

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 7 OKTOBER 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 7 OCTOBRE 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 10 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.10 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

La **présidente**: Chers collègues, je vous souhaite la bienvenue à toutes et à tous et vous propose de commencer cette commission de questions et réponses au ministre Vandenbroucke.

01 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La complexité administrative pour obtenir un visa du SPF Santé publique" (56007369C)

01 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De administratieve rompslomp om een visum van de FOD Volksgezondheid te verkrijgen" (56007369C)

01.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, la reconnaissance fédérale du titre de psychologue clinicien pose de sérieuses difficultés administratives qui ont, dans les faits, pour conséquence de retarder l'accès à l'emploi de jeunes diplômés. J'en veux pour preuve les nombreux témoignages que j'ai reçus ces dernières semaines. Plusieurs cas m'ont été relatés et je vais vous en rapporter un anonymisé.

Un jeune diplômé de l'Université de Mons, reconnu comme psychologue clinicien par la Fédération Wallonie-Bruxelles et inscrit à l'Ordre des psychologues, a entamé dès juillet, au lendemain de l'obtention de son diplôme, la procédure pour obtenir le "visa" délivré par le SPF Santé publique, étape préalable indispensable avant de solliciter l'agrément régional, puis le numéro INAMI.

Or cette procédure est ralentie par plusieurs facteurs: un site internet de demande de visa comportant des champs ou justificatifs inadaptés (exigence d'un document attestant d'un stage qui n'existe pas dans le cursus tel qu'implémenté, par exemple); la lenteur du traitement accentuée par le sous-effectif du service (seulement deux fonctionnaires en charge pour l'ensemble du pays) et l'impossibilité de présenter un diplôme définitif dans les délais, alors même qu'un diplôme provisoire ou une attestation officielle pourrait suffire.

Par conséquent, pour ce cas particulier mais malheureusement aussi pour bien d'autres, malgré un dossier complet depuis plusieurs semaines, le visa n'a toujours pas été délivré, empêchant ce jeune diplômé de prendre ses fonctions dans un établissement de soins, au risque que l'offre d'emploi lui soit ensuite retirée. Depuis lors, il a déjà vu deux offres d'emploi lui passer sous le nez.

Monsieur le ministre, quelles mesures comptez-vous prendre pour améliorer le fonctionnement du site et simplifier la procédure, notamment en supprimant les demandes de pièces inutiles ou redondantes? Quelles sont les raisons de ce sous-effectif et comment entendez-vous y remédier rapidement? Dans un contexte de pénurie de professionnels de la santé mentale, n'est-il pas justement urgent de réduire drastiquement ces délais administratifs afin que les diplômés puissent intégrer le marché du travail immédiatement? C'est un véritable appel que ces jeunes vous font, monsieur le ministre, car, comme

je l'ai dit, des emplois leur sont déjà passés sous le nez. Ils sont en attente. Des établissements prennent parfois patience. Mais vont-ils encore attendre des semaines qu'ils obtiennent ce fameux visa? Enfin, il semble que la règle du *first in, first out* ne soit pas d'application non plus car certains jeunes, ayant rentré leur demande après le cas particulier que je viens de vous signaler, ont reçu leur visa, alors que ce même jeune n'a toujours pas reçu le sien.

01.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Pour obtenir un visa d'un psychologue clinicien, un candidat doit toujours fournir différents documents, tels que la carte d'identité ou une copie de leur attestation de réussite ou de leur diplôme. Si nécessaire, mon administration peut demander des pièces supplémentaires. Les documents demandés constituent un minimum pour s'assurer qu'ils répondent aux conditions d'octroi du visa. Contrairement à ce que vous semblez affirmer, le portail en ligne pour les demandes de visa ne requiert pas d'attestation de stage. Seuls le diplôme et, le cas échéant, la preuve de trois années d'expérience professionnelle sont demandés. En outre, les attestations provisoires sont également acceptées, en plus des diplômes définitifs. Il est vrai que, pour l'instant, le service qui traite les demandes fait face à des difficultés, mais des solutions internes sont recherchées. Par ailleurs, mon administration recherche en permanence des moyens de simplifier et d'alléger les procédures. Des démarches ont déjà été entreprises afin d'examiner si une automatisation de l'octroi des visas pour les psychologues cliniciens pouvait être mise en œuvre. En attendant, le service en charge s'efforce de résorber le retard accumulé dans les plus brefs délais et dans la mesure du possible.

01.03 Patrick Prévot (PS): Merci, monsieur le ministre. Pour les jeunes qui m'ont interpellé, votre réponse est malheureusement clairement insuffisante. On se retrouve ici, comme je vous l'ai dit, avec ce cas particulier, mais j'en ai d'autres et, si vous le désirez, je vous donnerai la liste des noms pour que votre administration puisse vérifier tout cela. Le jeune dont je parlais a déjà refusé deux emplois ou, plutôt, deux emplois lui sont passés sous le nez. La plateforme n'était pas du tout fonctionnelle, or c'est la même plateforme qu'ont remplie ses collègues qui, eux, ont obtenu leur visa. Il a ensuite contacté l'administration, qui travaille à bureaux fermés. Il parle donc tantôt avec une personne X, tantôt avec une personne Y, et les informations diffèrent en fonction des personnes qu'il parvient à avoir au téléphone. On lui a dit explicitement que les mails ne servaient à rien, car ils en recevaient des centaines et qu'ils ne les ouvraient pas. On lui a ensuite conseillé d'ouvrir un dossier en litige. Ce dossier était tantôt complet, tantôt incomplet, tantôt en attente, et pas toujours dans l'ordre. On lui a fait savoir qu'il n'y avait que deux personnes pour gérer le dossier cet été et que, suite aux erreurs faites cet été, ils avaient plusieurs semaines de retard. Comme je vous l'ai dit, certains jeunes avec qui j'ai été en contact ont finalement, eux, reçu leur visa, mais le cas particulier que je vous ai exposé ne l'a toujours pas reçu. Il avait pourtant été plus proactif que ses camarades, et cela fait donc presque trois mois que des jeunes diplômés attendent d'obtenir d'une administration un document confirmant la validité de leur diplôme. On marche donc clairement sur la tête avec ce dossier. Une fois qu'ils auront reçu le visa de la part du fédéral, ils devront ensuite demander l'agrément à un autre niveau de pouvoir et, s'ils veulent un numéro INAMI, ils devront réintroduire la demande auprès du SPF.

Si vous le désirez, je vous transmettrai les noms afin que vous puissiez les vérifier. Ces jeunes sont dans le plus grand désarroi: aujourd'hui, une institution hospitalière est en attente de pouvoir les engager, mais je ne suis pas certain qu'elle patientera longtemps.

01.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Merci de me transmettre tous les éléments utiles pour vérifier ce dossier.

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

02 Vraag van Vincent Van Quickenborne aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De transparantie van de tarieven in de zorgsector" (56007390C)

02 Question de Vincent Van Quickenborne à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La transparence des tarifs dans le secteur des soins" (56007390C)

02.01 Vincent Van Quickenborne (Open Vld): Mijnheer de minister, ik diende deze vraag begin maart schriftelijk in. Behoudens vergissing van mijnentwege werd ze nog niet beantwoord, vandaar dat ik ze

nu mondeling stel.

In oktober 2021 keurde het Parlement een wet goed om meer transparantie te creëren over de tarieven die worden gehanteerd door zorgverleners. De wet verplicht zorgverleners om hun tarieven duidelijk zichtbaar te maken via affiches en, indien van toepassing, op hun website. De verplichting werd voor diverse beroepsgroepen van kracht in maart 2024, na tweeënhalf jaar voorbereiding door het RIZIV.

Ten eerste, is het niet efficiënter om in de plaats van papieren affiches en lokale websites een centraal digitaal platform te ontwikkelen, waar patiënten transparante informatie over de tarieven en het al dan niet geconventioneerd statuut van zorgverleners per regio kunnen vinden? Op die manier kunnen zij op voorhand een keuze maken in plaats van die informatie pas te verkrijgen wanneer zij zich al in een kabinet bevinden.

Ten tweede, wordt de afficheplicht sinds maart 2024 goed nageleefd? Hoe wordt dat gecontroleerd? Zijn er al gevallen van overtredingen bekend?

Ten derde, doorstaat de informatieplicht de kaskatoets? Is de informatie eenvoudig en begrijpelijk voor de gemiddelde burger? Hoe verklaart u dat affiches voor sommige beroepsgroepen, zoals kinesisten of logopedisten, geen correcte informatie bevatten over de meerkosten bij niet-geconventioneerde zorgverleners? Waarom wordt niet vermeld dat de ziekteverzekering voor bepaalde beroepen 25 % minder terugbetaalt bij niet-geconventioneerde zorgverleners?

Ten slotte, wanneer is de informatieplicht van toepassing op alle andere zorgverleners, zoals artsen en specialisten?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Met uw eerste vraag doet u een interessante suggestie. In de toekomst kan inderdaad worden onderzocht of via ProGezondheid, ons digitaal platform voor zorgverleners, bepaalde gegevens zoals tariefinformatie op een gestructureerde wijze kunnen worden ingezameld. Geautomatiseerde systemen en op termijn ook artificiële intelligentie kunnen daarbij een ondersteunende rol spelen. Dat zou het mogelijk maken om dergelijke geïndividualiseerde informatie via bestaande digitale platformen voor patiënten toegankelijk te maken, zoals Mijn Gezondheid.

Ten tweede, we hebben wel wat vertraging in de werkzaamheden in het domein van de huisartsen en de artsen-specialisten opgelopen. Het is een complex dossier, want we moeten de meest frequente prestaties voor de dertig medische disciplines bepalen. We hebben aan GBS-VBS, de representatieve organisatie, gevraagd om het RIZIV te helpen bij het opstellen van de affiches, maar zowel het RIZIV als GBS-VBS was bijzonder druk bezig met allerlei andere projecten, discussies en beleidsdossiers.

Ten derde, wordt de afficheplicht goed nageleefd? Artikel 168 van de wet bepaalt dat administratieve geldboetes kunnen worden opgelegd aan zorgverleners die de affichageverplichting van artikel 73 niet respecteren. We moeten daarvoor echter nog een uitvoeringsbesluit nemen. Het ontwerp van koninklijk besluit is klaar en de goedkeuringsprocedure kan snel worden opgestart. De organisatie en de modaliteiten van eventuele controles zullen afhangen van de inwerkingtreding van dat koninklijk besluit.

Wat de kaskatoets betreft, zolang alle wettelijk verplichte vermeldingen zijn opgenomen, zijn de sector en de bevoegde commissie bij het RIZIV redelijk vrij om te bepalen hoe ze de tarieven vermelden. Een bijkomende controle op de wijze waarop een en ander wordt verduidelijkt, is vastgelegd in de finale goedkeuring van elke affiche door het Verzekeringscomité van het RIZIV.

