Justitie.

Op uw derde vraag kan ik u meegeven dat de uitbreiding van de bevoegdheden van de Federale Toezichtcommissie een aanpassing vraagt van de wetgeving. We bereiden die op dit moment voor. Een voorontwerp daaromtrent is reeds in bespreking binnen de regering. Ik hoop het ontwerp in het najaar van 2025 voor te leggen aan het Parlement.

Op uw laatste vraag kan ik antwoorden dat de zoekmotor ProGezondheid na de zomer van 2025 beschikbaar zal worden gemaakt voor de burger. De zoekmotor zal alle gegevens uit het register bevatten: de naam, het praktijkadres en het gezondheidszorgberoep. De burger zal kunnen nagaan welke gezondheidszorgbeoefenaars in zijn of haar buurt werkzaam zijn en heel verrijnd kunnen zoeken.

Bovendien bevat de zoekmotor ook alle relevante gegevens van het RIZIV die momenteel terug te vinden zijn in de huidige zoekmotor van het RIZIV, de *silver pages*. In de toekomst zal de beschikbare informatie nog worden uitgebreid.

06.03 Nawal Farih (cd&v): Ik kijk uit naar de wettelijke wijzigingen. Het is echt noodzakelijk om daar hard op in te zetten. Ik heb er vaak vragen over gesteld, maar ik zie het alsmaar vaker gebeuren en de kwaliteit van die ingrepen laat helaas vaak te wensen over.

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

07 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les risques liés à la consommation croissante de gaz hilarant chez les jeunes" (56006158C)

07 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De risico's van het toenemende gebruik van lachgas bij jongeren" (56006158C)

07.01 Anthony Dufrane (MR): *Monsieur le ministre, longtemps perçu comme inoffensif, le protoxyde d'azote, plus connu sous le nom de gaz hilarant, connaît une popularité croissante chez les jeunes, notamment en milieu festif. Sa consommation, banalisée et parfois légalisée sous forme de cartouches à usage culinaire, entraîne pourtant des effets neurologiques graves, parfois irréversibles, en particulier en cas d'usage fréquent ou massif.*

Les professionnels de santé alertent sur le manque de données épidémiologiques, l'absence de campagne de prévention ciblée et sur la faible connaissance de ces risques parmi les intervenants de première ligne. Cette situation laisse un vide préoccupant en matière de santé publique au vu des conséquences liées à une consommation régulière.

En effet, les industriels ont désormais délaissé les cartouches à siphon, et donc à usage unique, pour des bombonnes XXL à l'usage simplifié. Les plus jeunes n'ont plus besoin d'un siphon à chantilly, d'un ballon et de la dextérité nécessaire. Tout est fait pour faciliter la consommation de cette drogue.

Monsieur le ministre, disposez-vous actuellement de données précises sur la consommation de gaz hilarant en Belgique, notamment chez les jeunes ? Si non, une enquête épidémiologique est-elle envisagée ? Des mesures spécifiques sont-elles prévues pour intégrer les risques liés au protoxyde d'azote dans les campagnes de prévention existantes sur les drogues ou comportements à risque ? Une réflexion est-elle engagée avec le secteur médical pour améliorer la formation et la sensibilisation des professionnels aux effets neurologiques et psychiatriques liés à l'usage chronique de ce produit ? Envisagez-vous une régulation plus stricte de la vente ou de l'usage du gaz hilarant, en particulier dans un objectif de protection des mineurs ? Autrement dit, vu le passage des cartouches aux bonbonnes, comptez-vous adapter la législation ?

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Dufrane, le protoxyde d'azote suscite une attention croissante en raison de son usage détourné à des fins récréatives, notamment chez les jeunes. À l'heure actuelle, les données disponibles montrent des niveaux d'usage relativement faibles mais non négligeables. En 2022, 4 % des élèves flamands de 12 à 18 ans déclaraient en avoir déjà fait usage au moins une fois dans leur vie, contre 3,1 % des élèves de 15 à 18 ans en Wallonie et à Bruxelles. Chez les étudiants de l'enseignement supérieur en Flandre, la consommation annuelle atteignait 2,6 %, tandis que, dans le milieu festif, l'usage occasionnel était rapporté par 1,7 % des personnes interrogées. Le nombre de traitements pour des troubles liés à l'inhalation de substances, incluant le protoxyde d'azote reste très limité, soit 29 cas en 2023. Ces chiffres, quoique relativement bas, appellent à une vigilance renforcée, compte tenu des risques avérés.

La perception erronée d'innocuité du produit, sa banalisation ainsi que l'accessibilité accrue, notamment avec le passage des cartouches aux bonbonnes, ont conduit dans plusieurs pays européens à une augmentation des intoxications, parfois graves.

Une nouvelle enquête de santé par interview apportera, dès juillet, des données actualisées pour les plus de 15 ans à l'échelle nationale. L'inclusion du protoxyde d'azote dans les futures enquêtes est

également envisagée afin d'assurer un suivi épidémiologique plus robuste.

Sur le plan législatif, des mesures fortes ont été prises. Depuis le 8 avril 2024, un arrêté royal interdit toute utilisation détournée du protoxyde d'azote. Sont notamment proscrits l'importation, la vente, le stockage et la détention du produit, sauf pour un usage médical, technique ou alimentaire, avec une interdiction étendue au commerce en ligne. Cette mesure vient s'ajouter à l'arrêté royal du 11 février 2021 interdisant la vente de cartouches aux mineurs et imposant un étiquetage préventif sur les emballages.

Des réflexions sont en cours pour renforcer encore cette législation, en incluant par exemple l'obligation pour les vendeurs de contrôler l'âge au moyen de la carte d'identité pour les moins de 25 ans, l'autorisation de saisie en cas de vente à un mineur et le recours au *mystery shopping* pour surveiller les pratiques commerciales.

Bien que la compétence en matière de prévention relève des entités fédérées, une coordination est en place via notamment la conférence interministérielle Environnement au sein de laquelle un groupe de travail spécifique sur le protoxyde d'azote a été mis sur pied.

Ce groupe suit la mise en œuvre de l'arrêté royal de mars 2024 et examine les leviers d'action à renforcer. En parallèle, le secteur médical belge est outillé pour prendre en charge les effets toxiques de ce produit, y compris les atteintes neurologiques et psychiatriques observées lors d'un usage chronique. Une sensibilisation accrue des professionnels de santé reste, néanmoins, un axe prioritaire qui pourrait faire l'objet d'initiatives spécifiques en collaboration avec les facultés de médecine et les ordres professionnels.

Enfin l'intégration du protoxyde d'azote dans les campagnes de prévention des assuétudes ou des comportements à risque représente une piste prometteuse. Bien que cela relève des entités fédérées, une collaboration étroite entre les niveaux de pouvoir est encouragée pour garantir une information cohérente, accessible et ciblée vers les publics les plus vulnérables, en particulier les jeunes. Voici ma réponse.

07.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse très complète ainsi que pour les chiffres et pour l'attention que vous consacrez au suivi de cet important dossier. J'entends que vous envisagez de renforcer davantage la nouvelle loi par rapport à la vente aux mineurs et j'en suis vraiment heureux. J'attendrai avec impatience les chiffres de juillet pour éventuellement vous questionner à nouveau par écrit par la suite.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les prestataires de soins exerçant malgré une suspension" (56006163C)

08 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Zorgverstrekkers die ondanks een schorsing blijven praktiseren" (56006163C)

08.01 Anthony Dufrane (MR): *Monsieur le ministre, selon les données récentes de l'INAMI, plusieurs prestataires de soins (médecins, psychiatres ou dentistes) ont été signalés pour avoir continué à exercer malgré une suspension administrative ou disciplinaire. Ces cas restent minoritaires mais posent des risques évidents pour les patients, à la fois sur le plan médical, juridique et financier.*

On constate un manque d'accessibilité de l'information pour les patients, qui peuvent être suivis durant une longue période sans savoir que leur prestataire n'est plus autorisé à pratiquer, ni que leurs soins ne seront pas remboursés. Dans certains cas, ces prestataires continueraient à intervenir à distance, ou à attester des soins sans validité légale.

Dès lors, les patients réalisent souvent au moment des remboursements via la mutuelle que leur prestataire est suspendu. Il est primordial que des contrôles renforcés soient mis en place, en particulier lors de consultation en ligne, afin d'endiguer ce phénomène.

Monsieur le ministre, disposez-vous d'une cartographie claire et actualisée des prestataires suspendus, et ce registre est-il consultable par les mutualités, les assureurs et les patients? L'INAMI prévoit-elle un renforcement du mécanisme de contrôle et de signalement, notamment via les plateformes numériques comme MaSanté? Comment garantir que les patients soient informés de manière proactive et accessible lorsque leur prestataire est suspendu, notamment pour éviter des pertes de droits au remboursement? Une meilleure coordination est-elle prévue entre l'INAMI, les mutualités et les ordres professionnels (Ordre des médecins, commissions de discipline, etc.) pour accélérer le traitement de ces cas?

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Dufrane, au niveau du SPF Santé publique, il existe la Banque fédérale de données des professionnels en droit de prêter, communément appelée le "cadastre" ou "eCad", conformément aux articles 97 et suivants de la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé de 2015. Cette loi prévoit que les données du cadastre, notamment celles relatives aux droits d'exercer, sont transmises à différents partenaires ou institutions publiques, notamment à l'INAMI.

Ce cadastre, régulièrement mis à jour, permet également de rendre certaines informations accessibles au public. L'accès à ces données permet, d'une part, de vérifier les qualifications du professionnel de santé consulté et, d'autre part, de s'assurer qu'il est toujours habilité à exercer. Les mutualités sont informées via un flux digital automatisé, à partir de la base de données des dispensateurs de soins, du service des soins de santé de l'INAMI, de toute modification relative au droit d'exercer d'un dispensateur de soins. Cette base est notamment alimentée par les données du cadastre du SPF Santé publique.

Les assureurs et les patients n'ont pas d'accès direct à ces données, mais peuvent rechercher, sur les sites internet du SPF Santé publique et de l'INAMI, les informations accessibles pour un ou plusieurs dispensateurs de soins. En outre, parmi les propositions de loi formulées dans le cadre de la loi de réforme, un prestataire de soins suspendu ou radié aura l'obligation de communiquer son statut aux patients.

Je ne suis pas favorable à l'instauration d'une "liste noire". En revanche, dans le cadre de la loi de réforme, je travaille sur une proposition visant à mentionner la suspension ou la radiation à côté du nom du dispensateur de soins sur le site internet de l'INAMI. Jusqu'à présent, le nom du professionnel concerné était simplement supprimé. En outre, parmi les propositions de loi formulées dans le cadre de la loi de réforme, un prestataire de soins de santé suspendu ou radié n'aura plus la possibilité de pratiquer le tiers payant.

En réalité, c'est au dispensateur de soins qu'il revient d'informer ses patients. Cela dit, le non-respect d'une interdiction d'exercice ne prive pas les patients de leur droit au remboursement: les prestations dispensées au patient sont remboursées par son organisme assureur. Il n'y a donc pas de raison de sanctionner le patient en raison du non-respect par le dispensateur de soins d'une interdiction d'exercer.

Toutefois, les remboursements indus seront récupérés auprès du dispensateur de soins lui-même soit par l'organisme assureur du patient – c'est le contrôle primaire – soit par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI (SECM) – c'est le contrôle secondaire. Concernant le SECM, la loi a prévu une infraction spécifique applicable au dispensateur de soins qui ne respecterait pas une interdiction d'exercer. Cette infraction, prévue à l'article 73bis, 1° et 2°, de la loi, permet au SECM de récupérer auprès du dispensateur de soins concerné les prestations indûment remboursées par l'assurance soins de santé au dispensateur lui-même, en cas de tiers payant, ou à son patient. Ce dispensateur peut aussi recevoir une amende administrative.

En outre, parmi les propositions de loi formulées dans le cadre de la réforme, on tient compte de deux recommandations de l'Observatoire des maladies chroniques: d'une part, la communication de la suspension sur le site internet de l'INAMI; d'autre part, la protection du patient en obligeant l'organisme assureur à rembourser le montant à l'assuré, si ce dernier a payé indûment un dispensateur de soins suspendu ou radié.

En outre, la grande majorité des informations relatives aux suspensions font déjà l'objet d'un transfert automatisé entre le SPF Santé publique, l'INAMI et les mutualités. De la même manière, il existe déjà une coordination entre l'INAMI, les organismes assureurs et les ordres professionnels, notamment par

l'échange d'informations qui sortiraient des flux habituels et les contacts réguliers qui ont lieu lors des réunions des différents organes composant l'INAMI.

Par ailleurs, des projets sont en cours afin d'améliorer encore la disponibilité des données pour l'INAMI, les mutualités et les ordres professionnels.

08.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie. Vos réponses me satisfont. Je vois que vous avez bien pris le dossier en main et je ne manquerai pas de rester attentif au suivi de cette question.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les centres spécialisés VIH agréés" (56006245C)

09 Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkende hiv-referentiecentra" (56006245C)

09.01 Benoît Piedboeuf (MR): *Monsieur le ministre, vous le savez, la Belgique dispose d'un réseau de centres spécialisés VIH agréés et conventionnés par l'INAMI, qui assurent la prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes vivant avec le VIH.*

Ces centres sont notamment implantés dans les grands hôpitaux universitaires et régionaux du pays, et leur mission est d'offrir un accompagnement global et multidisciplinaire.

Toutefois, malgré la présence de plusieurs centres en Belgique, la province de Luxembourg ne dispose actuellement pas de centre de référence VIH agréé.

L'une des raisons invoquées sur le terrain réside dans le fait que la convention actuelle prévoit, je cite, que "le Centre de référence VIH et en particulier l'équipe multidisciplinaire doivent prendre en charge un minimum de 220 patients différents par année calendrier pour maintenir le bénéfice de la présente convention". Un chiffre qu'il est aujourd'hui compliqué à atteindre en province de Luxembourg.

Il y a peu, la centaine de patients présente dans notre province était prise en charge, en bonne collaboration avec le site de Mont-Godinne qui ne disposait pas non plus de l'agrément. Cependant, les choses ont changé depuis et au regard de leur nouvel agrément cette collaboration avec Mont-Godinne n'est plus aussi efficace. Trois médecins y reçoivent aujourd'hui un financement, leur permettant ainsi de prendre en charge moins de 100 patients alors qu'en province de Luxembourg, nous avons aujourd'hui un spécialiste, non financé via l'agrément, qui prend en charge plus de 100 patients.

Compte tenu de tout ceci monsieur le ministre, j'aimerais connaître le regard que vous portez sur cette absence de centres agréés en province de Luxembourg? Comment garantir la prise en charge adéquate des personnes vivant avec le VIH dans notre province?

Afin de garantir la proximité des soins que vous avez défendue lors de votre note de politique générale, pensez-vous utile de revoir ce critère de 220 patients?

Je vous remercie de vos réponses.

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: L'INAMI a conclu une convention avec 12 centres de référence spécialisés dans l'accompagnement sur le plan médical, psychologique, familial et socioprofessionnel des personnes vivant avec le VIH et leur entourage. Il dispose pour ce faire d'équipes spécialisées composées de médecins spécialistes, de psychologues, de diététiciens, de sexologues, d'infirmiers et d'assistants sociaux ou d'infirmiers sociaux. Afin de pouvoir garantir le maintien de l'expertise nécessaire d'un tel centre spécialisé, un nombre minimum de 220 patients est à prendre en charge par année civile par chaque centre déjà conventionné – et donc, pas par médecin qui travaille dans le centre – afin de maintenir le bénéfice de la convention.

Un centre de référence VIH spécialisé accompagnant peu de patients à l'entrée a donc peu de chances

– pour le peu qu'ils puissent effectivement conclure la convention, ce qui est loin d'être acquis – de maintenir le bénéfice de la convention vu cette masse critique de patients à maintenir sur la base de la convention actuelle.

Les centres de référence sont tenus, conformément à leur convention, de prendre en charge toutes les personnes appartenant au groupe cible de la convention, quel que soit leur lieu de résidence. Il est toutefois vrai que l'accès à l'accompagnement dans un centre de référence VIH peut être plus difficile pour un patient résidant dans la province de Luxembourg, étant donné qu'il n'y a pas de centre de référence VIH situé dans cette province. Les centres de référence VIH les plus proches se trouvent en province de Namur – le centre du CHU UCL Namur et le site Godinne à Yvoir, qui disposent d'une convention depuis 2014 – et en province de Liège – le CHU de Liège dispose d'une convention depuis l'année 2000.

La convention prévoit toutefois, sous certaines conditions, la possibilité pour les centres de référence VIH conventionnés de demander la création d'une antenne dans une province où il n'existe pas de centre de référence VIH ou pas encore d'antenne, si cette dernière se trouve à au moins 70 kilomètres d'un centre conventionné ou d'une antenne d'un centre conventionné. De cette manière, un accompagnement de qualité des personnes vivant avec le VIH, basé sur l'expérience et l'expertise, peut être organisé dans une province non encore couverte.

Dans ce contexte, en 2019, le centre de référence VIH conventionné au CHU UCL Namur a effectivement introduit une demande en vue de créer une antenne sur le site des cliniques du Sud-Luxembourg, Vivalia, afin de couvrir la province de Luxembourg. La convention prévoit pour ce faire qu'un avenant soit rédigé afin de régler de manière détaillée toutes les obligations à respecter en cas d'application de la convention sur un site autre que le site principal du centre de référence VIH qui a effectivement signé la convention.

Lorsque la demande a été formulée par le CHU UCL Namur de créer une antenne en province de Luxembourg, un projet d'avenant réglant de manière détaillée toutes les obligations entre les deux hôpitaux a été soumis au CHU UCL Namur. Cette procédure n'a cependant pas abouti. Depuis lors, le dossier n'a pas connu d'autre suite.

En pratique, il n'est pas interdit pour un hôpital qui souhaite conclure une convention propre d'introduire une demande pour ce faire. Cette demande sera, quoi qu'il en soit, examinée en première instance par le Collège des médecins-directeurs institué auprès du service des soins de santé de l'INAMI. Il devra pouvoir être démontré que le centre dispose de l'expertise nécessaire – équipe spécialisée, prise en charge d'un nombre de patients suffisant, etc. Aucune garantie ne peut être donnée quant au fait que la demande aboutira dans les faits.

À ce jour, il est à signaler qu'aucune demande n'a été introduite en ce sens par un hôpital de la province de Luxembourg.

09.03 Benoît Piedboeuf (MR): Je vous remercie, monsieur le ministre. Cela signifie qu'il y a bien une piste et qu'une solution est possible.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance de l'électrohypersensibilité en Belgique" (56006263C)

10 Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van elektrohypersensitiviteit in België" (56006263C)

10.01 Benoît Piedboeuf (MR): *Monsieur le ministre, l'électrohypersensibilité désigne un syndrome invalidant caractérisé par une intolérance environnementale aux ondes électromagnétiques, dont la prévalence semble augmenter ces dernières années.*

Les personnes souffrant d'EHS rapportent une gêne importante face aux micro-ondes pulsées,

notamment celles générées par la téléphonie mobile, les réseaux wifi, les dispositifs Bluetooth et j'en passe.

En ce qui concerne les manifestations cliniques les plus fréquemment rapportées, nous retrouvons notamment des maux de tête, un trouble du sommeil, des difficultés de mémoire et de concentration, des acouphènes, des troubles du rythme cardiaque, des troubles visuels, des sensations de brûlure, des vertiges, des douleurs musculaires et articulaires. Si le tableau clinique peut varier d'une personne à l'autre, certains symptômes reviennent de façon récurrente. L'EHS, en tant que syndrome évolutif, peut voir ses symptômes s'intensifier et se diversifier au fil du temps.

Sur le plan international, l'EHS est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé. En Suède, ce syndrome bénéficie notamment d'une reconnaissance officielle en tant qu'altération fonctionnelle, tandis qu'au Canada, l'EHS est intégrée dans la catégorie des sensibilités environnementales. Par ailleurs, le Conseil de l'Europe a souligné la réalité physiologique de cette intolérance.

Compte tenu des souffrances rapportées par les personnes électrohypersensibles et des initiatives internationales reconnaissant cette condition, quel regard portez-vous sur cette pathologie? Quelles mesures concrètes envisagez-vous pour mieux prendre en charge l'EHS en Belgique?

Je vous remercie de vos réponses.

10.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Piedboeuf, depuis plusieurs années, nous menons des travaux de recherche sur l'électrohypersensibilité (EHS), notamment sur la base des projets EXPOCOMM et ENVI-EHS1 et, plus récemment, 5GINC2 – ce dernier étant en cours de développement. Ces recherches ont fait l'objet d'une audition au Sénat au début 2020. En outre, plusieurs articles scientifiques ont été publiés à ce sujet. Le résultat, sur la base d'un protocole de provocation co-créé avec des personnes se déclarant EHS, n'a pas permis d'établir un lien cohérent entre l'exposition au champ électromagnétique (CEM) et le développement de symptômes ou la perception de l'exposition.

En revanche, les questionnaires complétés lors de l'inclusion dans l'étude ont montré une forte représentation du trait de haute sensibilité aux traitements sensoriels parmi les participants EHS. Ce trait, présent chez environ 30 % de la population, implique une sensibilité accrue aux stimuli sensoriels, à l'esthétique et une tendance à éviter les environnements stressants. Nos résultats montrent également des différences significatives entre personnes EHS et non-EHS en termes de symptômes anxiodépressifs, de perception des risques et de stratégie d'évitement. Ces résultats ont été confirmés dans des enquêtes menées en Belgique incluant des personnes présentant des degrés variés de sensibilité au champ électromagnétique.

Il importe de rappeler que l'EHS n'est pas reconnu comme un diagnostic médical officiel, ni par la Classification internationale ni par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, en l'absence de preuves scientifiques solides et d'un lien de causalité entre exposition au champ électromagnétique et symptômes. Les symptômes rapportés sont bien réels. Cependant, ils sont fréquents en médecine générale, représentant environ un tiers des consultations pour les troubles dysfonctionnels ou médicalement inexpliqués. Par ailleurs, plusieurs auteurs ont montré que cette sensibilité pourrait revêtir un aspect transitoire chez certaines personnes.

Concernant la reconnaissance internationale, l'OMS reconnaît l'existence de symptômes liés à l'EHS, mais ne reconnaît pas le rapport avec l'exposition au champ électromagnétique. Les dernières revues systématiques de la littérature ne suggèrent pas de modification de cette position, bien qu'une décision officielle soit encore attendue.

S'agissant de la prise en charge, des études institutionnelles sont nécessaires afin d'évaluer le bien-fondé des pistes évoquées dans le projet de recherche de Sciensano.

Par ailleurs, nous avons également participé à un groupe de travail en France sur les recommandations de prise en charge de personnes EHS et de nouveaux cas EHS. Ces repères pour la pratique médicale insistent sur la nécessité de consultations longues centrées sur les symptômes, dans un climat d'écoute et d'empathie. Des examens cliniques et paracliniques sont nécessaires pour écarter d'autres diagnostics. Enfin, selon les connaissances actuelles, les stratégies d'évitement des expositions au

CEM n'ont pas démontré d'efficacité et ne peuvent être recommandées à ce jour. Il existe une série de références scientifiques et des papiers publiés que je n'ai pas mentionnés. Donc, il est peut être utile que vous lisiez ma réponse. Je demande à mon conseiller de l'envoyer *in extenso* au secrétariat.

10.03 Benoît Piedboeuf (MR): Je vous remercie pour votre réponse fouillée et argumentée. Je suis persuadé que les recherches sur ce sujet vont continuer. Je connais des personnes électrosensibles. Je les vois changer de couleur à certains moments dans des lieux d'exposition. Certains ont dû arrêter leur boulot d'enseignant à cause du Wi-Fi. C'est une réalité. Cela fait penser à la maladie de Lyme. On a cru pendant longtemps qu'elle n'existait pas, jusqu'au jour où on est parvenu à se rendre compte qu'il y avait un problème. Dans le cas présent, le problème, c'est que les opérateurs se réfugient derrière le fait qu'il n'y a pas de reconnaissance officielle. Donc, circulez, y a rien à voir! On continue sans limiter suffisamment la dispensation d'ondes. Il faut poursuivre le travail.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le lipoedème" (56006273C)

11 Vraag van Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Lipoedeem" (56006273C)

11.01 Isabelle Hansez (Les Engagés): Monsieur le ministre, le lipoedème est une affection du tissu adipeux et se caractérise par l'accumulation de graisse sous-cutanée en raison d'un trouble de la formation des tissus adipeux, principalement dans les membres inférieurs. Elle touche principalement et exclusivement les femmes et s'accompagne de douleurs et de lourdeurs dans les jambes. Le stress, l'anxiété, la dépression peuvent également conduire à une aggravation des symptômes.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement permettant d'en guérir, mais la prise en charge permet de réduire la douleur et l'inflammation. Différentes mesures (l'activité physique, le régime alimentaire, les bas de contention, le massage, la kinésithérapie) sont souvent recommandées. Lorsqu'elles ne sont pas suffisantes, des interventions chirurgicales sont envisagées.

En 2023, en réponse à une question parlementaire, vous indiquiez que pour le traitement des lipoedèmes, un rôle important est attribué à la kinésithérapie, à la diététique, à l'accompagnement psychologique et à l'utilisation de matériel de compression. Or, actuellement, seules sont remboursées des séances de kinésithérapie dans le cadre de la nomenclature générale des prestations de santé ainsi que des séances de prise en charge psychologique via la convention des soins psychologiques de première ligne.

Vous précisiez aussi: "À l'heure actuelle, il n'existe aucun projet concret visant à modifier le paysage des soins de santé pour les patients atteints de lipoedèmes et je suis tout à fait disposé à examiner cette pathologie plus en détail. Le site web clinicaltrials.gov, qui répertorie les différentes études scientifiques en cours au niveau international, mentionne deux études actuellement menées sur le traitement du lipoedème par liposuccion." C'était en 2023.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous éclairer quant au travail que vous avez mené au sujet des soins pour les patients atteints de lipoedèmes? Quelles sont vos conclusions? Des améliorations sont-elles envisagées pour ce qui est du remboursement des traitements? Pourriez-vous aussi nous éclairer quant aux études scientifiques internationales sur le sujet? Les conclusions de ces études sont-elles maintenant disponibles? Dans l'affirmative, quelles sont-elles et quelles suites pouvez-vous y donner?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Il n'existe actuellement aucun projet concret visant à élargir l'offre de soins aux patients atteints de lipoedème. L'INAMI n'a reçu récemment que deux demandes d'adapter les remboursements, notamment à l'initiative d'une association de patients. En raison des limites budgétaires actuelles, ces dossiers ne seront pas traités pour l'instant.

Je reconnais que les options thérapeutiques pour le lipoedème sont aujourd'hui limitées mais aussi qu'il est nécessaire de clarifier quelle est l'approche la plus sûre et la plus efficace. Des recherches supplémentaires sont nécessaires, non seulement sur l'efficacité générale de la liposuccion mais aussi sur les patients qui pourraient le plus bénéficier de cette intervention. Ces informations sont essentielles

pour une politique de remboursement bien fondée et ciblée.

Je réponds à votre deuxième question. À ce jour, aucune étude bibliographique approfondie n'a encore été menée dans le cadre d'une demande de remboursement. Les études qui ont été soumises ne sont pas suffisamment convaincantes et présentent des preuves plutôt limitées qui ne démontrent pas clairement que les bénéfices de l'intervention l'emportent sur les risques.

Concernant les études évoquées dans une réponse précédente en 2023, celles-ci sont toujours en cours. Il s'agit de deux essais randomisés qui visent à évaluer tant la sécurité que l'efficacité de la liposuccion dans le traitement du lipoedème. Les résultats ne sont pour l'instant pas disponibles. Il ne nous est pas possible d'estimer avec précision quand ils seront publiés.

En résumé, il nous semble prématuré d'envisager une éventuelle prise en charge tant que les résultats de ces études ne sont pas accessibles. À ce stade, aucun engagement ne peut être pris quant à l'issue de cette évaluation.

11.03 Isabelle Hansez (Les Engagés): Merci monsieur le ministre pour vos réponses. Je comprends bien qu'il est important d'attendre les résultats des études scientifiques pour prendre la bonne décision par rapport aux traitements.