Uw vierde vraag ging over de specifieke problematiek van een verminderde terugbetaling van prestaties door niet-geconventioneerde kinesisten. Daarover zijn in de wet geen verplichtingen opgenomen. De vigerende wet bepaalt dat de terugbetaling voor de patiënt 25 % lager zal zijn, als een zorgverlener niet is aangesloten bij een nationale overeenkomst in de betreffende sectoren en indien die overeenkomst een bepaald quorum van toetredingen heeft bereikt. De beslissing of dat op de affiche moet worden vermeld, komt toe aan de betrokken sectoren en commissies. Het is ook redelijk complex om uit te leggen. Hoe dan ook is het een terecht punt van kritiek. Indien de -25 %-regel van toepassing is, moeten de niet-geconventioneerde zorgverleners in de rubrieken "tussenkomst RIZIV" en "remgeld patiënt" in ieder geval de bedragen vermelden die volgen uit de concrete toepassing van de regel. Het resultaat moet dus zichtbaar zijn. De gedetailleerde uitleg over de regel valt onder de vrijheid van de betrokken commissies.

Ik kom tot het verbod om supplementen aan te rekenen, indien ze niet geafficheerd worden. Ik zal het kort samenvatten. Indien gewenst, kan ik ook alle wettelijke verwijzingen meegeven. Er zijn drie relevante wetten. Ten eerste is er de wet van 14 juli 1994 betreffende de ziekteverzekering. Die wet bepaalt dat administratieve geldboetes kunnen worden opgelegd aan zorgverleners die de affichageverplichting van artikel 73 niet naleven. Daarvoor moet ik nog het uitvoeringsbesluit laten goedkeuren.

Ten tweede is er artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Conform die wet moet de patiënt vooraf geïnformeerd worden over financiële tussenkomsten. Op dit moment kan een patiënt die meent dat er wat dat betreft een inbreuk was, terecht bij de federale ombudsdienst voor de Rechten van de patiënt. Dat systeem is niet ideaal en er wordt overwogen de handhaving van de wet op de patiëntenrechten te verbeteren.

Het derde wettelijke kader vindt men in boek VI van het Wetboek van Economisch Recht (WER). Dat legt eveneens een informatieplicht op. De artikelen 3 tot en met 5 van dat boek bepalen namelijk dat bij openbare verkoop de prijs schriftelijk en ondubbelzinnig moet worden aangegeven. Indien goederen zijn uitgestald, moet de prijs goed leesbaar en zichtbaar zijn. Voor diensten geldt dat de aangeduide prijs de totaal door de consument te betalen prijs moet zijn, vermeld in euro. Ons Wetboek van Economisch Recht bevat dus ook bepalingen die men bij flagrante overtredingen van transparantie-eisen kan invoeren om daartegen te ageren.

Dat alles is inderdaad niet ideaal. Ik ben het dus met u eens dat we meer naar digitalisering zouden moeten evolueren.

Ten tweede, zaken die zijn afgesproken, moeten ook gebeuren. Er moet ter zake dus vooruitgang worden geboekt.

Ten derde verwijs ik naar de wet op de patiëntenrechten. Die wet zou echter wel wat *bite* moeten krijgen. Daarvoor is er maar één goede oplossing, namelijk dat de Federale Toezichtcommissie ook bevoegd wordt gemaakt voor inbreuken op de wet op de patiëntenrechten. Dat hebben we nog niet gedaan, omdat de Federale Toezichtcommissie eerst goed *up and running* moet zijn.

Ter zake moet dus inderdaad nog een hele agenda worden afgewerkt.

La **présidente**: Monsieur le ministre, vous avez pris 7 minutes pour répondre, ce qui est trop long. Je vous ai laissé poursuivre cette fois, mais à partir de maintenant, je couperai les réponses qui dépassent 2 minutes 30. Sinon, les séances s'allongent trop et le temps manque pour répondre aux questions de chacun.

02.03 Vincent Van Quickenborne (Open Vld): Mijnheer de minister, ik vond uw antwoord zeer verhelderend en interessant. Sowieso is gezondheid een kostbaar goed voor iedereen, ook voor patiënten. Het is bovendien positief dat patiënten vooraf weten wat ze moeten betalen. Veel wordt terugbetaald, maar mensen zijn niet altijd op de hoogte van wat ze zelf moeten betalen. Tegelijkertijd moet worden vermeden dat zorgverstrekkers geconfronteerd worden met extra administratieve lasten.

Het uithangen van affiches doet mij denken aan lang vervlogen tijden. Vroeger kon men het vertrekkur van de treinen terugvinden op gele bladen; die hangen er nog, maar tegenwoordig worden ze nauwelijks nog bekeken. Ik heb de indruk dat men in de dokterspraktijken teruggaat naar de tijd van de gele bladen. U bent een modern persoon en ik denk niet dat dat uw bedoeling is.

Daarom stel ik voor de informatie te centraliseren en gemakkelijk toegankelijk te maken voor patiënten. Daarnaast moeten patiënten voorafgaand aan hun keuze voor een zorgverstrekker weten welke kosten zij eventueel moeten dragen, zonder dat dat extra administratieve lasten oplevert voor de zorgverstrekkers.

Ik waardeer het voluntarisme van uw antwoord en hoop dat daar daadwerkelijk iets mee gebeurt. Ik zal de situatie blijven volgen.

La **présidente**: Je vous remercie pour votre rapidité, qui a permis une minute de plus pour M. le

ministre. Cela ne veut bien sûr pas dire que le débat n'était pas intéressant. Je suis juste la maîtresse du temps.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Questions jointes de

- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avenir du caisson hyperbare du CHU de Charleroi" (56007420C)
- Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le caisson hyperbare" (56007474C)
- Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La menace de fermeture du caisson hyperbare au CHU de Charleroi" (56008000C)
- Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les remboursements des soins hyperbares et l'avenir du caisson de Montigny-le-Tilleul" (56008105C)
- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avenir du dernier caisson hyperbare de Wallonie" (56008922C)

03 Samengevoegde vragen van

- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toekomst van de hyperbare kamer van het CHU te Charleroi" (56007420C)
- Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hyperbare kamer" (56007474C)
- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De dreigende sluiting van de hyperbare kamer van het CHU te Charleroi" (56008000C)
- Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van hyperbare zorg en de toekomst van de hyperbare kamer in Montigny-le-Tilleul" (56008105C)
- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toekomst van de laatste hyperbare kamer van Wallonië" (56008922C)

03.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, ma question a été déposée il y a un certain temps déjà.

Le CHU de Charleroi dispose du seul caisson hyperbare encore en activité en Wallonie. Cet outil est indispensable pour le traitement de nombreux patients ayant subi une intoxication au monoxyde de carbone, un accident de plongée, une embolie gazeuse, mais également pour certaines pathologies chroniques, comme des formes sévères de covid long. Environ 260 patients en bénéficient aujourd'hui.

Pourtant, ce caisson semble menacé de fermeture. L'hôpital souligne que le coût de fonctionnement dépasse largement les moyens dont il dispose. Une séance coûte environ 180 euros, tandis que le remboursement forfaitaire de l'INAMI ne couvre que 85 euros, et ce uniquement pour les deux premiers jours de traitement.

Afin d'assurer la continuité des soins, un tarif social de 39 euros a été mis en place, mais il ne permet pas de combler le déficit structurel. Dans un contexte budgétaire fragilisé par la crise du covid et l'inflation, la situation financière de l'hôpital ne permet plus de compenser cette différence.

Face à ce constat, une pétition a été lancée afin de sensibiliser la population et les autorités au risque de voir disparaître ce dispositif unique en Wallonie.

Monsieur le ministre, êtes-vous conscient de cette menace qui pèse sur le maintien de ce caisson à Charleroi? Disposez-vous d'un état des lieux actualisé concernant les infrastructures hyperbares en Belgique, en ce qui concerne la répartition géographique, le taux d'occupation et les besoins de la population? Confirmez-vous que le remboursement actuel de l'INAMI ne couvre pas le coût réel des séances? Envisagez-vous une révision des modalités de financement? Quelles pistes envisagez-vous

pour éviter la fermeture de ce service, qui laisserait des centaines de patients sans solution en Wallonie?

03.02 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, le CHU André Vésale de Charleroi possède un caisson hyperbare qui est menacé de fermeture. Or il s'agit du seul caisson hyperbare multiplaces de Wallonie, qui prend en charge environ 260 patients par an, tant pour des urgences vitales telles que les intoxications au monoxyde de carbone – très fréquentes en hiver –, les accidents de plongée (pensons aux lacs de l'Eau d'Heure), les embolies gazeuses, les infections nécrosantes, les brûlures graves, ainsi que pour des pathologies chroniques telles que les ulcères diabétiques, les lésions post-radiothérapie, les ostéomyélites, les surdités brusques.

La fermeture de ce centre poserait des problèmes médicaux majeurs: perte d'accès rapide à des traitements vitaux, aggravation du pronostic pour des patients chroniques, allongement des délais de prise en charge et nécessité de transferts lourds et coûteux vers Bruxelles, Anvers, Bruges ou Genk.

Le problème semble lié à un remboursement INAMI insuffisant pour couvrir les coûts d'utilisation. Cette situation crée un déficit structurel qui met en péril l'existence du service. En effet, le CHU André Vésale ainsi que le réseau HUMani se heurtent à des problèmes financiers. Hier, j'ai ainsi appris que le coût de la prise en charge par l'hôpital des 260 patients annuels s'élèverait à 500 000 euros. C'est énorme! Ce demi-million d'euros creuse donc le déficit de cet hôpital déjà en difficulté. De plus, le caisson hyperbare nécessite un entretien annuel à hauteur de 62 000 euros. Si vous comptez bien, même si l'on applique un tarif social de 50 euros, cela correspond à la prise en charge par l'hôpital de 2 000 euros par patient.

Monsieur le ministre, quelles mesures envisagez-vous pour éviter la fermeture du caisson hyperbare de Charleroi? Confirmez-vous la différence entre le financement de l'INAMI et le coût réel d'utilisation? Envisagez-vous une révision urgente du financement INAMI, afin de garantir la pérennité de ce service essentiel, qui assure à lui seul la couverture hyperbare de toute la Wallonie?

03.03 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, le caisson hyperbare du CHU de Charleroi est menacé de fermeture, comme viennent de le dire Mme Dedonder et M. Gatelier.

Le problème est que le tarif est trop bas pour couvrir les coûts de fonctionnement et qu'il est impossible de l'augmenter sans risquer d'exclure des patients. En résumé, ce service vital est déficitaire à cause des coûts de la maintenance, du personnel, des réparations, etc.

Monsieur le ministre, pourquoi l'INAMI ne couvre-t-il pas plus largement les coûts réels des séances en caisson hyperbare? Quel est le montant total annuel des remboursements de ce type de séance à charge de l'INAMI en Belgique? Le gouvernement envisage-t-il d'adapter ce remboursement pour garantir la viabilité de ce service vital? Et dans quelles proportions? Êtes-vous favorable à l'instauration d'un mécanisme d'aide exceptionnelle pour éviter la fermeture de services hospitaliers essentiels et uniques en Belgique? En cas de fermeture du caisson de Charleroi, où les patients seront-ils redirigés?

03.04 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, afin d'éviter d'être redondant par rapport aux descriptions et aux interpellations de mes collègues, qui ont bien décrit la problématique financière qui touche le réseau HUMani, j'en viens directement à mes questions.