Nous suivrons bien évidemment le dossier. Je rappelle quand même que c'est une affection qui touche les femmes et qui peut avoir des conséquences au niveau de leur santé psychologique. Cela peut même avoir un lien avec leurs fameuses incapacités de travail dont on parle énormément. Ce sujet-là mérite aussi une attention particulière, sachant qu'il peut causer des problématiques en termes de vie quotidienne et d'incapacité de travail.

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

De **voorzitter**: Mevrouw De Knop is niet aanwezig voor haar vraag nr. 56006288C.

12 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La formation des secouristes dans l'événementiel par la Croix-Rouge" (56006306C)

12 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De opleiding van EHBO'ers bij evenementen door het Rode Kruis" (56006306C)

12.01 Anthony Dufrane (MR): *Monsieur le ministre, à l'approche de l'été, la Croix-Rouge de Belgique vient de lancer une formation spécifique pour les secouristes événementiels, en vue d'assurer la sécurité lors des nombreux rassemblements publics tels que les festivals, événements sportifs, manifestations, où elle est mobilisée chaque année.*

L'initiative est salubre, car elle répond à un double besoin: d'une part, renforcer la sécurité sanitaire des événements, et d'autre part, mobiliser l'engagement volontaire, en particulier chez les jeunes.

Or, cette mobilisation, qui implique un réel professionnalisme (formation, stage, intervention sur le terrain), s'inscrit dans un cadre hybride entre volontariat et mission de santé.

Néanmoins, les acquis autour de cette formation pourront être mobilisables à n'importe quel moment dans la vie des secouristes formés. La mise en place de ce projet de formation est avantageuse pour les participants et pourrait, à terme, déboucher sur d'autres formations.

Monsieur le ministre, quel est le statut juridique précis des secouristes événementiels volontaires en Belgique? Quels sont les minima requis dans la formation événementielle de la Croix-Rouge? Autrement dit, en quoi cette formation diffère-t-elle d'une autre donnée par la Croix-Rouge? La Croix-Rouge bénéficie-t-elle d'un soutien structurel du SPF Santé publique ou de l'INAMI pour assurer la formation et l'encadrement de ces secouristes? Une concertation est-elle envisagée avec les Régions afin de faciliter la coordination des besoins locaux en secouristes bénévoles lors de grands événements publics? La formation débouche-t-elle sur un diplôme ou un certificat reconnu comme le BEPS? Si non,

comptez-vous inclure cette formation dans leur parcours?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Dufrane, l'enseignement et la formation sont une compétence régionale. Le seul lien avec le SPF Santé publique, bien que de manière indirecte, est que la Croix-Rouge reçoit une subvention dans le cadre de la gestion des crises. Cette subvention vise à la soutenir dans le développement d'un pool de secouristes nécessaires en situation de crise. Voilà tout ce que je peux dire au regard de mes compétences!

12.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre

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

13 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vroegdetectie van cardiomyopathieën" (56006288C)

13 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La détection précoce des cardiomyopathies" (56006288C)

13.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, eind juni vond in het peristilium van de Kamer het evenement *Cardiomyopathies Matter* plaats, georganiseerd door de Belgische Cardiologische Liga. We zagen daar een visuele voorstelling van een verdikking van de hartspier. Cardiomyopathieën zijn een groep van aandoeningen die de hartspier aantasten en die vooral jonge, actieve patiënten treffen, ook kinderen. Onlangs verscheen in de pers nog een bericht over een kind dat heel plots stierf op een Chirokamp.

Het bleek dat 30 tot 60 % van de gevallen veroorzaakt worden door erfelijke genetische varianten en dat naar schatting 1 op de 500 kinderen en 1 op de 100 volwassenen in ons land eraan lijden. Evenwel wordt tot 90 % niet gediagnosticeerd. Niet-behandelde patiënten hebben dus ook een hoger risico op hartfalen en/of hartritmestoornissen. Cardiomyopathieën zijn voor een deel ook de verklaring voor het plotse overlijden van kinderen en jongeren, al dan niet na een sportieve inspanning, en voor harttransplantaties op jonge leeftijd. Het is dus enorm belangrijk om deze aandoening tijdig te detecteren. Dat betekent dat men mensen bewust moet maken van het vaak erfelijke karakter van de aandoening en eerstelijnszorgverleners daarover moet sensibiliseren. Vroegdetectie laat toe om tijdig met de behandeling te starten en cardiale incidenten te vermijden. Het regeerakkoord voorziet in het opstellen van een plan voor cardiovasculaire aandoeningen. U hebt hier al herhaaldelijk naar verwezen in deze commissie.

Mijnheer de minister, zult u cardiomyopathieën opnemen in uw plan voor cardiovasculaire aandoeningen? Zult u eerstelijnszorgverleners sensibiliseren rond het opsporen van deze aandoening? Zult u mensen actief laten bevragen naar mogelijke familiale antecedenten? Bent u bereid om actie te ondernemen om de brede bevolking te informeren over het belang van het meedelen van familiale cardiale antecedenten aan de huisarts en van het zich laten onderzoeken? Wat is de stand van zaken van het plan voor cardiovasculaire aandoeningen?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: Zoals opgenomen in het regeerakkoord zullen we deze legislatuur een plan voor cardiovasculaire aandoeningen ontwikkelen, in overleg met het werkveld en de deelstaten. Cardiomyopathieën zullen daarvan eveneens deel uitmaken. De werkzaamheden voor de ontwikkeling van dit plan starten in 2026.

De sensibilisering van de eerste lijn en van de brede bevolking behoort tot de bevoegdheden van de deelstaten. In het kader van de ontwikkeling van het plan voor cardiovasculaire aandoeningen zullen we in overleg met de deelstaten nagaan welke initiatieven mogelijk zijn.

Wat de systematische screening op hartafwijkingen betreft, wijs ik op het rapport dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in 2015 uitbracht. Daarin werd geconcludeerd dat er geen betrouwbare wetenschappelijke gegevens bestaan die aantonen dat hartscreening bij jonge sporters het risico van vroegtijdig overlijden kan voorkomen.

13.03 Irina De Knop (Open Vld): Dank u wel, mijnheer de minister. Het is sowieso mooi dat u dit in het plan voor cardiovasculaire aandoeningen zult opnemen.

U verwijst voor de preventie vooral naar de deelstaten. Ik moet zeggen dat ik steeds vaker het gevoel krijg dat we heel wat opportuniteiten moeten laten liggen, omdat we telkens opnieuw naar een ander beleidsniveau moeten verwijzen, waarbij we geen impact hebben op de prioriteiten die daar worden gesteld.

U verwijst naar een rapport uit 2015. Ik vraag mij af of er na tien jaar geen evolutie in het wetenschappelijk onderzoek heeft plaatsgevonden. Het zou interessant kunnen zijn om daar opnieuw onderzoek naar te laten verrichten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het uitstel van de erkenningscriteria voor specialisten in niet-heelkundige esthetische geneeskunde" (56006335C)

14 Question de Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le report des critères d'agrément pour les spécialistes en médecine esthétique non chirurgicale" (56006335C)

14.01 Petra De Sutter (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik heb een vraag over de erkenningscriteria voor specialisten in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde. Dat is een debat dat hier al meerdere keren aan bod is gekomen, zoals u weet. Ik licht mijn vraag kort toe.

Ik schets even de feiten. Er ligt sinds 2013 een wet klaar. In 2022 werd die zelfs nog geactualiseerd, maar er is nog steeds geen uitvoeringsbesluit. Ik verwijs naar andere domeinen waar er ook vertragingen geweest zijn. Ik herinner u aan het spermadonorschandaal. Dat roept bij ons toch vragen op, met name of dit geen prioriteit zou moeten worden.

In januari van dit jaar hebt u gezegd dat er een werkgroep binnen de Hoge Raad actief is, bestaande uit artsen-specialisten en huisartsen, die op 12 februari criteria zou vastleggen voor de erkenning van de beroepstitel arts-specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde. U stelde toen dat het een goede zaak was dat we eindelijk zover waren. In juni zei u echter dat het toch werd uitgesteld, omdat er een grondige analyse nodig is van de bredere problematiek van de esthetische geneeskunde. Er zou in eerdere adviezen te weinig rekening gehouden zijn met de beschikbaarheid van stageplaatsen.

Dat baart ons zorgen, want het betekent nog maar eens uitstel van uitvoeringsbesluiten bij een wet die intussen al uit 2013 dateert. Kunt u concreet toelichten waarom in februari 2025 de beslissing genomen is om de criteria alsnog opnieuw uit te stellen?

De betrokken actoren uit de sector geven aan dat zij al sinds januari 2024 advies hebben verstrekt aan de Hoge Raad om die beroepstitel te kunnen invullen, met daarbij expliciete aandacht voor de beschikbaarheid van stageplaatsen. Wat is de reden waarom de Hoge Raad daar sindsdien niet verder mee aan de slag is gegaan? Waarom is er opnieuw uitstel?

De rest spreekt voor zich. Wat vindt u daarvan? Wanneer mogen we het uitvoeringsbesluit verwachten? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de procedure versneld wordt en dat de erkenningscriteria er eindelijk komen?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: De wet van 23 mei 2013 bevat een, eigenlijk zeldzame, directe regeling door de wetgever van het bevoegdheidsdomein inzake esthetische geneeskunde. Het gaat niet louter om de creatie van een beroepstitel, maar ook om gereserveerde activiteiten.

Alleen artsen kunnen de betrokken activiteiten uitoefenen en het bevoegdheidsdomein per specialisme of beroepskwalificatie wordt afgebakend. Er bestaat dus al een duidelijke bescherming van de bevolking. Indien die esthetische activiteiten worden uitgeoefend door niet-artsen, is er sprake van onwettige uitoefening van de geneeskunde.

Elke wijziging van een reglementering inzake beschermde beroepen moet grondig worden voorbereid. Indien het echter gereserveerde activiteiten betreft, veronderstelt de proportionaliteitsreglementering dat de communicatie en de proportionaliteitstoets zeer grondig gebeuren, om het initiatief alle kansen te geven.

De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen, die in 2024 en 2025 een druk programma had, heeft kennisgenomen van voorstellen van een beroepsgroep en de materie op de agenda geplaatst. Ondertussen vroegen ook andere disciplines om hun bevoegdheidsterreinen te herzien en uit te breiden. De nog uit te werken beroepstitel die voorzien is in artikel 10 van de wet van 23 mei 2013, is dus slechts een van de te behandelen materies.

De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen heeft alvast een bredere opdrachtenlijst opgesteld. Ten eerste wordt de uitdaging aangegaan om de betrokken activiteitsdomeinen – de niet-heelkundige en de heelkundige ingrepen – meer in detail te definiëren. Ten tweede moeten de grenzen van de inbreng en de bevoegdheid van andere zorgberoepen, zoals verpleegkundigen, die niet zijn opgenomen in de wet van 23 mei 2013, ook worden geëvalueerd. Ten derde moet worden nagegaan welke beperkte activiteiten door schoonheidsdeskundigen, mits een minimale vereiste vorming en gecertificeerde competenties, al dan niet verantwoord mogelijk zijn zonder veiligheids- of kwaliteitsrisico's voor de bevolking.

Het advies nr. 9.430 van de Hoge Gezondheidsraad uit 2022 over esthetische activiteiten door niet-artsen was een interessante oefening, die geactualiseerd en bijgewerkt moet worden. Allerlei aanbod zal hier kritisch tegen het licht moeten worden gehouden. Zoals ook in het buitenland het geval is, is de materie van esthetische activiteiten geen eenvoudige materie en kunnen er heel wat discussies ontstaan tussen de vele betrokken partijen. Op basis van een grondige voorbereiding en een sterk advies – wat de nodige tijd zal vragen, maar uiteraard geen jaren mag duren – zal de passende opvolging kunnen worden gegeven.

14.03 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, in de esthetische chirurgie, uitgevoerd door andere beoefenaars dan de chirurgen, gebeuren er af en toe fouten en kunnen de zaken soms ernstig mislopen. We hopen dan ook dat dit snel geregeld kan worden en dat de wet in haar volledigheid ook dit element zal omvatten. We hopen dat die volledig en zo snel mogelijk uitgevoerd kan worden en dat de Hoge Raad daarbij zijn werk zal doen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 **Samengevoegde vragen van**

- **Petra De Sutter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het uitstel van de pentavalente meningokokkenvaccinatie" (56006342C)

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het MenB-vaccin" (56006539C)

15 **Questions jointes de**

- **Petra De Sutter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le report de la vaccination pentavalente contre les infections à méningocoques" (56006342C)

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le vaccin MenB" (56006539C)

De **voorzitter**: Mevrouw Bury is niet aanwezig.

15.01 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de vraag waarom het meningokokken B-vaccin niet opgenomen is in het basisvaccinatieschema gaat al terug tot 2013. Dat betekent dat deze vraag al 12 jaar wordt gesteld. Er blijft dus bezorgdheid bestaan en het antwoord dat wordt gegeven, wordt blijkbaar niet als volledig bevredigend ervaren.

U verwijst zelf ook naar het advies van de Hoge Gezondheidsraad uit 2019. Daarin staat dat meningokokken B een aandoening is met een zeer lage incidentie, dat er mogelijke bijwerkingen zijn

en dat de kosteneffectiviteit beperkt is. Sinds dat advies is er echter veel veranderd. Denk bijvoorbeeld aan de coronapandemie. Vandaag merken we bij jongeren een aanzienlijke vaccinatietwijfel of zelfs een zeker scepticisme tegenover vaccinaties. Dat betekent dat we heel doortastend moeten zijn in onze vaccinatiestrategieën. Ondertussen zijn er ook nieuwe vaccins ontwikkeld. Daarom is dit misschien het moment om het volledige vaccinatiebeleid opnieuw tegen het licht te houden.

U hebt in eerdere antwoorden gezegd – waarop ik nu verder wil bouwen – dat een herziening van het advies van de Hoge Gezondheidsraad eigenlijk pas zinvol zou zijn bij de introductie van het pentavalente vaccin, dat verwacht wordt in 2026. Nu blijkt echter, wanneer we met mensen uit de sector spreken, dat 2026 wel erg optimistisch is. De verwachting is dat het pas later zal zijn, misschien zelfs 2030 of later. Bovendien is het vaccin dat momenteel in de Verenigde Staten beschikbaar is enkel bedoeld voor adolescenten en niet voor zuigelingen.

Daarom wil ik u vandaag de bijkomende vraag stellen of u toch niet eerder aan de Hoge Gezondheidsraad een geactualiseerd advies zou willen vragen, specifiek over meningokokkenvaccinatie bij kinderen. Welke aspecten zou u daarbij laten herbekijken? De Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde, bijvoorbeeld, vraagt al langer om meningokokken B toe te voegen aan het schema voor zuigelingen. Moet er dan niet toch een ruimer vaccinatieadvies komen voor verschillende doelgroepen?

Hebt u een idee van de budgettaire impact van een eventuele terugbetaling van het meningokokken B-vaccin? Is er al een kosten-batenstudie uitgevoerd? Is dat iets wat de commissie voor terugbetaling van geneesmiddelen van het RIZIV zou kunnen becijferen?

Indien u niet meteen van plan bent een nieuw advies te vragen, kunt u dan toch iets doen aan de toenemende bezorgdheden over de vaccinatiestrategie? Het scepticisme in de samenleving ten opzichte van de basisvaccinatie neemt toe en dat is verontrustend. Wat kunt u daartegen doen, samen met de deelstaten? Ik weet uiteraard dat dit een bevoegdheid is die bij de deelstaten zit.

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het gaat inderdaad opnieuw over complexe, opgesplitste bevoegdheden met de deelstaten. Zoals mevrouw De Knop al zei, maakt dat een omvattend antwoord altijd wat moeilijk als men het vanuit één bevoegdheidsniveau bekijkt.

Ik wil toch het volgende zeggen. Op basis van reeds gepubliceerde adviezen beveelt de Hoge Gezondheidsraad reeds een opname aan in het basisvaccinatieschema van het PCV20-vaccin voor zuigelingen en het meningokokkenvaccin ACWY voor adolescenten. Dat is echter een schema dat onder de bevoegdheid van de deelstaten valt. Het is dus aan de deelstaten om het advies van de Hoge Gezondheidsraad al dan niet op te volgen.

De Hoge Gezondheidsraad laat weten dat hij op de hoogte blijft van de wetenschappelijke ontwikkeling op het gebied van meningokokken B-vaccins. Er is geen specifieke adviesaanvraag nodig voor de Hoge Gezondheidsraad om met dit onderwerp aan de slag te gaan. De herziening van het advies 9485 van het jaar 2019 staat al op de prioriteitenlijst van de Hoge Gezondheidsraad. De Hoge Gezondheidsraad zal die herziening starten wanneer nieuwe wetenschappelijke gegevens dat rechtvaardigen of wanneer een nieuw pentavalent vaccin beschikbaar is op de Belgische of de Europese markt.

15.03 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, het is belangrijk om dit hoog op de agenda te houden, gelet op de ernst van een meningokokkeninfectie type B.

U hebt geen antwoord gegeven op de vraag naar de datum van beschikbaarheid van het pentavalente vaccin, waarover onze informatie minder optimistisch is dan 2026. De introductie van het pentavalente vaccin zou inderdaad een geschikt moment kunnen zijn om het advies van de Hoge Gezondheidsraad effectief aan te passen. Ook dit zullen we uiteraard verder opvolgen.

Dank u wel voor uw antwoord.

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

Présidente: Ludivine Dedonder.

Voorzitster: Ludivine Dedonder.

De **voorzitster**: Vraag nr. 56006356C van mevrouw Eggermont is uitgesteld. Vraag nr. 56006366C van mevrouw Depoorter is omgezet in een schriftelijke vraag.

16 Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation des accises sur le tabac" (56006487C)

16 Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verhoging van de accijnzen op tabak" (56006487C)

16.01 **Benoît Piedboeuf** (MR): *Monsieur le ministre, dans le but de réduire la consommation de tabac, la Belgique a fait le choix de fortement augmenter les accises ces dernières années. Les fabricants et détaillants de tabac dénoncent une perte massive de clients belges partis acheter leurs produits à l'étranger, en particulier au Luxembourg, en raison de la hausse continue des accises en Belgique. Nous observons donc que les ventes de tabac diminuent et que la fraude augmente sans pour autant réduire significativement le nombre de fumeurs.*

Compte tenu de ceci, ne pensez-vous pas que l'augmentation unilatérale des accises, sans coordination européenne, alimente les achats à l'étranger au détriment des objectifs de santé publique et des recettes de l'État?

Je vous remercie de vos réponses.

16.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Cher collègue, l'incidence de l'augmentation des droits d'accises sur l'usage du tabac peut être constatée au plus tôt quatre mois après l'ajustement des taux d'accises. L'augmentation des droits d'accises est entrée en vigueur en janvier 2024. Cela signifie que seuls les chiffres relatifs à l'usage du tabac à partir du deuxième semestre 2024 peuvent refléter l'incidence de la mesure. Je suis très curieux des chiffres sur l'usage du tabac de la dernière enquête de Sciensano sur la santé. Des chiffres ont été publiés, mais ils reflètent l'utilisation en 2023 et 2024. En d'autres termes, il est trop tôt pour évaluer cette mesure sur la base des études ou enquêtes de Sciensano.

L'augmentation des droits d'accises sur le tabac est l'une des mesures que l'OMS considère comme les *best buys*. Je suis d'accord avec vous sur le fait que l'impact d'une telle mesure ne devient optimale que dans des conditions optimales, avec des prix identiques ou tout du moins similaires dans les pays voisins. C'est aussi pour cette raison que la Belgique, par l'intermédiaire de mon collègue le ministre des Finances, a signé la lettre pour exhorter l'Union européenne à réviser d'urgence la directive sur la taxation du tabac. En effet, la directive actuelle date de 2011 et, dans l'intervalle, le paysage européen de l'action fiscale est devenu un patchwork. Une révision s'impose donc de toute urgence pour encourager les États membres en retard de développement, à augmenter les droits d'accises, afin d'avoir une incidence sur le nombre de fumeurs dans l'ensemble de l'Union. Les retards au niveau de l'Union européenne ne doivent, cependant, pas servir d'excuse pour ne rien faire.

Pour être complet, je voudrais également mentionner que le prix d'un paquet de cigarettes standard en Belgique est toujours inférieur à celui des Pays-Bas et de la France. La différence n'est, toutefois, plus aussi importante. L'effet de l'achat de tabac se fait donc surtout sentir dans les régions proches de la frontière avec l'Allemagne et le Luxembourg. Pour des informations plus détaillées, je vous renvoie à mon collègue M. Jambon, le ministre chargé des Finances.

16.03 **Benoît Piedboeuf** (MR): Monsieur le ministre, je vois que nous sommes d'accord. Depuis plusieurs années, ces augmentations sont pratiquées sans harmonisation au niveau européen. Ce système encourage, d'une part, l'évasion des achats, et de l'autre, le commerce illégal. Pour atteindre nos objectifs sanitaires, il est important de combattre les deux. Je vous remercie pour votre réponse.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 **Samengevoegde vragen van**

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een nationaal RSV-register en de monitoring van immunisaties" (56006501C)

- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van RSV-luchtweginfecties" (56006558C)

17 **Questions jointes de**

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Un registre national du VRS et la surveillance des immunisations" (56006501C)

- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le traitement des infections respiratoires à VRS" (56006558C)

17.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, deux nouveaux produits sont désormais disponibles en Belgique pour prévenir les infections respiratoires à virus respiratoire syncytial (VRS) chez les enfants de moins d'un an: un vaccin administré à la femme enceinte durant la grossesse et un anticorps monoclonal injecté directement au nourrisson. Leur efficacité et leur sécurité ont été validées scientifiquement. Mais c'est surtout leur impact en santé publique et leur viabilité économique qui ont récemment été analysés par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Le rapport du KCE est très clair: ces stratégies préventives peuvent avoir un impact clinique substantiel, en particulier l'anticorps injectable. Le rapport souligne également que, moyennant une renégociation des prix à la baisse avec les fabricants, certaines stratégies pourraient s'avérer économiquement viables, voire génératrices d'économies pour notre système de soins.

Quelles suites entendez-vous donner aux recommandations du KCE? Des discussions sont-elles déjà en cours avec les firmes concernées pour une renégociation des prix? Quelles mesures comptez-vous prendre pour assurer une mise à disposition rapide et équitable de ces produits aux groupes cibles concernés?

17.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le KCE a, en effet, publié cette semaine les résultats de sa recherche sur les options de prévention des infections à VRS chez les nourrissons. Il n'appartient, toutefois, pas au KCE de déterminer les suites que je dois réserver, en tant que ministre, à ce rapport.

Concernant des discussions avec les firmes pour une renégociation des prix, Abrysvo est remboursé dans le cadre d'une inscription régulière à la liste des spécialités remboursables pour la protection passive contre la maladie des voies respiratoires inférieures causée par le VRS chez les nourrissons de la naissance jusqu'à l'âge de six mois, à la suite de l'immunisation de la mère pendant la grossesse et lorsque l'accouchement est prévu pendant la saison VRS, soit du mois de septembre au mois de mars inclus. L'intervalle de préférence pour la vaccination maternelle se situe entre 28 et 36 semaines de grossesse.

Beyfortus est également remboursé pour les nouveau-nés à terme et les prématurés pour la prévention des infections respiratoires basses graves dues au virus respiratoire syncytial (VRS) au cours de la première saison VRS.

Pour les prématurés, il s'agit d'une inscription régulière de Beyfortus dans la liste des spécialités remboursables. Une révision individuelle de Beyfortus est prévue après 36 mois, pour évaluer si le budget n'a pas été dépassé et pour déterminer si le prix doit encore être réduit. Pour les nouveau-nés à terme, le remboursement de Beyfortus est temporaire dans le cadre d'une convention. Nous ne pouvons pas communiquer les détails ni les prix nets du médicament, mais je peux vous assurer que les négociations ont été rigoureuses. La convention sera réévaluée au printemps 2026. Cela signifie que les données scientifiques ainsi que les aspects économiques seront à nouveau examinés.

S'agissant des mesures envisagées, l'objectif de la politique pharmaceutique est de garantir de manière durable l'accès le plus large possible à tous les médicaments, en s'appuyant sur des critères de remboursement soigneusement élaborés. Cela s'applique également au vaccin, dont la responsabilité est partagée entre les entités fédérées et le niveau fédéral. Actuellement, deux options de traitement contre le VRS chez les nourrissons sont disponibles et remboursés: Beyfortus (nirsevimab) et Abrysvo (glycoprotéine F). Le remboursement d'Abrysvo et de Beyfortus est conforme aux recommandations

du Conseil Supérieur de la Santé. En plus de critères de remboursement aussi larges que possibles, nous misons pleinement sur une communication ciblée entre les médecins et les patients afin d'informer le grand public et de le sensibiliser aux possibilités de vaccination. Ainsi, nous visons à atteindre un maximum de personnes et à atteindre un taux de couverture vaccinale aussi élevé que possible.

17.03 **Ludivine Dedonder** (PS): Merci pour vos réponses.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 **Vraag van Lotte Peeters aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het rookverbod op terrassen" (56006510C)**

18 **Question de Lotte Peeters à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'interdiction de fumer en terrasse" (56006510C)**

18.01 **Lotte Peeters** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn stem laat het vandaag wat afweten. Dat heeft niets met roken te maken, maar wel met een banale verkoudheid.

Op 27 juni hebt u de sectorfederaties Horeca Vlaanderen, HoReCa Wallonie en een delegatie van Horeca Brussel ontvangen voor een toelichting bij de eerste versie van het ontwerp tot wetswijziging inzake de uitbreiding van het rookverbod. Dat overleg vond plaats net voordat roken in Frankrijk verboden werd op openbare plaatsen, maar wel nog steeds toegestaan is op de terrassen van restaurants en cafés. De maatregel die in ons regeerakkoord staat, gaat verder dan de nieuwe wetgeving in ons buurland en zorgt voor bezorgdheden en praktische bezwaren bij de sectorfederaties en de lokale besturen.

Worden de alternatieven die door de sector voorgesteld zijn onderzocht of overwogen, zoals de invoering van afzonderlijke rook- en niet-rookzones op terrassen of het behoud van keuzevrijheid voor ondernemers?

Er wordt uitgegaan van een gedeelde verantwoordelijkheid van de horeca-uitbater en de consument voor de naleving van de rookwetgeving op terrassen. Is dat praktisch haalbaar voor elke uitbater? Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan kleine eenmanszaken. Zelfs met de juiste signalisatie kunnen ze niet te allen tijde garanderen dat er buiten niet zal worden gerookt.

Lokale besturen maken zich daarnaast ook zorgen over de overlast die de wetswijziging met zich zal meebrengen. Geluidsoverlast en zwerfvuil in de vorm van sigarettenpeuken zullen zich verplaatsen naar 10 meter buiten de terrassen, terwijl die vormen van overlast op dit moment beperkt blijven tot de terrassen zelf. Hoe kunnen we aan die bezorgdheden tegemoet komen?

18.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Peeters, ik wens u een spoedig herstel van uw verkoudheid.

Het dossier ligt op dit ogenblik voor binnen de regering, dus ik zal voorzichtig zijn met wat ik zeg, aangezien de bespreking nog loopt.

Laat me om te beginnen zeggen waarom het zo essentieel is dat we steeds opnieuw stappen vooruit kunnen zetten. De cijfers over het roken zijn, globaal bekeken en historisch gezien, bemoedigend. Toch stellen we vast dat nog steeds veel mensen, helaas ook jonge mensen, beginnen met roken. De cijfers tonen aan dat het aantal mensen dat begint met roken gemiddeld rond twee per uur ligt. Dat is veel te veel. Als we ooit willen evolueren naar een rookvrije generatie, zullen we verdere maatregelen moeten nemen.

Een belangrijk gegeven daarbij is dat mensen die anderen zien roken, sneller geneigd zijn zelf ook te roken. Dat geldt zeker voor wie al een roker is. Ik ben zelf geen roker, maar ik kan me voorstellen dat het op zich een aangenaam sociaal ritueel is dat men met twee of drie personen een sigaretje rookt op een terras bij een tas koffie bijvoorbeeld. Zien roken, doet roken. Het is een sociaal gebeuren. Het is echter bijzonder schadelijk en ongezond. Het is verslavend, dat weten we allemaal. We moeten daar dus paal en perk aan stellen.