Monsieur le ministre, une réévaluation des remboursements INAMI des soins hyperbares est-elle actuellement en cours? Quels critères médicaux sont-ils pris en compte? Quelles pathologies pourraient-elles être reconnues dans la mise à jour du remboursement, notamment par rapport aux cas de covid long et certaines plaies chroniques complexes?

Quels moyens spécifiques entendez-vous déployer pour préserver le caisson hyperbare de Montigny-le-Tilleul, dernier en Wallonie, afin d'éviter sa fermeture pour raisons financières?

Une réflexion est-elle menée pour harmoniser au niveau national ce type de soins afin que les patients wallons ne soient pas contraints de se déplacer vers d'autres régions, au risque d'inégalités de traitement? Combien de patients utilisent-ils les caissons hyperbares en Belgique, et en Wallonie particulièrement? Ne craignez-vous pas que la suppression de celui de Vésale rende l'accès à un rendez-vous dans les autres caissons plus difficile, et fragilise donc la santé des Wallons?

03.05 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, le dernier caisson hyperbare de Wallonie est menacé de fermeture faute de financement par l'INAMI. Ce caisson est en lien avec les huit grands réseaux hospitaliers. Sans ce caisson, les patients devront être transférés vers Bruxelles ou Lille. Un tel délai peut entraîner des séquelles irréversibles, voire la mort, notamment en cas d'accident de décompression, où chaque minute compte.*

Ce service existe depuis plus de 20 ans. Les médecins hyperbaristes se battent depuis longtemps pour sa reconnaissance et son financement. Pourtant, ce service sauve des vies chaque jour. Cette thérapie est bénéfique pour de nombreuses pathologies telles que les intoxications au monoxyde de carbone, les plaies chroniques (ulcères, escarres), les surdités brusques, les œdèmes traumatiques, les lésions liées aux radiothérapies, mais aussi pour les accidents de décompression qui peuvent survenir dans la pratique de la plongée sous-marine.

Malheureusement, ces traitements sont onéreux et restent largement à la charge des patients. Cela représente une charge financière considérable pour de nombreuses personnes, souvent déjà fragilisées par leur état de santé. L'INAMI doit rendre ce soin accessible à toutes celles et ceux qui en ont besoin.

Monsieur le ministre, allez-vous assurer la pérennité de ce caisson?

03.06 Frank Vandenbroucke, ministre: Je n'ai pas reçu d'informations spécifiques sur le caisson hyperbare à Charleroi, mais ce n'est pas un problème isolé. L'exploitation d'une chambre à oxygène hyperbare a fait l'objet d'études menées par le KCE en 2008 et 2016. Mais ces études n'ont toutefois pas abouti à des recommandations permettant de résoudre les problèmes que l'on mentionne.

Sur la base des données de facturation pour les prestations remboursées par l'INAMI, il apparaît qu'en 2023 et 2024, 3 486 prestations ont été facturées, dont 666 à Charleroi. Le reste est réparti sur les autres caissons hyperbares.

Des analyses antérieures semblent montrer que l'exploitation financière d'un caisson sur la base d'un simple financement par nomenclature n'est pas viable, en raison des coûts élevés du personnel, de la nécessité de disposer d'une équipe spécialisée, du respect des critères de sécurité requis et de la facturation limitée des prestations. Mais je voudrais souligner que la rentabilité financière d'une activité spécifique au sein d'un hôpital ne peut pas être considérée séparément des flux financiers globaux au sein d'un hôpital, où l'on sait que certains services sont plus rentables que d'autres.

La réforme en cours de la nomenclature qui évalue le coût des actes médicaux sur la base des données hospitalières devrait apporter plus de clarté et de transparence à ce sujet. D'ailleurs, je serais également intéressé de savoir si les autres hôpitaux qui ont un caisson menacent également de le fermer.

Concernant la quatrième question, le premier élément du débat concerne la détermination des indications cliniques de l'oxygénothérapie hyperbare (OHB). En ce qui concerne l'efficacité de l'OHB, l'étude du KCE de 2008 a montré à l'époque qu'il n'y avait pas encore suffisamment de preuves scientifiques pour étendre le remboursement à un certain nombre de pathologies, allant de trois séances pour l'intoxication au CO à 40 séances pour les plaies du pied diabétique. Il a également été souligné qu'il était nécessaire de mener des essais cliniques randomisés sur l'efficacité et le coût des traitements par OHB. Une revue *Cochrane* du KCE est arrivée à la même conclusion en 2016, à savoir l'absence de recommandations fortes dans la littérature pour la plupart des indications en raison de l'absence d'essais randomisés.

Compte tenu de cela, aucun budget supplémentaire pour l'oxygénothérapie hyperbare n'a été retenu dans les accords médico-mutualistes précédents ni dans les procédures budgétaires. Si la conclusion de cette discussion démontre qu'une offre étendue s'avère nécessaire, une bonne répartition géographique peut être envisagée, par exemple via un certain nombre de centres de référence. Afin d'aboutir à un financement correct, une nouvelle analyse des coûts devra être effectuée en fonction du nombre de patients attendus par centre et du nombre de séances de traitement prévues. Il est clair que l'extension des indications existantes, du nombre de séances par indication et du nombre de centres entraînera un surcoût important, pour lequel aucun budget n'est actuellement prévu.

En conclusion, nous pouvons donc affirmer qu'une analyse approfondie et un débat sont nécessaires. Toutefois, dans le contexte budgétaire actuel, les solutions ne seront pas évidentes.

03.07 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je ne peux bien sûr me réjouir de ce qui vient d'être dit. Vous avez conclu en affirmant qu'une analyse approfondie et un débat étaient nécessaires, mais que le contexte budgétaire ne laissait aucune marge. J'entends qu'une série d'analyses ont été effectuées il y a un certain temps, en 2008 et en 2016, et qu'elles n'ont pas apporté de preuves suffisantes d'efficacité. À vous entendre, en ajoutant les problèmes budgétaires au manque de preuves d'efficacité résultant d'études – qui sont malgré tout datées –, ce caisson hyperbare pourrait donc être supprimé.

Vous dites par ailleurs que la rentabilité ne doit pas s'évaluer uniquement sur la base des caissons hyperbares, mais dans les flux globaux dans les hôpitaux. Je ne dois pas vous rappeler que la presse relatait hier soir et ce matin qu'en raison des 900 millions d'économies prévues dans le budget 2026, les hôpitaux n'auront d'autre choix que de licencier du personnel et/ou d'augmenter les tarifs pour les patients. Cela n'augure rien de bon pour l'avenir des caissons hyperbares.

Votre réponse ne me semble pas laisser le moindre espoir à terme pour ce caisson hyperbare et cela me désole. J'espère que vous pourrez demander une analyse plus poussée et revoir la politique de remboursement de l'INAMI.

03.08 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je suis surpris que vous n'ayez pas été informé. Sachez que, chez nous, cela fait deux mois qu'on en parle presque tous les jours. Et regardez aujourd'hui le front commun wallon face à vous pour vous interpellier sur cette question qui nous inquiète. Je suis étonné que votre cabinet n'ait pas fait un minimum de recherches pour savoir qu'effectivement, on s'en inquiétait depuis deux mois.

Même si je comprends que certaines indications puissent être discutées, vous ne pouvez quand même pas enlever que les intoxications au monoxyde de carbone, les accidents de plongée et les embolies gazeuses sont des réelles urgences médicales qui ne permettent pas un transfert des patients de manière éloignée. Je suis donc très inquiet.

Le caisson hyperbare est quelque chose d'utile en médecine. Sachez aussi que, tous les dix ans – et on va y arriver maintenant –, ce caisson doit être démonté complètement, ce qui coûte encore plus cher. Maintenant, je comprends très bien que, dans un hôpital, des actes soient déficitaires et d'autres rentables.

Je me demande aussi pourquoi ce réseau assume apparemment à lui seul ce coût exorbitant d'un demi-million d'euros par mois. Comment se fait-il qu'il n'y ait pas un partage entre les réseaux hospitaliers wallons de la région pour la prise en charge commune de ce caisson bien utile à tout le monde? Vos services, monsieur le ministre, pourraient éventuellement se renseigner, susciter l'intérêt du réseau INAMI – peut-être l'ont-ils déjà fait – et frapper à la porte des réseaux voisins voire un peu plus éloignés – en province de Hainaut surtout mais aussi, pourquoi pas, à Namur – en vue de partager ces frais de santé indispensables.

La **présidente**: Ce serait ainsi une espèce d'intercommunale, un partage de frais. Pourquoi pas?

03.09 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, on sait que le cadre budgétaire est très compliqué et que vous avez aussi des choix difficiles à faire. Mais il ne faut toutefois pas oublier de soutenir nos hôpitaux qui ont été durement impactés par la période covid et le coût de la vie.

Comme vous l'avez mentionné dans notre accord de gouvernement, n'oublions pas non plus l'accessibilité géographique et pensons aux patients wallons qui n'ont plus que le CHU de Charleroi pour ce rendez-vous médicalisé spécialisé.

Il n'en reste plus que six et, comme vous l'avez également dit, le but n'est peut-être pas d'être rentable mais en tout cas de pouvoir s'y retrouver et de trouver des solutions.

Notre contact, Jonathan Arvicus, infirmier hyperbariste à Charleroi – qui nous suit en *live* et que je salue –, nous a aussi parlé du cas de Liège qui a fermé voici deux ou trois ans. Il y avait aussi le projet

de rouvrir, qui est tombé à l'eau à cause de son coût estimé à plusieurs millions d'euros. Jonathan a lancé une pétition pour sauver le caisson du CHU de Charleroi; il vise les 25 000 signatures.

À long terme, le traitement hyperbare coûte moins cher que la prise en charge des complications médicales qu'il permet d'éviter. C'est donc quand même un joli paradoxe économique.

03.10 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je ne serai pas redondant par rapport à l'excellente conclusion de ma collègue Julie Taton.

Je vais essayer de rester positif. J'ai quand même entendu que vous laissiez une porte entrouverte et qu'un débat était nécessaire. Je ne manquerai donc pas de suivre ce dossier tout comme ma collègue Taton et les autres collègues de Wallonie, pour éviter que ce caisson hyperbare ne ferme en région de Charleroi. Ce caisson présente de l'utilité pour toute une région. Vous évoquiez des statistiques, nous en sommes à près de 20 % des consultations du pays à Charleroi. Ce caisson est vraiment d'utilité publique et il faudra combler ces 500 000 euros d'une manière ou d'une autre, avec la mutualisation ou encore en suivant une autre piste au niveau des remboursements des mutuelles aux patients. Tout cela pourrait être débattu autour d'une table ronde.

03.11 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Merci monsieur le ministre. Les informations que vous nous transmettez ne sont évidemment pas rassurantes. J'entends qu'il s'agit de la situation financière et budgétaire dans laquelle vous vous trouvez. Ou plutôt, de la situation dans laquelle vous et vos collègues avez décidé de vous trouver, parce que financer ou pas des soins de santé est un choix politique. Le fait de choisir d'investir des milliards dans la défense, d'investir dans des F-35 mais, à côté de cela, de définancer la santé, relève de choix politiques.