Er zijn verschillende manieren om maatregelen te nemen. Wij zijn trouwens niet strenger dan de Fransen. De Fransen zijn op een andere manier plots veel strenger geworden, doordat ze een zeer vergaand rookverbod op allerlei publieke plaatsen hebben ingevoerd, behalve op terrassen. De Fransen verbieden het roken op tal van plaatsen waar wij dat vandaag niet doen. Denk bijvoorbeeld aan stranden en pleinen, waar bij ons geen verbod geldt. De Fransen grijpen evenwel niet in op de terrassen. Wij hebben ondertussen een rookverbod ingevoerd op heel wat publieke plaatsen waar veel kinderen komen. In onze logica was de volgende stap –dit staat ook in het interfederaal plan – het rookverbod op terrassen. Dat is overigens ook een Europese aanbeveling.

Men moet dat natuurlijk op een realistische manier doen. Voor ik het dossier naar de regering bracht – waar het momenteel is – heb ik mijn medewerkers overleg laten plegen met de horecasector. Daaruit kwam onder meer de bezorgdheid naar voren hoe dat gecontroleerd zal worden, zoals u zelf ook aangaf. De vraag werd ook gesteld of we nu een uitbater of het personeel van een café verantwoordelijk zullen stellen voor eender welke inbreuk, gepleegd door eender wie, zelfs als die inbreuk eigenlijk niet controleerbaar is. Daarop is het antwoord ontkennend.

Als men een rookverbod op terrassen invoert, kan het optreden ten aanzien van overtredingen zowel betrekking hebben op de uitbater, als die het roken duidelijk faciliteert of toelaat, als op het individu zelf. Men kan ook het individu dat een inbreuk pleegt tegen het rookverbod sanctioneren, als dat verbod wettelijk is vastgelegd. Aan de uitbaters van cafés en restaurants moeten we duidelijk maken dat we niet alleen naar hen kijken, maar ook naar de individuen.

Er moet bovendien ook een realistische omschrijving zijn van waar dat rookverbod begint en waar het eindigt. Dat is ook een van de discussies. Ik wil dus een realistische omschrijving. Ik heb goed geluisterd naar wat daarover gezegd werd in verschillende debatten.

We hebben ook overleg gehad met de verschillende – de Vlaamse, de Waalse en de Brusselse – verenigingen van steden en gemeenten. Daaruit blijkt onder meer de bezorgdheid dat men misschien elders overlast veroorzaakt, zoals sigarettenpeuken op de grond, als men op één plek een verbod invoert. Ook daar denken we over na. Ik wil de ideeën die we daarover hebben, concreet aanpassen om tegemoet te komen aan die bezorgdheid.

We moeten dus een realistische aanpak hanteren, maar ik pleit ervoor dat we op een bepaald ogenblik duidelijk zeggen dat er op terrassen niet meer gerookt mag worden. Aanvankelijk zal dat zeker wat wrevel opwekken – het is immers een verandering – maar ik denk dat we dat binnen enkele jaren volkomen normaal zullen vinden. Herinner u ook het roken binnen in cafés of restaurants. Als u vandaag naar een land reist waar in een restaurant nog gerookt mag worden – er zijn er niet veel meer – dan schrikt u wellicht van wat dat betekent, met de rook die in dat restaurant hangt en wat dat betekent voor het personeel dat daar werkt – het is zeer ongezond – en ook voor de gasten die er gewoon een maaltijd komen nuttigen.

We mogen dan ook heel blij zijn dat we daar ondertussen van verlost zijn. Toen het roken in restaurants en cafés verboden werd, was daar nochtans heel wat commotie over. Er ligt momenteel inderdaad een voorstel op tafel in de regering. Daar wordt over gepraat. Dat voorstel houdt rekening met wat we gehoord hebben vanuit de horecasector en de verenigingen van steden en gemeenten.

Toch denk ik dat we ermee moeten doorgaan. Het roken als sociaal gebeuren moet, voor een stuk althans, uit het zicht gehaald worden van toevallige passanten, rokers zowel als niet-rokers, die anders in de verleiding kunnen komen om toch een sigaret op te steken.

18.03 **Lotte Peeters** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister, voor uw uitvoerige toelichting.

Als lid van de commissie voor Gezondheid beaam ik dat het essentieel is om de nodige stappen te zetten richting een rookvrije generatie. Als lokale bestuurder, als burgemeester, blijf ik echter met bezorgdheden zitten, zeker wanneer er verwezen wordt naar Frankrijk, waar men het roken in publieke ruimten zoals stranden en pleinen verboden heeft. Dat zijn twee vliegen in één klap. Men streeft naar een rookvrije generatie en men vermijdt de overlast die met roken op het publieke domein gepaard gaat.

U geeft aan dat u in overleg blijft met de verenigingen van steden en gemeenten. Toch vrees ik dat de

handhaving, als dat wetsvoorstel er komt, een bijkomende druk zal leggen op de politiezones en op onze gemeentediensten die het zwerfvuil moeten ruimen, of op de gemeentelijke zwerfvuilvrijwilligers. Die druk zal alleen maar toenemen. Ik ben dan ook blij dat erover wordt nagedacht en dat eventuele wijzigingen nog mogelijk zijn. Dank u wel, mijnheer de minister.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

19 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de plaquettes de type HLA" (56006526C)

19 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het tekort aan HLA-bloedplaatjes" (56006526C)

19.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, récemment, Perrine, une jeune Montoise professeure au collège Saint-Vincent à Soignies, qui se bat contre une forme rare de leucémie aiguë, a créé sans le vouloir un magnifique et néanmoins touchant élan de solidarité à travers la Wallonie. En effet, elle avait été contrainte d'arrêter son traitement en raison de la pénurie qui touche les poches de plaquettes de type HLA, tant dans les hôpitaux qu'au niveau de la Croix-Rouge. Depuis l'appel lancé par son mari, des donneurs se sont mobilisés dans un élan de générosité.

Malheureusement, Perrine est loin d'être un cas isolé et la problématique n'est pas neuve. Il y a un frein au don, qui est plus long que pour le sang, mais également pour sa conservation puisqu'elle n'est que de cinq jours.

Monsieur le ministre, pourriez-vous faire le point sur la pénurie de plaquettes de type HLA?

J'ai la chance d'être chef de groupe au Parlement du Benelux, et j'essaie de créer des ponts. Existe-t-il une coopération transhospitalière entre la Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg?

Des initiatives sont-elles envisagées pour améliorer la situation et encourager les citoyens au don?

19.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, actuellement, nous ne disposons que d'un suivi hebdomadaire du stock de concentré érythrocytaire. En collaboration avec BeQuinT, le SPF Santé publique, les établissements de transfusion sanguine et certains représentants des hôpitaux, des travaux sont en cours pour développer un plan national de la gestion des pénuries de sang. Dans le cadre de ce plan, un suivi plus complet est envisagé, ne se limitant plus au seul concentré érythrocytaire.

Cette approche plus large s'inscrit également dans le cadre du nouveau règlement SoHO qui prévoit un suivi des substances d'origine humaine (SoHO) critiques. Les établissements de transfusion sanguine doivent fournir toutes les informations nécessaires au ministre, afin que soit évaluée la mesure dans laquelle ils ont contribué à répondre aux besoins en sang et en dérivés sanguins, tels que prévus par la réglementation applicable. Les rapports d'activité des établissements de transfusion sanguine indiquent combien d'unités rares ont été collectées, fournies ou demandées, s'il y a des pénuries et quelles mesures ont été prises. Ces données sont évaluées par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

Globalement, ces rapports font mention d'un auto-approvisionnement en dessous de 100 %, donc insuffisant. Toutes les mesures ont été mises en œuvre afin de gérer les stocks de plaquettes de sang, ainsi que les livraisons aux hôpitaux, pour que celles-ci soient les plus efficaces possibles.

Actuellement, les hôpitaux ne sont pas autorisés à se transférer directement du sang ou des composants sanguins, sauf si un hôpital ne dispose pas lui-même d'une banque de sang hospitalière reconnue. Tous les transferts, sauf dans le cadre de l'exception mentionnée, doivent passer par des établissements de transfusion sanguine reconnus qui sont responsables de la distribution et de la traçabilité de ces produits.

Toutefois, mes services et ceux d'autres États membres de l'Union européenne examinent si, en exécution de la nouvelle réglementation européenne SoHO, on pourra permettre de tels transferts directs entre hôpitaux à l'avenir. La confirmation définitive et l'interprétation de cette disposition par la

Commission européenne sont actuellement en attente.

La loi sur le sang du 5 juillet 1994 impose aux établissements de transfusion sanguine d'organiser activement des campagnes de dons et de répondre aux besoins en produits sanguins. Cette obligation s'applique également aux groupes sanguins rares. Les établissements de transfusion sanguine doivent donc prendre toutes les mesures nécessaires pour fournir du sang et des produits sanguins en fonction des besoins cliniques, y compris ceux des patients appartenant à des groupes sanguins rares, et maintenir un réseau de donneurs adéquat, ce qui comprend l'identification et le suivi des donneurs de groupes rares.

Les établissements de transfusion sanguine sont les mieux placés pour lancer des appels aux dons. Ils disposent du mandat et des ressources nécessaires pour communiquer en cas de pénurie critique de plaquettes. Ces appels sont diffusés via leurs propres canaux de communication, les réseaux sociaux, les bulletins d'information, ou encore les médias locaux lorsqu'une pénurie locale urgente survient.

De nombreux communiqués de presse locaux et des campagnes de sensibilisation ont été diffusés sur les réseaux sociaux dans le cas spécifique de la jeune femme que vous avez évoquée. Des médias comme *Sudinfo*, *DHNet*, *L'Avenir* ou *La Province* ont relayé son histoire. Des appels aux dons de plaquettes ont été diffusés sur Facebook, LinkedIn et X. En Wallonie, la Croix-Rouge de Belgique lance également régulièrement des campagnes de sensibilisation de grande ampleur pour encourager les dons de plaquettes.

19.03 Patrick Prévot (PS): Merci, monsieur le ministre, pour vos réponses.

Le problème est effectivement complexe. Je parle aussi en tant que donneur. Je ne vous cache pas qu'il m'arrive d'oublier ou de manquer un don tout simplement parce que je n'ai pas été rappelé. J'ai un groupe sanguin assez commun; je suppose que les rappels sont plus systématiques pour les groupes rares.

Le problème est aussi récurrent. Les pénuries de sang reviennent régulièrement, surtout pour les groupes les plus rares. Dans le cas précis dont on parle aujourd'hui, il s'agissait de plaquettes de type HLA, mais cela concerne également le plasma.

Certes, des campagnes de sensibilisation sont menées, mais il n'existe malheureusement pas de solution miracle. Il faudra toujours continuer à taper sur le clou, à insister, à maintenir la mobilisation pour optimiser et augmenter le nombre de donneurs. C'est un travail de fond.

Je me réjouis néanmoins d'avoir entendu votre réponse, notamment sur la dimension européenne. Ma question était posée dans le cadre du Benelux, mais elle s'inscrit bien sûr dans une perspective plus large. Si la nouvelle réglementation permet d'organiser un transfert plus fluide du sang entre États membres, c'est une bonne chose.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les risques sanitaires liés à la 6-méthyl-nicotine" (56006531C)

20 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gezondheidsrisico's van 6-methylnicotine" (56006531C)

20.01 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, à la suite de la Journée mondiale sans tabac, plusieurs spécialistes, dont le Comité national de lutte contre le tabagisme en France, ont tiré la sonnette d'alarme sur l'apparition d'une nouvelle molécule de synthèse. Elle est présente dans des produits de vapotage et des sachets oraux, interdits en Belgique en 2023. Elle est également désignée sous le nom de mécatine ou commercialisée comme NoNic.

Cette molécule, plus addictive que la nicotine naturelle, agit sur les mêmes récepteurs neurologiques tout en provoquant une libération accrue de dopamine, ce qui la rend particulièrement attractive pour

les jeunes consommateurs. Sa diffusion est facilitée par un marketing numérique très agressif, ciblant explicitement les jeunes, souvent sous des arguments trompeurs comme l'absence de nicotine ou d'effets nocifs.

Le SPF Santé publique a confirmé que des produits contenant cette substance circulent déjà en Belgique sous forme d'e-liquides pour cigarettes électroniques rechargeables, aujourd'hui encore commercialisables.

Monsieur le ministre, confirmez-vous la présence avérée de ces produits sur le marché belge? Comptez-vous réformer à terme les e-liquides vendus pour interdire cette molécule? Des analyses toxicologiques complémentaires ont-elles été entreprises ou commandées par vos services pour évaluer les effets réels de cette molécule sur la santé à court et long terme?

Des campagnes d'information ou de prévention à destination des jeunes sont-elles prévues? Comment les services d'inspection et de contrôle comptent-ils intensifier leurs efforts pour détecter et retirer du marché ces produits, notamment dans les commerces de détail et en ligne?

Travaillez-vous avec les douanes pour limiter l'importation de puffs, désormais interdits, contenant de la métatine?

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Dufrane, la dernière partie de ma réponse préparée contient énormément de chiffres sur les contrôles. Puis-je vous donner l'essence de ma réponse oralement et vous envoyer, via le secrétariat, toute la réponse incluant la dernière partie avec tous les chiffres? Ce serait beaucoup plus facile.

20.03 Anthony Dufrane (MR): Avec grand plaisir, monsieur le ministre. Je pense que les membres de la commission ici présents en seront heureux également.

20.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Il faut tout d'abord clarifier les observations du SPF Santé publique concernant la présence de produits contenant de la 6-méthyl-nicotine (6-MN).

Des pochettes de nicotine contenant du 6-MN ont déjà été trouvées sur le marché et sont en cours de confiscation. Dans les données du service Inspection, aucune distinction ne peut être faite entre les pochettes de nicotine contenant de la nicotine et celles contenant du 6-MN. Pour les cigarettes électroniques, rien n'indique actuellement qu'elles seraient présentes sur le marché. Le 6-MN n'apparaît pas dans les enregistrements de cigarettes électroniques et d'e-liquides destinés au marché belge. En outre, le service d'inspection n'a pas encore trouvé de preuves que les produits sur le marché contiendraient du 6-MN.