Chers collègues des Engagés et du MR, j'entends votre ardeur à défendre le caisson hyperbare, mais j'espère que vous partis viendront au secours du ministre Vandenbroucke dans les négociations budgétaires qui nous attendent dans les prochains jours, pour faire en sorte que de telles technologies, dont nous avons besoin pour sauver des vies, ne soient pas définancées. En 2025, il est inconcevable d'imaginer se priver d'un tel outil pour les personnes qui sont intoxiquées au monoxyde de carbone ou pour les plongeurs. Mes parents sont plongeurs, et je suis très inquiète d'entendre des nouvelles comme celle-là. Oui, en effet, il faut des budgets pour la santé, pour les caissons hyperbares et pour de nombreuses autres missions que requièrent les soins de santé pour sauver des vies.

La **présidente:** Tentons tout de même de rester optimistes. Nous continuons à espérer et nous comptons sur vous, monsieur le ministre, pour défendre ce sujet, parmi d'autres choses, au niveau du budget.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme du paysage hospitalier" (56007421C)

04 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van het ziekenhuislandschap" (56007421C)

04.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, le groupe d'experts chargé en mars 2025 par la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique de formuler des recommandations en vue de la réforme du paysage hospitalier a rendu un premier rapport intermédiaire qui a été présenté lors d'une CIM le 9 juillet dernier. Dans ce rapport, le groupe d'experts semble avoir défini la méthode de travail qu'il entendait mettre en place et avoir identifié les huit chantiers prioritaires pour les six prochains mois en vue d'aboutir aux recommandations attendues.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous indiquer la méthode de travail fixée par le groupe d'experts et les huit chantiers identifiés? Un calendrier plus précis a-t-il pu être établi? Les recommandations du groupe d'experts seront-elles bien finalisées fin de cette année comme prévu initialement? Comment la réflexion de ces experts s'intègre-t-elle avec la réforme du financement et de la nomenclature actuellement en discussion?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, il est important de rappeler que le groupe de travail d'experts est indépendant. Il est chargé de présenter un rapport d'ici la fin de l'année. Comme vous l'avez dit, lors de la dernière CIM, le 9 juillet, le rapport intermédiaire du groupe de travail d'experts a effectivement été présenté avec huit chantiers prioritaires. L'objectif est de discuter en CIM des priorités, après réception du rapport final, et de les intégrer dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier.

À ce stade, il n'y a pas de lien direct avec la réforme de la nomenclature actuellement en cours et donc du financement. Cependant, il est possible que des liens se forment à l'avenir, notamment au moment de la mise en œuvre d'un nouveau système de financement pour le paysage hospitalier.

04.03 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir repris mes questions, mais vous ne m'avez pas fourni de réponse, à part le fait que ce rapport doit être présenté fin d'année en CIM. Dès lors, pourrais-je vous demander qu'un retour et un débat aient lieu ici sur ce qui aura été discuté, afin que nous puissions, en tant que parlementaires, avoir notre mot à dire?

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Questions jointes de

- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'endométrieuse" (56007424C)
- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'endométrieuse" (56007500C)
- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'endométrieuse" (56008194C)
- Rajae Maouane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'endométrieuse" (56008195C)
- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'endométrieuse" (56008849C)

05 Samengevoegde vragen van

- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Endometrieuse" (56007424C)
- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Endometrieuse" (56007500C)
- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Endometrieuse" (56008194C)
- Rajae Maouane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Endometrieuse" (56008195C)
- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Endometrieuse" (56008849C)

05.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, notre gouvernement s'est engagé à élaborer un plan d'action pour l'endométrieuse qui pourra être mis en œuvre dans le courant de l'année 2025."

En avril dernier, en réponse à des questions parlementaires, vous indiquiez que "grâce à la résolution adoptée en avril 2023 et au rapport 2024 du KCE, nous pouvons aujourd'hui réaliser des avancées importantes. Nous travaillons à l'élaboration d'un modèle de soins à deux niveaux, comprenant des cliniques de l'endométrieuse au sein de chaque réseau hospitalier ainsi que des centres d'expertise suprarégionaux pour les interventions complexes et les soins spécialisés. Les cliniques de l'endométrieuse seront dotées d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé qui coopéreront en vue d'une approche de soins efficace et intégrée. Nous voulons, en outre, briser le tabou de l'endométrieuse et mettre l'accent sur la formation des prestataires de soins. Un groupe de travail composé d'experts et d'associations de patientes se penche sur les questions de l'agrément des cliniques de l'endométrieuse et de la nomenclature."

Monsieur le ministre, je souhaite dresser un état des lieux de la situation, vu que nous sommes presque à la fin de l'année 2025. Qu'en est-il du plan d'action évoqué dans l'accord de gouvernement? Où en

êtes-vous dans son élaboration et quel est l'agenda de sa mise en œuvre? Où en est l'élaboration du modèle de soins à deux niveaux? Comment comptez-vous mieux former les prestataires de soins au problème de l'endométriose? Des discussions ont-elles lieu avec les entités fédérées au sujet de la formation de ces professionnels? Pourriez-vous nous éclairer sur le groupe de travail auquel vous faisiez référence: sa composition, le calendrier des réunions, les objectifs précis, le travail déjà accompli et encore à réaliser? Enfin, quand espérez-vous disposer des conclusions de ce groupe de travail?

05.02 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, ik sluit me aan bij wat collega Ramlot al heeft verteld, want de diagnose en behandeling van endometriose blijven een grote uitdaging in ons land. Naar schatting lijdt een op de tien vrouwen aan die aandoening. De ziekte heeft niet alleen een enorme impact op de fysieke en mentale gezondheid van de patiënten, maar ook op hun professionele en sociale leven.

Zoals al werd gezegd, staat de aanpak van endometriose op de agenda. In het huidige regeerakkoord is voorzien dat een actieplan ontwikkeld en uitgevoerd zou worden. Tijdens de vorige legislatuur werden er al constructieve gesprekken gevoerd met verschillende belangenorganisaties en experts uit het werkveld. In navolging daarvan en ook naar aanleiding van uw eerdere toelichting in het voorjaar in het Parlement, zijn er gesprekken geweest met het RIZIV over de terugbetaling van bepaalde handelingen en de erkenning van expertisecentra, zoals daarnet al werd gezegd, vandaar mijn vragen, mijnheer de minister.

Kunt u een stand van zaken geven over de ontwikkeling en implementatie van het actieplan inzake endometriose?

Welke concrete stappen zijn de afgelopen maanden ondernomen in overleg met belangenorganisaties, zorgverleners en andere betrokken partijen, ook vanuit de deelgebieden?

Wat is de huidige status van de gesprekken met het RIZIV over een eventuele terugbetaling van diagnose en behandelingen en over de gespecialiseerde centra voor de behandeling van endometriose?

05.03 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, comme vous le savez sans doute, l'endométriose est une maladie chronique qui touche environ une femme sur dix en âge de procréer. Elle se caractérise par la présence de tissus semblables à l'endomètre en dehors de l'utérus, provoquant des douleurs souvent intenses, des règles invalidantes, des troubles de la fertilité et une altération importante de la qualité de vie. Pourtant, malgré sa prévalence et ses conséquences majeures, elle demeure encore trop souvent méconnue, sous-diagnostiquée et insuffisamment prise en charge dans notre pays.

Certes, des progrès sont à constater: on en parle davantage, les tabous se brisent et on documente de plus en plus la maladie. Toutefois, de cruelles insuffisances subsistent et les moyens manquent. En Belgique comme ailleurs, les patientes attendent en moyenne sept à dix ans avant d'obtenir un diagnostic précis, faute de formation spécifique des professionnels de la santé, de campagnes d'information adaptées et de moyens suffisants pour des examens spécialisés.

Cette errance médicale aggrave non seulement la souffrance des femmes, mais entraîne également un coût économique et social considérable, tels l'absentéisme au travail, la perte de productivité, le recours répété aux soins d'urgence, etc.

D'autres pays européens, comme la France, ont récemment adopté des plans nationaux de lutte contre l'endométriose, intégrant la sensibilisation, le dépistage précoce, la recherche scientifique, etc. La Belgique doit elle aussi passer à l'action.

Monsieur le ministre, si vous avez déjà évoqué la mise en place d'un plan d'action national en ce sens, qu'en est-il à ce jour? Le gouvernement entend-il élaborer ce plan comme d'autres États européens? Quels moyens budgétaires et quelles actions concrètes envisagez-vous? Quelles mesures comptez-vous mettre en place pour garantir aux patientes un accès équitable à des centres spécialisés?

05.04 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, l'endométriose touche de nombreuses femmes et bouleverse leur vie au quotidien. J'ai déjà eu l'occasion de vous interpeller à quelques reprises sur

cette maladie. Comme vous l'avez alors rappelé, il n'existe pas de guérison définitive et trop de patientes restent confrontées à des douleurs chroniques ou à une errance médicale.

En avril 2024, vous avez présenté un plan ambitieux, basé sur le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) et sur la concertation avec les associations de patientes. Vous avez annoncé plusieurs mesures essentielles concernant la formation des médecins, des cliniques multidisciplinaires, des centres de référence pour les cas les plus lourds, ainsi qu'un plan d'action concret, avec des propositions attendues dès la fin de l'année 2024 pour intégrer les financements nécessaires au budget 2025.

Monsieur le ministre, tant les patientes et leurs proches que les associations attendent des résultats concrets. Où en est ce plan d'action? Quelles mesures ont-elles été effectivement mises en œuvre? Les cliniques et centres de référence sont-ils déjà identifiés et en voie de reconnaissance? Comment comptez-vous garantir une meilleure formation des médecins et un accès plus rapide à un diagnostic fiable? Quelles ressources budgétaires sont-elles mobilisées pour que les promesses d'hier deviennent aujourd'hui des solutions concrètes?

05.05 **Minister Frank Vandenbroucke:** U weet dat er een plan van aanpak rond endometriose werd opgesteld, op basis van onder andere de KCE-studie. Ik denk dat u ook de onderdelen daarvan kent. Het gaat over de organisatiestructuur, namelijk het uitwerken van een zorgnetwerk van endometrioseklinieken rond een endometriose-expertisecentrum, dat samen met andere expertisecentra een nationaal netwerk vormt.

Ook moet de nomenclatuur van de chirurgie worden aangepast. De Technische Geneeskundige Raad werkt momenteel al aan een specifieke verstrekking voor de complexe endometriosechirurgie, in overleg met de wetenschappelijke vereniging voor gynaecologen.

Verder is er de kwestie van kwaliteitsborging. We moeten kwaliteitsindicatoren hebben, evenals klinische zorgpaden en gestructureerde, gestandaardiseerde rapporten voor pathologie en chirurgie en minimale verpleegkundige gegevens. We moeten ook de huisartsen en artsen-specialisten sensibiliseren en moeten in opleidingen voorzien.