En juin, un projet de recherche a été lancé en collaboration avec Sciensano pour évaluer et réglementer davantage la composition des cigarettes électroniques. Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) est également impliqué. Ils établiront *a priori* des paramètres pour interdire l'utilisation de certaines substances dans les cigarettes électroniques. L'objectif est de réduire les risques pour la santé de l'utilisateur.

Par ailleurs, je tiens à noter que ces produits, en raison de la présence de nicotine, ne seront bien sûr jamais sûrs ou sains. Sur la base des travaux du Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) aux Pays-Bas, il est clair qu'il existe trop peu de données sur la toxicité et le métabolisme du 6-MN chez l'homme. Cela signifie que nous ne pouvons pas tirer de conclusion sur le 6-MN à court terme. La définition de la nicotine donnée par la directive européenne, à savoir les alcaloïdes nicotiniques, peut être interprétée comme incluant les analogues de la nicotine, tels que le 6-méthyl-nicotine. De plus, nous avons récemment été informés que c'est également l'interprétation appliquée par la Commission européenne elle-même. En d'autres termes, les produits contenant du 6-MN sont réglementés de la même manière que ceux contenant de la nicotine. Nous pouvons ainsi empêcher les produits avec du 6-MN de contourner la législation applicable aux cigarettes électroniques. L'avertissement le plus pertinent sera également obligatoire.

La nicotine contenue dans ce produit crée une forte dépendance. Son utilisation par les non-fumeurs n'est pas recommandée. Cela va également à l'encontre de l'information trompeuse des consommateurs selon laquelle ces produits seraient sans nicotine.

Comme vous le savez, je continue à faire pression en faveur de la révision de la directive sur les produits du tabac au niveau de l'Union européenne. La composition des cigarettes électroniques est une question qui doit être abordée au niveau de l'Union européenne. Dans ce réexamen, je plaiderai également en faveur d'un renversement du principe actuel selon lequel les substances, à moins qu'elles ne relèvent d'une catégorie spécifique d'additifs interdits, peuvent être librement utilisées dans les cigarettes électroniques.

Il faut inverser cette logique. Seules les substances dont la sécurité pour l'inhalation a été démontrée à l'échelle européenne devraient être autorisées.

Il n'existe actuellement aucune campagne d'information spécifique à ce sujet au niveau fédéral. Mais l'application du cadre réglementaire applicable à la nicotine aux produits contenant du 6-MN permettra de mettre fin aux informations trompeuses figurant sur les emballages. Le service Inspection continue à veiller à ce qu'aucune publicité ne soit faite pour le tabac et les produits similaires, y compris les cigarettes électroniques contenant du 6-MN.

L'interdiction de commercialisation des pochettes de nicotine est en vigueur depuis octobre 2023. Le contrôle de cette interdiction est effectué de manière systématique dans l'ensemble des points de vente et lieux de stockage visités par les inspecteurs. L'apparition d'analogues à la nicotine comme le 6-MN ne change rien aux procédures de contrôle puisque ces produits sont interdits sur la même base que les produits contenant de la nicotine classique.

Je pourrais vous fournir toute une série de chiffres, mais je propose plutôt de transmettre l'ensemble des données via le secrétariat, afin que vous puissiez constater que tous les niveaux de la chaîne – importation, distribution, grossistes, points de vente physiques et en ligne – sont visés. Tout est mis en œuvre pour réduire la disponibilité de ces produits non conformes.

20.05 Anthony Dufrane (MR): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse et les chiffres que vous allez nous transmettre. Je les analyserai avec attention et je reviendrai éventuellement sur certains éléments. Je tiens surtout à saluer la fermeté de votre position: renforcer la pression sur la directive européenne anti-tabac est une décision importante. Je vous remercie aussi pour la vigilance que vous maintenez sur la surveillance des molécules nocives et addictives.

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

21 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De beschikbaarheid en de financiering van reserveantibiotica" (56006538C)

21 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La disponibilité et le financement des antibiotiques de réserve" (56006538C)

21.01 Irina De Knop (Open Vld): Om de zaken te laten vooruitgaan, verwijst ik naar mijn ingediende vraag.

De strijd tegen antimicrobiële resistentie (AMR) is een speerpunt van uw beleid en was een prioriteit tijdens het recente EU-voorzitterschap. De uitdaging ligt niet alleen in het voorkomen van resistentie, maar ook in het verzekeren van toegang tot de schaarse, nieuwe antibiotica die als laatste redmiddel dienen.

Een voorbeeld hiervan is Fetcroja® (cefiderocol), een zogenaamd reserve-antibioticum dat werkzaam is tegen bepaalde door de WHO als "kritiek" bestempelde superbacteriën. Het is bedoeld voor een zeer beperkte patiëntengroep – naar schatting zo'n 200 personen per jaar in België – en enkel inzetbaar wanneer andere behandelingen falen. Juist door die beperkte inzetbaarheid is het commercieel nauwelijks rendabel.

Reserve-antibiotica zoals Fetcroja® stellen ons klassieke terugbetalingssysteem voor een uitdaging: de maatschappelijke waarde schuilt niet in frequent gebruik, maar in beschikbaarheid. Dit leidt tot een

'broken market' die innovatie en duurzame toegang bedreigt.

Andere landen, waaronder het VK, Zweden en Duitsland, experimenteren intussen met alternatieve financieringsvormen, zoals abonnementsmodellen die de link tussen verkoopvolume en vergoeding doorbreken ('de-linkage').

Daarom heb ik volgende vragen:

- 1. Wat is de stand van zaken in de terugbetalingsprocedure voor Fetcroja®? Erkent u de urgentie om Belgische patiënten toegang te verlenen tot dit door de WHO als prioritair bestempelde antibioticum?*
- 2. Hoe zult u garanderen dat onze evaluatie- en terugbetalingssystemen, ontworpen voor geneesmiddelen met groot volume, ook geschikt zijn om de maatschappelijke waarde te beoordelen van reserve-antibiotica met een kleine doelgroep maar hoog belang?*
- 3. Welke concrete stappen onderneemt u – in lijn met andere Europese landen en de aanbevelingen van het EU-voorzitterschap – om alternatieve financieringsmodellen te verkennen en toe te passen die de beschikbaarheid van cruciale reserve-antibiotica in België duurzaam kunnen garanderen?*

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik kan u bevestigen dat de strijd tegen antimicrobiële resistentie (AMR) inderdaad een absolute topprioriteit voor mij is. We hebben al maatregelen genomen in het geïntegreerde nationale actieplan One Health. Ik heb ook een groepsgewijze herziening van oudere, belangrijke antibiotica bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen geïnitieerd, om in een duurzaam financieel kader voor die producten te voorzien. De terugbetalingsprocedure voor Fetcroja werd vorige week afgesloten. Er werd geen akkoord bereikt met de firma.

Hoewel ik het met u eens ben dat het nuttig had kunnen zijn om die behandeling beschikbaar te hebben – vooral voor een zeer kleine patiëntengroep van ongeveer 55 personen per jaar met multiresistente *Acinetobacter baumannii*-infecties – spelen er in dit dossier een aantal specifieke elementen. Ik som ze even op.

De klinische evidentie voor cefiderocol in de laatste behandellijn is eerder beperkt. Er werden enkel non-inferioriteitsstudies uitgevoerd. In geen van die studies werd een directe vergelijking gemaakt met andere beschikbare laatstelijnsantibiotica, zoals bijvoorbeeld Zavicefta. In een van de studies werd bovendien een verhoogde mortaliteit vastgesteld in de cefiderocolgroep, in vergelijking met de comparator.

Om die reden wordt dit product enkel in de allerlaatste lijn geplaatst, voor patiënten die werkelijk geen enkele behandeloptie meer hebben. De indicatie die door het EMA is toegekend, is bovendien breed: gramnegatieve infecties met beperkte behandelingsopties. Daarnaast heeft de werkgroep Forfait van het RIZIV bepaald dat dit product als enige laatstelijnsantibioticum buiten het geneesmiddelenforfait van de ziekenhuizen moet worden geplaatst, gezien de bijzonder hoge kostprijs.

Beide elementen houden het risico in dat men – in afwezigheid van bijzonder stringente voorschrijfbependingen en strenge controle – een te brede inzet van het middel krijgt, waardoor binnen afzienbare tijd resistentie tegen dat laatste redmiddel zou ontstaan.

Dat zijn de overwegingen die hebben meegespeeld, naast andere. Daarnaast stelde de CTG voor om contractonderhandelingen op te starten met de firma om het product alsnog beschikbaar te maken. De CTG stelde daarbij een daling van de kosten met 66 % voor. Het bedrijf is op dat voorstel ingegaan, waardoor onderhandelingen zijn gestart. Ik kan niet ingaan op de confidentiële details van die gesprekken, maar ik kan u wel zeggen dat we ver zijn gegaan om tot een akkoord te komen, vooral voor die 55 jaarlijkse *A. baumannii*-patiënten, maar ook voor andere patiënten met beperkte behandelingsopties.

Voor een akkoord is er echter bereidheid van twee kanten nodig. Blijkbaar hebben we zelfs met verregaande voorstellen niet kunnen voldoen aan de eisen van de firma. De gevraagde prijs voor cefiderocol ligt meer dan dubbel zo hoog als die van het duurste terugbetaalde antibioticum van de laatste lijn.

Ten tweede beraden we ons continu over de uitdagingen waarmee reserveantibiotica in de procedures te maken krijgen. U geeft een aantal terechte bemerkingen. Zo zou een alternatieve vorm van financiering wenselijk kunnen zijn voor deze producten, die bij voorkeur zo weinig mogelijk gebruikt worden. Toch blijven verantwoorde kosten per behandeling cruciaal in de huidige budgettaire context. Elk deelbudget dat momenteel wordt toegekend, moet elders worden bespaard. Zoals u weet, is de budgettaire oefening waar we de komende jaren voor staan enorm. Er zijn momenteel nog geen concrete plannen om een dergelijk deelbudget te creëren.

Ten derde monitoren we voortdurend Europese financieringsmechanismen, zoals een abonnementsconcept en markttoetredingsbeloningen, met het oog op samenwerking op Europees niveau om toegang te krijgen tot kritieke reserveantibiotica. Tegelijk nemen we actief deel aan de gesprekken over *push & pull*-incentives voor nieuwe antibiotica. Vanaf 2026 zal via het programma voor *early and fast access* sneller een vergoeding mogelijk zijn voor nieuwe antibiotica die beschikbaar worden. Op dit moment zijn er nog geen concrete plannen om een abonnementsfinanciering zoals bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk in te voeren.

21.03 Irina De Knop (Open Vld): Dank u wel voor uw veelomvattend antwoord, mijnheer de minister. Het resultaat blijft natuurlijk wel dat dit antibioticum, dat bijzonder belangrijk is voor een beperkte groep mensen, momenteel niet wordt terugbetaald. U hebt ook geen onmiddellijke oplossing in het vooruitzicht gesteld. U blijft nogal op de vlakte over andere vormen van terugbetalingssystemen voor dit type geneesmiddel dat echt voor een beperkte doelgroep bestemd is. Het zou dan ook goed zijn, mocht u daar concreet werk van maken. Ik heb ook genoteerd dat er nog niet in een aparte financieringslijn is voorzien voor dit soort medicatie.

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

22 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance d'une indemnité pour les médecins qui pratiquent une euthanasie" (56006550C)

22 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van een vergoeding voor artsen die euthanasie uitvoeren" (56006550C)

22.01 Ludivine Dedonder (PS): *Monsieur le ministre, le Conseil des ministres a récemment approuvé plusieurs projets d'arrêtés royaux visant à insérer une prestation relative à l'euthanasie dans la nomenclature des prestations de santé. Concrètement, cela se traduit par la reconnaissance d'une indemnité pour les médecins qui pratiquent une euthanasie, sans ticket modérateur et avec un régime de tiers payant rendu obligatoire.*

Cette initiative met en œuvre les articles 13/1 et 13/2 introduits dans la loi de 2002 relative à l'euthanasie, et constitue donc une avancée importante pour garantir l'accès effectif à ce droit, tout en reconnaissant l'engagement des médecins dans un acte profondément humain, lourd de sens, et exigeant à la fois du temps, de la disponibilité et un accompagnement personnalisé.

Cette initiative répond également à une attente de longue date du terrain.

Monsieur le ministre, pouvez-vous préciser le montant de cette indemnité prévue pour le médecin pratiquant l'euthanasie, ainsi que les conditions concrètes de son octroi?

22.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, la réalisation d'une euthanasie est ajoutée dans la nomenclature chapitre 3, article 3, § 1^{er}, A., I.: prestations autres que les prestations de biologie clinique diverses avec les numéros 107251, 107262, réalisation d'une euthanasie K117. Voilà pour ce qui est du libellé technique.

La prestation couvre le coût du matériel hors médicaments, la réalisation de l'euthanasie, la constatation du décès et l'établissement de l'acte de décès, le remplissage du document d'enregistrement visé à l'article 5 de la loi du 28 mai 2022 relative à l'euthanasie.

Les règles d'application sont les suivantes. Si le médecin exécutant n'est pas le médecin qui gère le

dossier médical global du patient, il doit en informer le gestionnaire du dossier médical global par la suite en lui adressant un rapport écrit. Il n'y a pas d'intervention personnelle à charge du patient. Compte tenu de la nature de la prestation, le régime du tiers payant est obligatoire. La prestation peut être cumulée avec une prestation de l'article 2 et de l'article 25 de la nomenclature qui permettent de facturer une consultation.

L'honoraire prévu est de 180,24 euros. Le budget prévu est de 635 000 euros en prix 2025. Le nombre de cas d'euthanasie en 2023 était de 3 423. C'est le nombre de documents d'enregistrement introduits moins 110 patients étrangers. Étant donné que le nombre augmente, un facteur de croissance de 5 % est pris en compte, ce qui porte le nombre, tenant compte de cette correction, à 3 479 patients par an.

Ma réponse comprend également un tableau. Je propose que mon conseiller vous l'envoie par mail.

22.03 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour tous ces chiffres et je suis également intéressée par le tableau.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

23 **Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact de la solitude sur la santé" (56006556C)**

23 **Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van eenzaamheid op de gezondheid" (56006556C)**

23.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) tire aujourd'hui la sonnette d'alarme sur un phénomène dont les conséquences sur la santé publique sont désormais objectivées: la solitude. Selon le premier rapport de la commission de l'OMS sur les liens entre isolement social et santé, 871 000 décès dans le monde y sont associés chaque année, soit près de 100 décès par heure.