Het is belangrijk dat het grote publiek correcte en toegankelijke informatie krijgt, uiteraard op wetenschappelijke basis. Het betreft dan toegankelijke informatie over wat een normale menstruatie is en wie men moet contacteren bij hevige bloedverlies of pijn.

Ten slotte is er een zesde element, namelijk de rol van pijnstillers en hormonale behandeling en de kostprijs daarvan.

Une discussion avec les organisations de patientes a été entreprise avant l'élaboration de ce plan. Des consultations ont ensuite eu lieu avec les associations scientifiques. Des consultations supplémentaires avec les organisations de patientes sont toujours en cours d'organisation.

Un groupe de travail global chargé de suivre le projet et ses différentes composantes va être constitué. Pour chaque partie, un groupe particulier d'experts s'occupera des préparatifs. Les informations seront régulièrement transmises au groupe de travail global. Dès que celui-ci aura progressé significativement dans une ou plusieurs pistes explorées par les parties, les informations vous seront transmises.

05.06 **Carmen Ramlot (Les Engagés):** Monsieur le ministre, dans la foulée de vos réponses d'avril dernier, vous aurez compris que ma question ne portait pas sur le "si", mais avant tout sur le "quand" et le "comment", vu que le plan était prévu pour la fin de l'année. En tout cas, je vous remercie de vos réponses. Je pense que les dames qui souffrent quotidiennement de l'endométriose comptent sur vous, tout comme moi je compte sur vous pour vous en souvenir.

05.07 **Jan Bertels (Vooruit):** Bedankt voor uw antwoord, mijnheer de minister. Het is belangrijk dat het plan van aanpak verder wordt geconcretiseerd met de werkgroep, de globale werkgroep en de actieve subwerkgroepen. Verschillende parlementsleden zullen u daarover regelmatig bevragen en we zullen daarover misschien ook wel informatie van u ontvangen.

Ik stel ook met genoeg vast dat de Technische Geneeskundige Raad samen met de gynaecologen

bezig is een advies of voorstel uit te werken met betrekking tot een wijziging van de nomenclatuur. Hopelijk kan dat in de komende weken worden geconcretiseerd.

05.08 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Merci pour les réponses. Je suis contente que des choses se mettent en place, même si c'est toujours assez lent.

Sous la précédente législature, plusieurs initiatives avaient été lancées, aussi bien au niveau des identités fédérées qu'au niveau fédéral. J'avais par exemple pu soutenir un projet pilote de détection de l'endométriose bas seuil au sein d'un centre de planning. C'est un projet qui avait fort bien fonctionné parce qu'il permet de toucher un autre public que celui qui a accès à des spécialistes, de réduire les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous – étant donné les délais qu'on connaît dans notre pays pour avoir un rendez-vous chez le spécialiste – et aussi, du coup, de faire en sorte que certaines patientes puissent passer par les centres de planning plutôt que par l'engorgement de tout le réseau des gynécologues.

Ce sont des projets intéressants à valoriser pour être certains de couvrir un large spectre et de faire en sorte que les personnes, quelles que soient leurs origines sociales, puissent avoir une prise en charge à la hauteur des difficultés qu'entraîne cette maladie. Je vous remercie.

05.09 Ludivine Dedonder (PS): Pour ma part, je suis déçue puisque, la dernière fois, on nous avait promis des propositions dès la fin 2024 pour une intégration dans le budget 2025. Nous sommes fin 2025, et non seulement on ne voit rien venir, mais on nous dit qu'on va seulement mettre en place un groupe de travail, que des consultations ont eu lieu et que d'autres sont en cours. Ça veut dire qu'on est un an plus tard et qu'on n'a toujours pas de proposition, donc ce ne sera pas intégré dans le budget 2026 non plus, et qu'on va se reparler l'année prochaine en espérant peut-être que d'ici là, il y a quelque chose qui se soit mis en place.

Si je le dis ici, c'est pour être le relais de toutes ces femmes qui en souffrent et qui attendent autre chose que des rapports, surtout qu'on leur avait promis de l'action. Elles attendent une prise en charge qui soit digne et efficace.

Je vous en conjure, mettez le turbo, parce que la douleur chez ces dames, elle n'attend pas. Merci.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le don de sang des HSH" (56007429C)

06 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Bloeddonatie door MSM's" (56007429C)

06.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, en juin 2022, notre Parlement a adopté, à l'initiative des socialistes, une proposition permettant de réduire la période d'exclusion du don de sang des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) à 4 mois, alors qu'elle était encore de 12 mois dans notre pays. Cette mesure est effective depuis juillet 2023.

Comme nous l'avons déjà répété à maintes reprises, les critères liés au don de sang doivent continuer à être évalués et à évoluer car la Belgique est clairement à la traîne aujourd'hui. Comme l'ont fait le Royaume-Uni, la France, et plus récemment les Etats-Unis, nous devons purement et simplement supprimer le critère d'exclusion à l'égard des hommes homosexuels et bisexuels. Seuls les comportements à risques, qu'ils soient pratiqués par un ou une hétérosexuel(le) ou par un ou une homosexuel(le) ou par un ou une bisexuel(le), doivent en effet faire l'objet d'une exclusion au don de sang. En juillet dernier, juste avant la pause estivale, le ministre de la Santé en Région wallonne, M. Yves Coppieters, a d'ailleurs indiqué avoir interpellé le gouvernement fédéral – et donc vous-même, monsieur le ministre – pour mettre fin à ce qu'il qualifie également de discrimination.

Monsieur le ministre, une concertation avec les entités fédérées a-t-elle bien eu lieu à ce sujet? Quand la prochaine évaluation relative aux conditions liées au don de sang aura-t-elle lieu? Un groupe de travail se penche-t-il actuellement sur la question? Des discussions sont-elles menées avec l'ensemble des centres de prélèvement dans ce cadre? Dans l'affirmative, quels blocages subsistent-ils? Quand

peut-on espérer une suppression pure et simple de ce critère?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Désir, conformément à l'arrêté royal du 25 octobre 2018 concernant l'évaluation des critères d'exclusion temporaire et les périodes d'exclusion connexes pour les donneurs concernant le comportement sexuel, les informations et données scientifiques que nous collectons en Belgique sur les dons de sang, le comportement sexuel à risque et les données épidémiologiques pertinentes – par exemple la situation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en Belgique – sont évaluées chaque année. En fonction de cela, une révision de ces critères peut être effectuée tous les deux ans.

L'arrêté royal mentionne les tâches que doivent effectuer à cet égard les établissements de transfusion sanguine, la direction générale des Soins de santé du SPF Santé publique, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) et Sciensano.

La première concertation annuelle sur les critères d'exclusion temporaire et les périodes d'exclusion connexes des donneurs concernant le comportement sexuel a eu lieu en décembre 2019 et la dernière en décembre 2024. Les rapports jusqu'en 2023 sont disponibles sur les sites internet du SPF et de l'AFMPS. La prochaine concertation aura lieu en décembre de cette année.

En premier lieu, je tiens à signaler que ma première responsabilité en tant que ministre de la Santé publique consiste à prendre les mesures nécessaires pour garantir la qualité et la sécurité du sang et des produits sanguins donnés et utilisés en Belgique. Les différents rapports d'évaluation, y compris celui de décembre 2024, confirment qu'il est essentiel de continuer à suivre les comportements à risque, y compris l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) parmi les donneurs.

Le rapport d'évaluation de décembre 2024 fait part d'une augmentation en 2023 du nombre de nouveaux diagnostics du VIH, y compris chez les hommes ayant eu des rapports sexuels avec les hommes. La diminution constante du nombre de nouveaux diagnostics observée depuis 2013 s'est bel et bien terminée en 2020. Le rapport attire l'attention sur le fait que pour les utilisateurs de la PrEP, le principe non détectable et non transmissible ne s'applique pas aux transfusions sanguines.

En outre, le traitement rend la détection d'une infection plus difficile. De plus, on estime qu'il existe un risque que la prise de ce médicament provoque à tort un sentiment de sécurité et que, dès lors, les personnes concernées ne mentionnent pas l'utilisation de ce traitement ou leur comportement à risque accru. Comme la plupart des personnes qui prennent ce médicament sont des hommes appartenant au groupe visé, il y a des inquiétudes dans le chef de certains établissements de transfusion sanguine.

Les changements de politique qui ont eu lieu aux Pays-Bas et au Royaume-Uni fourniront des informations précieuses, concernant aussi bien les données épidémiologiques que les mesures d'accompagnement qui ont été prises en ce qui concerne l'évaluation individuelle des candidats donneurs.

J'ai demandé aux administrations compétentes, à savoir le SPF Santé publique et l'AFMPS de préparer une comparaison internationale à ce sujet.

06.03 Caroline Désir (PS): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour votre réponse.

J'en retiens que vous êtes là pour garantir la qualité et la sécurité du sang, ce qui est essentiel. Cependant, nous constatons que cela n'a pas empêché d'autres pays de faire évoluer leur position. Nous devons absolument mener une politique volontariste dans ce domaine, car cela demeure une source de discrimination. J'entends avec plaisir que vous avez demandé une comparaison internationale et que vous allez examiner ce qui s'est fait dans les autres pays, afin de voir si des éléments sont transposables. Je vous encourage vivement à aller plus loin dans ce domaine.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le soutien apporté aux patients souffrant de fibromyalgie" (56007437C)

07 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De steun voor fibromyalgiepatiënten" (56007437C)

07.01 **François De Smet** (DéFI): Monsieur le ministre, la fibromyalgie a été reconnue par l'OMS en 2019 comme douleur chronique généralisée. C'est une maladie chronique qui résulte d'une dysfonction du système nerveux central amplifiant anormalement la perception de la douleur. Cela provoque des douleurs diffuses, une fatigue intense, des troubles du sommeil et des difficultés cognitives.

On estimerait que près de 300 000 personnes en souffrent en Belgique, surtout des femmes, et qu'elles souffrent malheureusement dans un certain silence puisque cette maladie a la particularité d'être invisible à double titre. Elle est invisible sur le plan médical car aucun test ni examen standard ne permet aujourd'hui de l'objectiver clairement. Elle est invisible aussi socialement car il s'agit d'un handicap qui ne se voit pas mais qui épuise chaque jour ceux et celles qui en souffrent. Cette double invisibilité retarde la reconnaissance institutionnelle et fragilise les patients dans leur vie professionnelle et sociale.

Il y a évidemment des choses qui ont été faites déjà dans notre pays. Il y a une résolution parlementaire adoptée à la Chambre en 2011 qui a posé les jalons d'une reconnaissance de cette maladie.

Depuis le 1er mai 2023, l'INAMI permet aux patients d'obtenir le remboursement de 60 séances de kinésithérapie par an à tarif préférentiel à condition qu'un spécialiste ait confirmé le diagnostic. Au-delà de ces 60 séances, le remboursement devient dégressif, ce qui reste très insuffisant pour une pathologie chronique et complexe. Bien sûr, certains patients peuvent accéder aux centres de douleur pour requérir une approche pluridisciplinaire, mais ces centres sont territorialement inégalement répartis et saturés.

Monsieur le ministre, envisagez-vous de permettre sous cette législature le remboursement au-delà des 60 séances de kinésithérapie prises en charge déjà par l'INAMI? Envisagez-vous la mise en place d'un trajet de soins spécifique pour la fibromyalgie, à l'instar de ce qui existe par exemple pour le diabète ou la sclérose en plaques?

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La kinésithérapie peut tout à fait être utile pour certains patients atteints de fibromyalgie. C'est la raison pour laquelle la fibromyalgie figure parmi les pathologies de la liste dite "Fb", qui ouvre aux patients le droit de bénéficier d'un plus grand nombre de séances de kinésithérapie dans lesquelles l'assurance maladie intervient à un tarif plus élevé, afin que le coût pour le patient soit moins élevé.

Dans le cadre de la liste Fb, comme dans d'autres listes, à l'issue de ces séances remboursées au tarif le plus élevé, le traitement peut se poursuivre sous certaines conditions. Chaque année civile, à l'issue des 60 séances remboursées au meilleur tarif de remboursement, 20 séances supplémentaires sont soumises à un tarif de remboursement intermédiaire – non négligeable. Ce n'est qu'à l'issue de ces 80 séances que la dégressivité est plus marquée.

Au 1^{er} janvier de chaque année, le compteur est remis à zéro et le patient peut à nouveau bénéficier de séances remboursées au tarif le plus élevé. Nous sommes conscients du fait que certains malades ont de lourdes charges financières et autres à supporter. L'amélioration du remboursement des frais de santé par l'assurance maladie est une mission à laquelle nous travaillons constamment. En ce qui concerne le secteur de la kinésithérapie, nous développons diverses initiatives qui peuvent contribuer à des soins qualitatifs et accessibles. Les règles de la nomenclature sont déterminées et constamment examinées au niveau de l'INAMI en vue de mieux répondre aux besoins des patients.

Quant à la prise en charge subventionnée de la fibromyalgie, même s'il est impossible de savoir dans quelle direction les modalités de prise en charge pourraient évoluer à l'avenir, il n'y a, à l'heure actuelle, aucune demande visant à modifier ces modalités de la part des partenaires qui prennent part aux organes de concertation du secteur. J'examinerai néanmoins avec intérêt toute proposition en ce sens. Évidemment, ces propositions devront être bien motivées et compatibles avec le cadre budgétaire, et correspondre à l'esprit *appropriate care* et aux objectifs de soins de santé.

Pour répondre à votre deuxième question, il n'existe actuellement pas de trajet de soins spécifique pour la prise en charge de la fibromyalgie. Cependant, l'assurance maladie-invalidité intervient déjà dans différents aspects de la prise en charge des patients atteints de fibromyalgie, tels que la kinésithérapie, les consultations chez les médecins, les médecins spécialistes, les cliniques de la douleur et les médicaments. À ce jour, je ne suis pas convaincu de la plus-value d'un tel trajet dans ce contexte, mais je suis bien entendu à l'écoute de propositions motivées sur cette question.

07.03 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour vos réponses, vos précisions, et votre ouverture. Je l'entends en tout cas comme telle. Je suis en contact avec plusieurs personnes qui souffrent de fibromyalgie. Pour certaines d'entre elles, la vie est réellement un enfer à cause des douleurs, de la fatigue morale, mais aussi à cause de l'incapacité à travailler, ou à mener une vie de famille, à leur grand regret. Je pense par exemple à une maman qui souffre de fibromyalgie, et qui a un petit garçon autiste dont elle doit s'occuper. Elle est en conflit avec sa mutuelle parce qu'elle ne parvient pas à la convaincre de la gravité de la situation.

Je crois que cette maladie souffre d'une carence de reconnaissance et de l'absence d'un trajet de soins coordonné par le médecin généraliste, et de manière interdisciplinaire. Je crois que nous pouvons faire mieux, même dans le contexte budgétaire que nous connaissons. Vous avez dit être ouvert à la discussion. Je ferai en sorte moi-même qu'on puisse revenir vers vous avec des propositions plus concrètes, ou bien le secteur le fera. Je vous remercie.

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

08 Samengevoegde vragen van

- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De illegale verkoop van afslankmiddelen" (56007438C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De illegale online verkoop van GLP-1-analogen met misbruik van logo's" (56007526C)

08 Questions jointes de

- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La vente illégale de produits amincissants" (56007438C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La vente illégale en ligne d'analogues du GLP-1 avec utilisation abusive de logos" (56007526C)

08.01 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, recente berichtgeving in de media heeft gewezen op de toenemende illegale verkoop van geneesmiddelen, zoals GLP-1-analogen – in de volksmond afslankmiddelen of eetlustremmers – via sociale media en andere onlinekanalen. Die praktijken vormen een ernstig risico voor de volksgezondheid, daar er geen controle is op de samenstelling en dosering van die illegaal aangeboden producten.

Mijnheer de minister, hoe controleert het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten de onlineverkoop van illegale geneesmiddelen? Welke specifieke methodes en instrumenten worden ingezet om de illegale aanbiedingen op te sporen en hopelijk te verhinderen?

Zijn er al succesvolle acties ondernomen om de misleidende advertenties voor GLP-1-analogen, die zelfs onrechtmatig gebruikmaken van logo's van officiële instanties als het FAGG, de FOD Volksgezondheid en/of het RIZIV, te laten verwijderen? Als dat al gelukt is, kunt u ons zeggen in hoeveel gevallen het al gelukt is, en welke aanbieders het meest actief zijn?

Welke stappen onderneemt het FAGG – dat de controles uitvoert – om de illegale verkopers en distributeurs van die producten te identificeren en te vervolgen? Zijn er al boetes of andere sancties opgelegd, of op weg om opgelegd te worden?

08.02 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, de inleiding is gegeven. Ik beperk me tot het stellen van mijn bijkomende vragen.

Werden er al daders of netwerken geïdentificeerd? Werd het parket daarbij betrokken?

Is er al samenwerking met socialemediaplatformen voor snelle meldprocedures? Zijn er al afspraken gemaakt om zulke advertenties onmiddellijk te verwijderen?

Komt er een bijkomende sensibiliseringsactie bij huisartsen of apothekers, zodat iedereen weet dat zulke online-aanbiedingen illegaal zijn? Het staat niet in mijn schriftelijke vraag, maar ik denk nu aan een publiciteit van openbaar nut die op de VRT kan verschijnen, vlak voor het nieuws. Dat zou ook handig kunnen zijn.

Zijn er meldingen van patiënten die dergelijke producten hebben aangekocht en die schadelijke gevolgen hebben ervaren?

Wat gebeurt er op Europees niveau inzake grensoverschrijdende illegale onlineverkoop?

Zoals mijn collega heeft gezegd, worden er hiervoor doelbewust officiële logo's misbruikt. Zal daar juridisch of administratief nog iets bijkomends aan worden gedaan? Het gaat immers om een bijkomende misdaad, die moet worden gesanctioneerd. De overname van onze logo's ondermijnt immers volledig het vertrouwen in de gezondheidszorg.

08.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Bertels, mevrouw Bury, er is een samenwerkingsverband met bepaalde sociale media, wat het mogelijk maakt om berichten snel te laten verwijderen. Met andere platformen wordt zo'n samenwerking nagestreefd.

Wanneer het gaat om websites die vervalste geneesmiddelen aanbieden, dan wordt de hostingprovider of domeinnaambeheerder opgespoord. Bevindt die zich in België of in Europa, dan kan de site eenvoudig offline worden gehaald. In de andere gevallen wordt de toegang beperkt via het Belgian Anti-Phishing Shield, in samenwerking met de FOD Economie.

In augustus werden we op de hoogte gebracht van advertenties op Facebook waarin GLP-1-analogen te koop werden aangeboden, met gebruik van onder meer het FAGG-logo. Twee betrokken websites met adressen in de Verenigde Staten konden niet aan België worden gelinkt. Er werd een proces-verbaal opgesteld door de procureur des Konings. Samen met de FOD Economie wordt gewerkt aan de verwijdering of blokkering van die advertenties. Dat is de enige melding waarbij logo's van het FAGG of van andere administraties werden misbruikt. Voor zover bekend hebben geen patiënten dergelijke producten effectief aangekocht of gebruikt met schadelijke gevolgen.

Het FAGG publiceerde een communicatie via zijn website en sociale media en bereidt voor 2026 een bredere informatiecampagne voor over illegale praktijken, vervalste geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en frauduleus gebruik van lichaamsmateriaal. Samenwerking vindt plaats op Europees niveau via de Working Group of Enforcement Officers en internationaal via het Permanent Forum on International Pharmaceutical Crime. In grensoverschrijdende dossiers spelen Europol, Eurojust en Interpol een bemiddelende rol.

De illegale verkoop van geneesmiddelen wordt volgens de wet van 25 maart 1964 bestraft met geldboetes tot 120.000 euro en gevangenisstraffen tot een jaar. Kleinere inbreuken kunnen aanleiding geven tot een minnelijke schikking. Ernstige dossiers worden aan het parket bezorgd.

08.04 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Het is belangrijk dat publiek bekendgemaakt wordt dat er sancties en straffen in de wet staan en dat de illegale verkoop van geneesmiddelen streng wordt bestraft. Het is ook goed dat er al een proces-verbaal door de procureur des Konings is opgemaakt en dat het parket betrokken wordt.

Daarnaast is het heel belangrijk dat de samenwerking met de FOD Economie gehandhaafd blijft en wordt versterkt, zodat de websites die we kunnen verwijderen – we weten allemaal dat we niet alles kunnen verwijderen op het wereldwijde web – ook daadwerkelijk worden verwijderd. Illegale geneesmiddelen waarvan de kwaliteit niet bewezen is en die verkeerde doseringen bevatten, vormen een groot risico voor de volksgezondheid. Dat moeten we tegengaan. Ik ben blij dat het FAGG, de controle-instantie, daarvan al werk maakt en in het voorjaar van 2026 ook een brede communicatiecampagne zal voeren.

08.05 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Wat u over die Europese samenwerking zegt, klinkt zeker goed. Ik hoorde ook dat het voor Amerikaanse websites plots geblokkeerd wordt en dat daarvoor geen oplossing kan worden gevonden. Dat is toch wel een heel groot probleem, want het blijft zich in de praktijk voordoen.

Mijn echtgenoot, die huisarts is, vertelde mij twee weken geleden nog dat er patiënten met een GLP-1-product naar zijn praktijk kwamen. Er was hen verteld dat ze zichzelf daarmee dienden te injecteren. De nodige gerechtelijke stappen zijn daarvoor uiteraard gezet. Ze hadden dat product ontvangen van iemand van wie ze dachten dat hij arts was, maar de man die het had voorgeschreven, bleek een coach te zijn. Dat toont aan dat het dweilen met de kraan open is.

Ik zou graag opgelucht zijn door van u te kunnen vernemen dat er geen slachtoffers zijn, dat er geen mensen zijn die schade door dergelijke producten hebben opgelopen, maar ik vrees dat dat niet zal blijven duren. Die schade zal er komen. De slachtoffers zullen zich melden, maar die producten zullen blijven circuleren. Er is echt nood aan een directe, globale actie, met actieve waarschuwingen en snelle meldlijnen.