La solitude n'est plus seulement une souffrance intime ou un mal-être diffus, elle est un facteur aggravant ou déclencheur de pathologies physiques et mentales. Ce fléau ne touche pas seulement les personnes âgées, il concerne une personne sur six dans le monde, une sur cinq chez les jeunes, où l'usage excessif des écrans semble accentuer ce repli.

Monsieur le ministre, comment votre politique de santé publique intègre-t-elle aujourd'hui la question de la solitude, tant chez les jeunes que chez les personnes âgées? Disposez-vous de données épidémiologiques belges récentes permettant de mesurer l'ampleur du phénomène chez nous? Envisagez-vous de renforcer les actions de prévention en collaboration avec les entités fédérées, de soutien psychosocial ou encore d'adaptation des services de première ligne pour lutter contre l'isolement? Pouvez-vous m'indiquer si l'isolement est intégré dans nos plans de prévention en santé mentale? Si oui, envisagez-vous de renforcer les moyens des intervenants sociaux et médicaux de première ligne ou encore de soutenir ces actions spécifiques? Le gouvernement belge compte-t-il participer aux travaux engagés par l'OMS sur cette question afin de contribuer aux pistes de solutions globales à un mal qui aujourd'hui ne connaît plus de frontières?

23.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Ma politique de santé publique s'inscrit dans une approche intégrée et de proximité centrée sur les besoins psychiques, somatiques et sociaux. La lutte contre la solitude qui touche jeunes et aînés est pleinement intégrée comme déterminant majeur de santé mentale. Nous renforçons les soins psychologiques de première ligne via la convention INAMI, permettant un accompagnement accessible et sans stigmatisation, en collaboration avec les entités fédérées.

La mise en réseau des acteurs de terrain – médecins généralistes, psychologues, assistants sociaux – permet de détecter précocement l'isolement et d'y répondre de manière coordonnée. Des initiatives communautaires et des visites à domicile sont encouragées, tout en garantissant l'accessibilité financière, géographique et culturelle des services. Même si la convention se veut généraliste et ne cible pas exclusivement la solitude, elle offre un cadre suffisamment souple pour permettre le

développement de projets spécifiques sur le terrain, en fonction des besoins identifiés localement.

Le sentiment de solitude est régulièrement évalué via la cohorte BELHEALTH de Sciensano, montrant qu'en mars 2025, 56,3 % des personnes avaient ressenti une solitude modérée à sévère. Ces résultats sont restés stables par rapport à ceux de novembre 2024 (56,1 %) et sont meilleurs qu'en mars (79 %) et décembre 2021 (68,3 %). Ce sont quand même des chiffres élevés.

Enfin, la Belgique soutient activement la résolution de l'OMS sur le lien social et participera aux actions visant à aborder la solitude comme un enjeu de santé global. Voilà ma réponse.

23.03 **Ludivine Dedonder (PS)**: Monsieur le ministre, ces chiffres tendent à renforcer notre conviction de l'importance de nous occuper de ce qui n'est plus un sentiment, mais bien une réalité. Malheureusement, beaucoup de personnes restent sous les radars. Vous faites donc bien d'insister sur la nécessité de consulter les services de première ligne et d'identifier les personnes qui sont peut-être encore un peu trop cachées et qui, dès lors, souffrent en silence avec les conséquences que l'on peut imaginer. Merci de continuer à y veiller.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

23.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, il faut peut-être prévenir les membres qui patientent en ce moment que je dois m'en aller à 17 h.

La **présidente**: M. le ministre nous quitte donc à 17 h.

La question n° 56006559C de Mme Katleen Bury est transformée en question écrite, tout comme les questions n° 56006576C et n° 56006580C de Mme Kathleen Depoorter.

Comme il nous reste 25 minutes, chers collègues, si possible, renvoyez au texte de vos questions respectives afin que vous puissiez obtenir des réponses.

24 **Question de Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les prestations des infirmiers et aides-soignants à domicile" (56006596C)**

24 **Vraag van Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verstrekkingen aan huis door verpleeg- en zorgkundigen" (56006596C)**

24.01 **Isabelle Hansez (Les Engagés)**: Monsieur le ministre, ma question porte sur les prestations des infirmiers et aides-soignants à domicile.

L'arrêté royal du 29 septembre 2019 avait modifié l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984, qui établit la nomenclature des prestations de santé dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Ce texte introduisait des plafonds de prestations pour les infirmiers et aides-soignants actifs à domicile. Ainsi, un infirmier ou aide-soignant pouvait attester par année civile 22 000 valeurs W au maximum s'il était salarié et 40 000 valeurs W s'il était indépendant ou s'il avait un statut mixte (salarié et indépendant).

Le service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI avait pour mission d'analyser les dépassements de ces plafonds. Dans ces cas, le prestataire était invité à justifier le dépassement du seuil et le SECM pouvait dresser des procès-verbaux de constat et récupérer les montants qui étaient estimés comme indûment facturés.

Or plusieurs associations d'infirmiers ont introduit un recours en annulation de cet arrêté royal auprès du Conseil d'État en décembre 2019. Le 27 mai 2025, le Conseil d'État a rendu un arrêt annulant l'arrêté royal précité, considérant qu'il ne pouvait être adopté dans le cadre d'affaires courantes.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous éclairer sur les conséquences de cette annulation pour les prestataires qui avaient dépassé les plafonds et remboursé les montants considérés comme indûment facturés par le SECM? Combien de prestataires sont concernés et comment seront-ils informés? Cette

annulation a-t-elle un impact sur l'arrêté royal du 11 mars 2024 qui modifie également l'article 8 de la nomenclature? Envisagez-vous de prendre un nouvel arrêté fixant des plafonds? Si oui, lesquels? Une évaluation des plafonds fixés en 2019 a-t-elle été réalisée? Si oui, quelles en sont les conclusions? Une concertation avec les infirmiers est-elle prévue à ce sujet?

24.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la députée, en raison du recours introduit devant le Conseil d'État, le SECM de l'INAMI n'avait pas dressé de procès-verbaux de constat par mesure de précaution. Il n'y a donc pas eu de remboursement volontaire dans ce cadre.

L'arrêt du Conseil d'État du 27 mai 2025 ne concerne que l'arrêté du 29 septembre 2019. Ses effets sont strictement limités à ce texte et ne s'étendent pas à d'autres. Le Conseil d'État a fondé son annulation uniquement sur le fait que l'arrêté avait été adopté dans le cadre d'affaires courantes. Cet argument ne peut donc pas être utilisé pour contester l'arrêté du 11 mars 2024, qui a réintroduit les seuils de valeurs W à ne pas dépasser dans le cadre de la facturation à l'assurance maladie.

Ce second arrêté a produit ses effets au 1^{er} juillet 2024 et est donc entré en vigueur.

La Commission de conventions infirmiers-organismes assureurs de l'INAMI a proposé en 2023 un nouvel arrêté royal, un arrêté que j'ai pris le 11 mars 2024, et qui conserve les mêmes seuils que le précédent. La Commission a déjà pu obtenir une série de chiffres du service SECM de l'INAMI concernant l'évolution des profils de dispensateurs de soins qui dépassent le seuil. Les signaux du terrain et les données collectées permettent d'évaluer et d'adapter à nouveau la réglementation au besoin.

24.03 Isabelle Hansez (Les Engagés): Je comprends la volonté des autorités de veiller à la qualité des soins et d'éviter les fautes. C'est un objectif que nous partageons, bien entendu. Toutefois, un certain nombre d'infirmiers m'ont fait part de leur difficulté à anticiper leur travail et ont montré un certain découragement. En effet, ils souhaitent poursuivre leur activité et répondre à l'ensemble des besoins en soins auxquels ils sont confrontés dans un contexte de pénurie, mais ils sont toutefois limités dans le nombre de prestations qu'ils peuvent réaliser et risquent d'être sanctionnés s'ils dépassent ces plafonds. Il faut donc veiller à ne pas nuire à leur motivation à répondre aux demandes de tous les patients.

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

25 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De psychotherapeuten" (56006600C)

25 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les psychothérapeutes" (56006600C)

25.01 Dominiek Snelpe (VB): Ik verwijst naar mijn schriftelijke voorbereiding.

In het federale gezondheidsbeleid wordt psychotherapie erkend als behandelingsvorm, maar niet als autonoom gezondheidszorgberoep. Slechts wie reeds over een WUG-titel beschikt – zoals artsen, klinisch psychologen of orthopedagogen – en aan bijkomende voorwaarden voldoet, mag psychotherapie autonoom uitoefenen.

Dat betekent dat een aanzienlijke groep opgeleide psychotherapeuten zonder WUG-titel, ook al hebben zij jarenlange opleiding en ervaring, enkel nog mag werken onder supervisie en in een interdisciplinair kader.

Deze regeling, ingevoerd met de wet van 2016 en intussen verfijnd, leidt in de praktijk tot rechts- en statuutonzekerheid, en beperkt tegelijk de toegankelijkheid van psychotherapeutische zorg, zeker in de eerstelijnszorg.

In de vorige legislatuur werd aangegeven dat er een herziening van de positie van ondersteunende GGZ-beroepen en psychotherapeuten overwogen zou worden, maar tot op heden is er weinig beweging in dat dossier.

Daarover heb ik volgende vragen:

Erkent u dat er vandaag een gebrek is aan duidelijke, wettelijke erkenning voor een grote groep professioneel opgeleide psychotherapeuten die niet over een WUG-titel beschikken, maar wel actief zijn in de geestelijke gezondheidszorg?

Bent u bereid om een herziening van de wettelijke positie van deze psychotherapeuten op te starten, zoals eerder werd gesuggereerd in het parlementair debat van oktober 2023?

Zal u op korte termijn initiatieven nemen om de toegankelijkheid en rechtszekerheid van psychotherapeutische zorg te verbeteren, in samenwerking met de deelstaten en het werkveld?

25.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik ben op de hoogte van de nood aan duidelijkheid met betrekking tot de regeling inzake psychotherapie, die vandaag in de WUG-wet is opgenomen als een behandelingsvorm. Dat is ook ter sprake gekomen bij de vorming van de regering. Dat zijn problemen waar we naar moeten kijken.

Daarom is mijn administratie op dit moment bezig met een grondige analyse van het bestaande wettelijke kader. We zijn ook aan het nagaan of het opportuun is om een formeel advies te vragen aan de Federale Raad, om verdere stappen zorgvuldig en onderbouwd te kunnen voorbereiden. Ik wil het in dit stadium houden bij dit antwoord, mevrouw Sneppe.

25.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Dat is wel een heel summier antwoord. Ik ben al blij dat u ermee bezig bent, maar ik hoor u alleen spreken over uw administratie. Ik zou nogmaals willen oproepen om dit ook in overleg met de betrokkenen te doen. Die trekken aan de alarmbel. Ze hebben heel wat adviezen voor u. U moet niet altijd zelf het warm water proberen uit te vinden. Luister eens naar de vragen en de adviezen binnen het werkveld. Vooral voor onze geestelijke gezondheidszorg is het belangrijk dat we elke groep mee aan boord houden.

Psychotherapeuten zijn zeker onderlegd om zelfstandig een rol te kunnen spelen in onze geestelijke gezondheidszorg. We hebben veel mensen nodig. De vraag naar plaatsen in de geestelijke gezondheidszorg is enorm. Er zijn steeds meer patiënten. Ik hoop dus dat u daar snel werk van maakt en die mensen ook even op uw kabinet uitnodigt, zodat u uit de eerste hand weet wat de adviezen zijn en daarmee aan de slag kunt gaan.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

26 **Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le statut BIM" (56006601C)**

26 **Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De RVT-status" (56006601C)**

26.01 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, le système de l'intervention majorée permet aux citoyens qui en bénéficient une diminution du coût des consultations, des médicaments, des frais d'hospitalisation, ... Il s'agit d'un mécanisme important de soutien aux personnes en situation de précarité.*

Notre réglementation prévoit actuellement différentes voies d'accès à l'intervention majorée: d'une part, il peut s'agir d'un droit automatique lorsque le citoyen bénéficie de certaines allocations (RIS, GRAPA, ARR) ou lorsqu'il se trouve dans certaines situations particulières (enfant reconnu comme atteint d'un handicap d'au moins 66 %, mineur non accompagné, orphelin). D'autre part, ce statut peut être octroyé aux citoyens dont les revenus ne dépassent pas un certain seuil. Les revenus pris en considération pour ce calcul sont les revenus imposables bruts, c'est-à-dire notamment les revenus professionnels, mobiliers, immobiliers, y compris ceux provenant de l'étranger.

Le nombre de bénéficiaires du statut BIM a fortement augmenté ces dernières années.

Monsieur le ministre, pourriez-vous préciser le nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée en distinguant les différentes modalités d'accès à ce système, et l'évolution de ces nombres ces dix

dernières années?

Quels sont les outils dont disposent les mutualités pour mener l'enquête sur les revenus?

Est-ce que les mutualités estiment pouvoir mener convenablement ces enquêtes et disposer de l'ensemble des informations nécessaires pour évaluer les revenus des citoyens? Ou estiment-elles avoir besoin d'outils complémentaires pour mener ces enquêtes? Dans l'affirmative, quels seraient ces outils?

Avez-vous identifié des pistes en vue d'assurer que ce statut ne soit octroyé qu'aux personnes qui en ont réellement besoin?

Est-ce que des discussions sont menées actuellement à ce sujet avec les différents acteurs de la santé?

Je vous remercie pour votre réponse.

26.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Ma réponse est une combinaison d'un tableau avec des éléments plutôt littéraires. Je propose de communiquer ma réponse sans citer le tableau qui reprend tous les chiffres.