U zegt dat er contact is geweest met sociale mediaplatformen. Voor andere platformen zegt u dat het zal worden nagestreefd, maar ik heb daarvoor geen timing gehoord. Het is absoluut noodzakelijk dat alle hens aan dek worden gezet, want mensen gaan zich gewoon vergiftigen.

Daarnaast baart het mij zorgen dat officiële overheidssymbolen worden misbruikt. Daar moeten echt zware sancties tegenover staan. Wanneer mensen de logo's van het FAGG en van het RIZIV zien op een verpakking, schendt dat het vertrouwen in de hele volksgezondheid wanneer nadien blijkt dat de producten niet echt en zelfs schadelijk zijn.

De waarschuwingen kunnen dus veel feller. De burger moet echter ook actief worden beschermd. Op dat vlak blijven we tot op vandaag in gebreke.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le plan cancer" (56007458C)

09 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het kankerplan" (56007458C)

09.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): *Monsieur le ministre, l'accord de gouvernement prévoit que, "en collaboration avec les entités fédérées, nous élaborons de nouveaux plans d'action pour détecter et traiter les maladies à temps. Dans ce cadre, nous appliquons une approche globale qui tient compte de la compétence de chacun pour atteindre des objectifs de sante conjoints. Un nouveau plan cancer doit notamment voir le jour. (...) Nous travaillons en étroite collaboration avec les fondations et les ligues concernées afin d'intégrer l'expertise et l'expérience acquises sur le terrain, ce qui permet de mieux aligner nos plans d'action sur les besoins des patients et de soutenir plus largement les objectifs en matière de santé."*

Lors des échanges au sujet de votre NPG, vous avez indiqué ceci : "On travaille déjà d'arrache-pied à la préparation du Plan cancer, en collaboration avec les différentes parties prenantes et associations de patients. L'objectif est de disposer d'une première version du nouveau Plan cancer d'ici la fin de l'année. Une collaboration avec les entités fédérées sera organisée ultérieurement."

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes:

Pourriez-vous nous éclairer quant à l'élaboration du nouveau plan cancer?

Quelles concertations ont déjà été menées?

Quel travail a déjà été réalisé et qu'est-ce qui reste encore à faire?

Quel est le calendrier des travaux?

Je vous remercie pour vos réponses.

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Le nouveau plan cancer est en cours d'élaboration. À cette fin, un comité de pilotage a été créé au début de cette année réunissant l'INAMI, Sciensano, le SPF Santé publique et mon cabinet. Ce comité s'est réuni pour la première fois en mars 2025, et mensuellement depuis, pour discuter des priorités au niveau fédéral.

Des réunions bilatérales ont par ailleurs été organisées avant l'été entre mon cabinet et les représentants des différentes entités fédérées pour discuter des priorités et projets de chaque gouvernement par rapport au cancer. Ce sujet a également été évoqué, et il le sera encore, au sein du GTI Prévention.

Sur base d'une analyse approfondie de la littérature scientifique, de mémorandums d'organisations nationales et internationales ainsi que d'exemples internationaux, le comité de pilotage a identifié les besoins belges et de grands objectifs à atteindre pour ce nouveau plan.

Une session d'information destinée aux parties prenantes a alors été organisée, au cours de laquelle les ambitions du plan ont été présentées, ainsi que la méthodologie et le rôle que les différentes parties prenantes peuvent et doivent prendre dans l'élaboration de ce plan.

En effet, différents ateliers thématiques sont organisés en septembre et octobre, avec des représentants des parties prenantes. Des représentants des cabinets et administrations des autres niveaux de pouvoir sont également présents lors de ces ateliers. Une attention particulière a été portée à la composition équilibrée de ces groupes thématiques afin que l'ensemble des intérêts et expertises soient dûment représentés. La première moitié de ces ateliers a déjà eu lieu et les retours du terrain sont positifs.

Les travaux de rédaction du plan se poursuivront donc dans les prochains mois, également sur base des informations récoltées lors des consultations. Les actions concrètes qui devront être développées dans le plan seront identifiées et approfondies, avec la rédaction de fiches par action.

Une attention particulière sera également portée à la coordination avec les autres projets et plans en cours d'élaboration, comme le plan maladies rares, de sorte à assurer une cohérence du travail.

Une grande importance sera également accordée au suivi et à l'évaluation du plan, qui seront explicités dans un chapitre spécifique du plan même.

Il a été décidé, lors du dernier groupe de travail interfédéral prévention, que de nouvelles réunions bilatérales avec les autres cabinets et administrations seront organisées après les ateliers thématiques. Ce sera l'occasion de clarifier la collaboration interfédérale qui doit soutenir ce plan.

En résumé, le processus est lancé, les étapes préparatoires sont franchies et la large consultation des parties prenantes est en cours. Nous visons un plan cancer 2026-2030 abouti, détaillé et largement soutenu au cours de l'année 2026.

09.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Merci monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56007468C de Mme Irina De Knop est transformée en question écrite.

10 Questions jointes de

- Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès direct à la kinésithérapie" (56007473C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès à la kinésithérapie sans prescription" (56008145C)

10 Samengevoegde vragen van

- Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Rechtstreekse toegang tot kinesitherapie" (56007473C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegang tot kinesitherapie zonder voorschrift" (56008145C)

10.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): *Monsieur le ministre, l'accord de gouvernement prévoit que "Les patients auront un accès direct au kinésithérapeute pour les troubles légers et modérés, sans orientation obligatoire par le médecin généraliste. Une concertation doit toutefois avoir lieu entre le kinésithérapeute et le médecin généraliste. Pour les pathologies complexes, l'obligation d'orientation restera d'application."*

Le Conseil fédéral de la kinésithérapie a émis un avis le 18 mars 2025 "sur un accès direct à la kinésithérapie sous conditions". Le Conseil supérieur des médecins généralistes et des médecins spécialistes a émis un avis le 13 juin 2024 dans lequel il s'était déclaré ouvert à un assouplissement des procédures existantes qui permettrait une meilleure accessibilité et une simplification administrative, et prêt à participer à une concertation, une recherche et une préparation en vue de définir les modalités de cet accès direct.

Lors des échanges au sujet de votre NPG en mai 2025, vous avez indiqué attendre "dans les prochains mois un avis consolidé du Conseil supérieur des médecins et du Conseil fédéral de la Kinésithérapie concernant l'accès direct à la kinésithérapie pour les patients souffrant de troubles légers à modérés." Vous vous êtes également engagé à "effectuer le travail réglementaire nécessaire sur la base de cet avis".

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a émis un nouvel avis en juin 2025 dans lequel il décrit certaines conditions de cet accès direct en vue d'assurer la sécurité, l'accessibilité et l'efficacité des soins.

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes:

Est-ce que l'avis émis par le conseil supérieur des médecins en juin 2025 est l'avis consolidé que vous évoquiez lors de votre note de politique générale?

Quelles suites allez-vous donner aux différents avis reçus?

Est-ce qu'une concertation est encore prévue avec les kinés et les médecins?

Dans quel délai pouvons-nous espérer un cadre clair dans lequel les patients auront un accès direct à la kinésithérapie pour les troubles légers et modérés?

Je vous remercie pour vos réponses.

10.02 Frieda Gijbels (N-VA): *Mijnheer de minister, u kondigde onlangs inderdaad aan dat patiënten vanaf volgend jaar bij milde klachten rechtstreeks bij een kinesitherapeut terecht kunnen zonder voorafgaand doktersvoorschrift. Daarnaast zouden ook teleconsultaties bij de kinesitherapeut mogelijk worden en eveneens worden terugbetaald. Die hervormingen hebben tot doel de toegankelijkheid tot kinesitherapie te verbeteren en tegelijk de druk op de eerstelijnszorg te verlichten. Ik heb hierover enkele vragen om meer duidelijkheid te krijgen.*

Zal het doktersvoorschrift volledig verdwijnen of blijft het voor bepaalde klachten of behandelingen verplicht?

Voor welk type klachten of pathologieën zou de rechtstreekse toegang tot kinesitherapie in eerste instantie worden toegestaan?

Op welke manier zal de samenwerking en communicatie tussen kinesitherapeuten en huisartsen worden georganiseerd en gewaarborgd?

10.03 Frank Vandenbroucke, ministre: En ce qui concerne l'accès direct à la kinésithérapie, j'avais en effet demandé un avis consolidé du Conseil fédéral de la Kinésithérapie et du Conseil supérieur des médecins. L'objectif était d'obtenir un avis commun, reflétant un consensus, afin de permettre une modification de la législation à court terme. À ce jour, nous disposons de deux avis distincts émanant des deux conseils, sans qu'un avis consolidé n'ait encore été établi.

Ce n'est pas nécessairement une mauvaise nouvelle. Lors de la préparation de ces avis, au sein d'un groupe de travail paritaire, les deux délégations se sont considérablement rapprochées.

We zijn er nog niet, maar men werkt aan convergentie. We moeten in deze fase duidelijk afbakenen in welke situaties rechtstreekse toegang tot kinesithérapie geen wezenlijke risico's inhoudt. Musculoskeletale aandoeningen, bijvoorbeeld lage rugpijn, zouden als eerste concreet toepassingsgebied kunnen dienen. Daarnaast is het noodzakelijk om bijkomende voorwaarden verder te preciseren, bijvoorbeeld inzake communicatie en desgevallend de beperking van het aantal kinesitherapie sessies voor een voorafgaand medisch consult.

Le groupe de travail paritaire reprendra prochainement ses travaux sur la base des deux avis existants. Une attention particulière sera portée à la communication entre le médecin et le kiné, ainsi qu'à d'éventuelles précisions de condition. Le groupe de travail rédigera un projet d'avis complémentaire, tenant compte des remarques et préoccupations exprimées dans les documents de mars et de juin.

Je crois qu'il est vraiment souhaitable que les deux conseils élaborent une approche commune. Les deux professions devront adapter et renforcer leur communication et leur coopération afin de mettre en œuvre une réforme réaliste et partagée.

Mevrouw Gijbels, ik heb daarmee niet al uw vragen beantwoord, net omdat sommige zaken nog het voorwerp van discussie uitmaken.

10.04 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. J'entends qu'on avance et qu'on ne recule pas. Vous savez très bien que les kinés l'attendent, mais aussi les patients et les médecins, puisque beaucoup de troubles sont de toute façon déjà initiés sans prescription dans la pratique. C'est bien qu'on puisse régulariser cela au plus vite.

Je reviendrai vers vous en fin d'année pour savoir si on a avancé sur le sujet et si on peut annoncer à nos amis les kinés qu'au 1^{er} janvier 2026, vous trouverez une solution.

10.05 Frieda Gijbels (N-VA): We zijn zeker niet het eerste land dat die richting uitgaat. In andere landen bestaat die rechtstreekse toegang al langer. Het is heel belangrijk dat vooral goed wordt overlegd en dat een goede communicatie blijft bestaan met de huisarts. We moeten er uiteraard over waken dat geen ernstige pathologie over het hoofd wordt gezien en dat er een degelijke verslaggeving is naar de huisarts. Dat zijn volgens mij zaken die goed moeten worden opgevolgd.