Je vais aussi passer dès lors immédiatement à la deuxième question. Les mutualités disposent d'une combinaison de déclarations du bénéficiaire et de sources de données électroniques pour mener une enquête sur les revenus dans le cadre d'une demande d'intervention majorée: déclarations sur l'honneur; avertissements-extrait de rôle du ménage et autres documents prouvant le revenu; sources issues de différentes bases de données (données sur les bons de cotisation, les informations sur les droits à la pension, le chômage et autres allocations); informations sur les montants de pension; données du patrimoine immobilier; données des travailleurs indépendants; informations sur l'incapacité de travail disponibles au sein des mutualités. Le droit à l'intervention majorée octroyée sur la base d'une enquête sur les revenus fait l'objet d'un contrôle systématique chaque année. Lors de ce contrôle, les données de l'impôt sur les revenus sont utilisées. Si nécessaire, les mutualités complètent ces informations par des données demandées directement à l'assuré social.

Pour répondre à votre troisième question: les mutualités disposent de nombreux outils pour mener les enquêtes nécessaires à l'évaluation des revenus des assurés. Afin d'assurer un traitement équitable, les mutualités vérifient pour chaque groupe cible si les revenus pertinents peuvent être détectés de manière fiable. Si certains revenus ne peuvent être vérifiés sans l'intervention de l'assuré, cela peut entraîner une exclusion de l'octroi automatique. Ainsi, l'octroi automatique a été exclu pour les assurés propriétaires d'un bien immobilier, autre que leur habitation principale ou dont un bien immobilier n'a pas encore de revenu cadastral fixé ou pour les assurés percevant une pension mentionnée dans les données du cadastre des pensions, par exemple, pension de survie ou pour les assurés bénéficiant d'indemnités de dédit ou de reclassement, ou pour les assurés recevant des rentes d'accident de travail ou de maladie professionnelle avec incapacité plus grande que 20 %. En revanche, l'existence éventuelle de revenus mobiliers ou divers ne constitue pas un obstacle à l'octroi d'office, car ils sont difficiles à détecter et peu fréquents. Cela signifie que ces revenus ne sont pas encore pris en compte, ce qui représente une limite des outils actuels des mutualités dans ce contexte.

Par rapport à la quatrième question, pour les bénéficiaires d'un avantage social ou d'allocations particulières, le statut est octroyé automatiquement car les institutions qui attribuent ces avantages vérifient déjà les revenus en amont.

Une réserve subsiste toutefois pour l'allocation d'intégration pour personnes handicapées, notamment depuis la suppression du "prix de l'amour". Les assurés sociaux qui introduisent une demande sur la base d'une enquête sur les revenus doivent remplir une déclaration sur l'honneur en y mentionnant tous leurs revenus imposables, et transmettre leur dernier avertissement extrait de rôle. Cela permet à la mutualité de disposer, en principe, de toutes les données nécessaires pour vérifier si les revenus sont inférieurs au plafond requis.

Dans le cadre de l'octroi à l'initiative de la mutualité, les catégories d'assurés ciblées ont été volontairement limitées à celles dont la situation peut être confirmée sans intervention de leur part, sur la base des données déjà disponibles. Il s'agit d'isolés qui sont soit chômeurs, soit en incapacité depuis au moins trois mois, soit invalides.

Cette approche permet d'ouvrir automatiquement le droit pour les ménages identifiables avec certitude

et dont les revenus sont connus et vérifiables. Par la suite, les contrôles habituels s'appliquent: suivi de la composition de ménage, contrôle intermédiaire du statut socioéconomique et contrôle annuel via échange de données avec le SPF Finances. Les groupes cibles ont été choisis en fonction de la fiabilité des bases de données, afin de minimiser les incertitudes, et des critères d'exclusion ont été fixés lorsque certaines données manquent.

Un monitoring a été mis en place et devra ensuite être étendu à d'autres groupes au fur et à mesure que de nouvelles bases de données seront disponibles, permettant un affinement de la définition du ménage et du contrôle des revenus.

Pour répondre à votre cinquième question, des discussions ont eu lieu notamment lors du comité de l'assurance de l'INAMI en novembre 2023, où une nouvelle mesure d'octroi d'office du droit à l'intervention majorée a été adoptée. À cette occasion, une note de vision a aussi été présentée visant à faire évoluer le système vers plus de simplicité, d'automatisation et d'équité, tout en maintenant l'objectif principal de réduire les obstacles à l'accès aux soins.

Je peux vous donner une liste, mais je propose, comme c'est assez technique, de ne pas la lire et de vous transférer toute ma réponse préparée, donc le tableau avec les chiffres et les listes des thèmes discutés en novembre 2023, en ce qui concerne le système d'octroi du statut.

La **présidente**: On aura de quoi s'occuper pendant les vacances avec tous ces tableaux! On aura l'occasion d'étudier tous les chiffres!

26.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): C'est pour cela que je suis resté jusqu'à cette heure, madame la présidente. Je veux en effet travailler pendant les vacances! Monsieur le ministre, nous en avons déjà parlé: ce statut BIM doit évoluer. Il y a encore des choses anormales dans l'octroi de ce statut BIM. Je ne sais pas où ça coince mais, en tous cas, les réponses que vous m'avez données vont certainement m'aider à bien tout comprendre; je l'espère en tous cas. Merci, donc, de m'adresser tous ces chiffres et ces tableaux.

L'idée n'est pas de faire des économies, mais qu'il y ait une équité sociale, un accès aux soins pour ceux qui sont vraiment dans la nécessité. Je suis étonné chaque jour de rencontrer des gens qui n'ont pas droit au statut BIM alors qu'ils sont dans les difficultés financières. Par contre, je rencontre des gens qui sont dans une confortable situation financière et qui ont le statut BIM. Cela veut dire qu'il y a quand même encore un problème à ce niveau. En tous cas, je ne vais pas lâcher cette histoire et je reviendrai prochainement sur ce sujet en Affaires sociales ou ici, dans cette commission. Merci beaucoup.

La **présidente**: Ne lâchez rien, certainement!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

27 Questions jointes de

- Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La PrEP" (56006604C)

- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La hausse des cas de VIH et l'accès à la PrEP" (56006747C)

27 Samengevoegde vragen van

- Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Prep" (56006604C)

- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stijging van het aantal hiv-besmettingen en de toegang tot prep" (56006747C)

27.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): *Monsieur le ministre, le nombre de contaminations au VIH en Belgique a augmenté ces dernières années. Parmi les outils efficaces dont nous disposons dans le cadre de la lutte contre le VIH, il y a la PrEP.*

A l'heure actuelle, le remboursement de la PrEP est basé sur une prescription qui doit être délivrée par

un médecin d'un centre de référence VIH.

Or, Sciensano recommande d'élargir l'accès à la PrEP et de diversifier son modèle de délivrance afin d'atteindre efficacement un plus grand nombre de personnes à haut risque d'infection par le VIH.

En janvier dernier, vous nous répondiez que "la question est de savoir si nous devons autoriser tous les médecins généralistes à prescrire un traitement PrEP. Les avis des experts divergent car souvent les médecins généralistes ne possèdent pas les connaissances requises. Nous devons trancher cette question".

Monsieur le ministre, où est la réflexion sur la possibilité de permettre à tous les médecins généralistes de prescrire la PrEP? Quelles concertations avez-vous menées? Quelles en sont les conclusions? Dans quel délai comptez-vous "trancher la question"?

Qu'en est-il des infectiologues qui ne sont pas membres des centres de référence VIH? Peuvent-ils actuellement rédiger la prescription initiale de la PrEP en vue de son remboursement?

27.02 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, les dernières données disponibles révèlent une hausse préoccupante de 13 % des cas de VIH en 2024 par rapport à 2022. Il s'agit de la troisième année consécutive de progression et cette tendance concerne l'ensemble des groupes de population: les personnes hétérosexuelles représentent environ 49 % des nouveaux diagnostics, tandis que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en constituent 45 %.*

Dans ce contexte, il est crucial de renforcer les outils de prévention disponibles. Or, la prophylaxie pré-exposition (PrEP), pourtant reconnue comme très efficace, demeure difficilement accessible dans notre pays. Actuellement, seul un médecin rattaché à un Centre de Référence VIH peut prescrire la PrEP dans le cadre d'un remboursement, après une évaluation annuelle. En dehors de ce circuit, la PrEP peut uniquement être obtenue via l'aide médicale urgente ou certains centres Croix-Rouge/Fedasil pour les personnes sans droit au séjour ou en situation précaire.

Face à ces obstacles, certaines personnes tentent de se procurer la PrEP en ligne, malgré l'interdiction en Belgique, ou via des réseaux informels (« PrEP sauvage »), sans aucune garantie quant à la qualité, la conservation ou la date de péremption des médicaments. Ce recours expose à des risques sanitaires graves, notamment la prise de PrEP en présence d'une infection VIH non diagnostiquée, pouvant entraîner des résistances aux traitements antirétroviraux ultérieurs.

Monsieur le ministre,

En janvier, vous répondiez ceci à une de mes questions "Cet outil de prévention étant assez récent, il faut réfléchir à la diversification de la délivrance de la PrEP." Quelle est la stratégie de diversification choisie? Envisagez-vous d'autoriser les médecins généralistes à prescrire la PrEP dans des conditions encadrées, afin d'en élargir l'accessibilité et de mieux prévenir les nouvelles infections?

Quelles mesures concrètes entendez-vous prendre pour garantir un accès plus large, simple et sécurisé à la PrEP, y compris pour les publics vulnérables? Plus largement, quelles actions prévoyez-vous pour freiner cette progression continue du VIH en Belgique? Où en est la mise en œuvre du plan national VIH 2020-2026?

27.03 Frank Vandenbroucke, ministre: *Depuis le 1^{er} mai 2023, les spécialités concernées par la PrEP sont remboursées si elles ont été prescrites par un médecin lié à un centre de référence VIH, y compris lorsqu'il s'agit d'un médecin généraliste. La prescription ne doit donc plus émaner exclusivement d'un médecin spécialiste. Les médecins généralistes ou spécialistes doivent cependant être attachés à un centre de référence VIH et disposer d'une expérience suffisante dans le suivi des patients sous PrEP, comme défini dans la Convention de l'INAMI.*

De plus, un assouplissement a également été apporté aux consultations de suivi requises dans les centres de référence pour le VIH. En effet, ces centres ont constaté un problème logistique important pour assurer les consultations de suivi trimestrielles, ce qui a entraîné la mise en place de listes d'attente et une prise en charge effective d'un nombre de patients sous PrEP inférieur à celui qui serait admissible sur base clinique. Concrètement, l'assouplissement a consisté en une adaptation concernant les visites de suivi qui peuvent depuis lors avoir lieu chez les médecins généralistes.

Ainsi, une implication partielle du médecin généraliste a été rendue possible pour les patients qui le souhaitent, toujours en concertation avec les centres de référence VIH à condition qu'une coordination efficace soit assurée entre ces centres et les médecins généralistes, afin que le contrôle et le suivi du patient restent bien encadrés par les centres de référence.

En ce qui concerne la question relative à l'accessibilité de la PrEP aux publics vulnérables, depuis le 1^{er} avril 2024, la PrEP est également accessible aux travailleurs du sexe non assurés via une convention conclue avec les centres médico-sociaux pour les travailleurs du sexe, qui ont des accords de coopération avec les centres de référence VIH.

La question suivante est de savoir si nous devons autoriser tous les médecins généralistes, et donc également ceux qui ne sont pas liés à un centre VIH, à prescrire un traitement PrEP. Les avis des experts divergent car il peut arriver qu'ils ne possèdent pas les connaissances requises. L'accord de gouvernement prévoit néanmoins que nous examinions cette possibilité, ce qui est en cours. Plus généralement, l'accord de gouvernement stipule que, en collaboration avec les entités fédérées, nous devons étudier comment rendre la PrEP plus accessible aux groupes vulnérables et poursuivre la mise en œuvre du plan VIH.

C'est pourquoi, la semaine dernière, le groupe de travail interfédéral Prévention (GTI Prévention) s'est réuni pour aborder la question du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, dans une approche interfédérale, en présence d'une représentante du comité de suivi du plan VIH.

La discussion portait sur les actions prioritaires à mettre en œuvre d'ici fin 2026. Dans une vision de proximité et d'accessibilité, les actions retenues visent à rapprocher la prévention et le dépistage des populations touchées par le VIH et à garantir une approche sans stigmatisation, non discriminatoire et sensible à la diversité. La faisabilité, la mise en œuvre potentielle et les modalités d'exécution les plus appropriées de ces actions doivent encore faire l'objet de discussions approfondies avec les autorités sanitaires nationales et régionales, qui ont toutes confirmé leur motivation en la matière, chacune dans son domaine de compétences.

27.04 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Je vous remercie pour votre réponse, monsieur le ministre. Je constate que vous vous en souciez et que nous avons le même objectif: améliorer l'accès à la PrEP.

J'ai bien compris l'avis des experts. Je tiens simplement à rappeler que, très concrètement sur le terrain, des médecins généralistes prescrivent déjà la PrEP sans remboursement aux personnes qui en font la demande. C'est tout à fait légitime.

Il serait donc pertinent de réfléchir à une formation spécifique, qui n'est pas compliquée en soi, pour ces médecins généralistes. J'invite à intégrer cela, car prescrire ce médicament sans formation peut s'avérer dangereux et, au final, ne pas réellement aider les personnes qui en ont le plus besoin. Je tiens simplement à souligner qu'il serait intéressant de permettre cet accès aux médecins généralistes via une formation spécifique.

27.05 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour les différentes informations. À travers la réponse que vous nous avez apportée, nous voyons une volonté d'avancer vers une meilleure accessibilité de la PrEP. Toutefois, les éléments restent encore peu précis. Je crois que vous pouvez me rejoindre sur ce constat.

Pourtant, le temps presse. Depuis plusieurs mois, nous observons une augmentation des cas de VIH. Il faut donc prendre des mesures rapides pour faire en sorte que la PrEP, qui demeure l'un des meilleurs moyens de s'en prémunir, soit davantage accessible.

Il me semble que des actions assez simples peuvent être mises en place pour y parvenir.

Il s'agit soit d'intégrer la formation autour de ce dispositif dans la formation de base des médecins généralistes ou même des médecins tout court, ce qui serait une bonne chose, soit d'avoir la possibilité pour les médecins généralistes de se former à ce traitement. Je ne pense pas que cela demanderait non plus un investissement en temps et en argent démesuré pour pouvoir justement augmenter la

démocratisation de ce traitement qui est vraiment fondamental pour faire face à l'augmentation de l'épidémie que nous connaissons aujourd'hui.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 56.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.56 uur.