De huisartsen zijn ook enigszins ongerust, omdat ze hadden begrepen dat er achteraf toch nog voorschriften zouden moeten worden opgemaakt. Ze vreesden bijkomend papierwerk en administratieve rompslomp. Daarom is het belangrijk hen daarin gerust te stellen en goed met hen te overleggen.

Ik denk, eerlijk gezegd, dat de maatregel er mee voor zou kunnen zorgen dat periodes van arbeidsongeschiktheid korter worden en dat mensen sneller kunnen worden geholpen. In die zin kan hij ook deel uitmaken van onze hervormingsplannen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le soutien au vecteur hélicoptère" (56007475C)

11 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De steun voor de helihavens" (56007475C)

11.01 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): À l'initiative des Engagés, l'accord du gouvernement prévoit explicitement la "reconnaissance définitive du vecteur hélicoptère afin d'assurer la pérennité des deux structures hélicoptérées médicales actuelles (Bruges et Bra)". En juin dernier, en réponse à des questions parlementaires, vous avez indiqué avoir demandé un avis au Conseil fédéral de l'aide médicale urgente (CFAMU) à ce sujet et attendre cet avis après l'été. Vous avez également précisé ceci: "Sur cette base, je demanderai éventuellement un budget complémentaire à mes collègues du gouvernement".

Où en est la reconnaissance définitive du vecteur hélicoptère à laquelle le gouvernement s'est engagé? Avez-vous reçu l'avis du Conseil fédéral de l'aide médicale urgente? Vous êtes-vous concerté avec les acteurs concernés afin de bien prendre conscience de leur réalité sur le terrain, de leurs besoins, de leurs spécificités? Dans l'affirmative, quelles sont les conclusions de cette concertation? À défaut, entendez-vous organiser une telle concertation, qui nous semble essentielle pour apporter une réponse adéquate aux besoins et aux réalités de terrain dans un objectif d'accessibilité de soins de qualité pour les patients? Quelles sont les prochaines étapes dans ce dossier?

11.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Comme première étape, j'ai demandé une clarification du nouvel avis du Conseil fédéral de l'aide médicale urgente. Étant donné les avis précédents du Conseil fédéral de l'aide médicale urgente sur le même sujet, j'ai demandé au Conseil comment interpréter ce nouvel avis à la lumière des avis antérieurs, et j'attends sa réponse pour le 15 octobre.

11.03 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Je me permets une petite parenthèse pour rappeler que malgré l'existence de deux structures dans notre pays, une bonne partie du Hainaut et du Sud du Hainaut dont je suis originaire n'est pas couverte par le vecteur hélicoptère. Pour les citoyens de ma région qui paient les mêmes impôts que tous les Belges, en plus de ne pas avoir une couverture hélicoptérée, nous n'aurons peut-être bientôt plus de caisson hyperbare. Les situations géographiques varient d'une région à l'autre: dans ma région, il faut déjà du temps pour acheter une aspirine et le Samu met lui aussi 20 à 30 minutes à arriver. J'espère donc que nous pourrions trouver des solutions d'avenir pour aider les citoyens de ma région lorsqu'ils ont besoin d'interventions d'urgence.

La **présidente**: Vous aurez remarqué, monsieur le ministre, la présence ici d'Hainuyers "très engagés"!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le manque de places en psychiatrie pour les mineurs" (56007483C)

12 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het plaatsgebrek in de kinder- en jeugdpsychiatrie" (56007483C)

12.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, comme vous le savez, le drame survenu lorsqu'une adolescente de 17 ans a été placée dans une unité pour adultes, faute de place en pédopsychiatrie, et y a été victime d'un viol, a profondément choqué l'opinion publique. Vous avez annoncé une enquête à ce sujet, ce que je salue.

Cependant, ce drame illustre une réalité plus large, qui ne se limite pas à la Flandre. En Wallonie et à Bruxelles également, le manque de places en psychiatrie pour mineurs est dénoncé depuis des années par les professionnels. Les services de pédopsychiatrie à Tournai, Mons, Namur et Liège ou encore dans le Brabant wallon signalent régulièrement des listes d'attente interminables. Des situations où des jeunes en crise suicidaire doivent attendre des semaines avant d'être hospitalisés, faute de solutions adaptées. Il n'est pas admissible que des patients soient renvoyés faute de place au sein d'une

institution adaptée.

Ce type de témoignage se multiplie. C'est évidemment intolérable. Les patients se retrouvent seuls, confrontés à eux-mêmes. Et pour certains, la fin sera fatale. Le drame dont nous discutons en témoigne. Ces situations mettent en danger les jeunes concernés, mais aussi les équipes soignantes déjà épuisées par le manque chronique de personnel et le taux de rotation élevé.

Monsieur le ministre, quel est aujourd'hui l'état des lieux précis du nombre de lits de pédopsychiatrie en Wallonie, le taux d'occupation, l'ampleur du déficit estimé? Quelles mesures concrètes avez-vous prises, en collaboration avec la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Région wallonne, pour créer de nouvelles places et réduire ces délais d'attente? Comment pouvez-vous garantir qu'aucun mineur ne soit encore hospitalisé dans une unité pour adultes, avec les risques que cela comporte? Quelles initiatives envisagez-vous pour renforcer la stabilité des équipes en pédopsychiatrie, alors que les conditions de travail actuelles entraînent un turnover important et fragilisent la qualité des soins?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, pour la Région wallonne, l'espace d'occupation est de 191 lits pour l'hospitalisation complète (lits K) et également de 191 lits pour l'hospitalisation de jour ou de nuit (lits k). En Wallonie, 215 lits sont agréés pour l'hospitalisation complète et 176 pour l'hospitalisation de jour ou de nuit.

Sur la base des données les plus récentes du Résumé Psychiatrique Minimal (RPM) de 2023, nous constatons que, pour l'hospitalisation complète, les lits hospitaliers pédopsychiatriques atteignent un taux d'occupation de 83,3 %. En Région wallonne, il est de 69,3 %. En ce qui concerne les lits pour hospitalisation de jour ou de nuit, les taux d'occupation sont beaucoup plus faibles: 54,3 % pour la journée et 14,5 % pour la nuit. En Wallonie, ils atteignent respectivement 54,8 % et 24,8 %.

Les besoins locaux varient. C'est pourquoi nous travaillons ensemble avec tous les acteurs actifs dans les réseaux de santé mentale pour les enfants et adolescents. Les mesures déjà prises visent à faciliter l'accès aux soins, à réduire les délais d'attente et à améliorer l'articulation entre les soins semi-résidentiels, ambulatoires et mobiles afin de garantir une prise en charge sécurisée et adaptée aux jeunes présentant des troubles psychiques complexes. En même temps, ces mesures renforcent aussi les équipes en pédopsychiatrie.

Depuis 2021, nous avons renforcé les équipes mobiles de crise et de longue durée et les services pédopsychiatriques. Ensuite, nous avons créé des équipes de liaison, corrigé la distribution inégale de l'offre de soins de lits et le traitement de jour pédopsychiatrique en Région wallonne. Nous avons investi dans la collaboration et l'offre pour l'âge de transition et déficience intellectuelle, ainsi que dans l'amélioration de la qualité des soins via des référents dans chaque réseau de santé mentale pour enfants et adolescents.

Depuis la fin 2023, le gouvernement fédéral travaille avec les entités fédérées sur plusieurs projets visant à renforcer la capacité de prise en charge des crises en santé mentale. L'accord gouvernemental prévoit d'étendre la programmation et le financement jusqu'à 17 ans. Une demande d'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) est en préparation. Des questions en rapport avec l'utilisation des lits (cf. les taux d'occupation ci-dessus) et les groupes cibles seront également posées.

L'augmentation de la capacité nécessitera une collaboration et une coordination entre budgets fédéraux et entités fédérées.

12.03 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, merci pour ces réponses.

Vous parlez souvent de la santé mentale. Nous sommes d'ailleurs dans la Semaine de la santé mentale. A cette occasion, cette commission réalisera une série d'auditions pendant toute la journée de demain.

Je voulais, par cette question, taper une fois de plus sur le clou – si je puis m'exprimer ainsi – pour faire en sorte que des budgets soient consacrés à la santé mentale. Il y en a, il en faut encore, parce que, malheureusement, la situation empire chaque jour.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les nitazènes" (56007484C)

13 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Nitazenen" (56007484C)

13.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, la presse a récemment relayé la présence en Belgique de nitazènes. C'est un opioïde de synthèse extrêmement puissant, qualifié de drogue invisible, car difficile à détecter. L'arrivée de cette drogue représente un risque majeur pour la santé publique, avec un potentiel d'overdoses et de mortalité encore plus élevé que le fentanyl.

À ce stade, de quelles données récentes disposez-vous quant à la détection de cette nouvelle drogue en Belgique? Quels moyens sont mis en place pour améliorer sa détection rapide dans les hôpitaux, les services de secours et les analyses toxicologiques? Une campagne de sensibilisation est-elle prévue auprès des professionnels de la santé ainsi que du grand public? Enfin, la Belgique coopère-t-elle avec ses voisins et au niveau européen pour un suivi transfrontalier de cette drogue, ainsi qu'une harmonisation des outils de détection?

13.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Les détections de nitazène dont nous avons connaissance via le réseau du système d'alerte précoce pour les drogues en Belgique sont les suivantes.

Une saisie de métonitazène en 2024 et deux décès en 2024 où du protonitazépyne a été détecté. Dans l'un des deux cas, la substance venait du Canada et avait été achetée en ligne avec l'intention de l'utiliser pour se suicider. Dans l'autre cas, nous n'avons pas plus d'informations à l'heure actuelle et une conclusion ne peut donc être tirée quant au rôle de la substance dans le décès.

En avril 2025, du N,N-dimethyletonitazène a été détecté dans huit comprimés de contrefaçon présentés comme de l'oxycontin. Ces comprimés ont été saisis alors qu'ils transitaient vers l'Italie. Une augmentation en Europe est constatée de ces faux comprimés d'oxycodone contenant du nitazène. Le N,N-dimethyletonitazène a été détecté cette année également en Finlande, Suède et en Suisse.

Deuxièmement, la base de données de l'Agence européenne des drogues est partagée par un réseau de laboratoires spécialisés où les détections de nouvelles substances renseignées permettent aux laboratoires d'avoir accès aux données des spectres de ces nouvelles molécules, évitant donc d'avoir à acheter des coûteux standards de référence.

Sciensano soutient également le réseau de laboratoires avec des analyses et/ou informations dans le cas où il y aurait la suspicion de la présence d'une substance, mais pas la capacité de la détecter au sein d'un laboratoire.

Troisièmement, le système d'alerte précoce belge pour les drogues a envoyé en novembre 2024 une fiche d'information sur les nitazènes à son réseau de laboratoires et hôpitaux, encourageant les partenaires à vérifier que leur librairie de molécules chimiques est à jour et de signaler lorsque des cas similaires se présentent.

Les campagnes de sensibilisation du grand public sont de la compétence des Communautés et Régions.

Quatrièmement, l'unité drogues de Sciensano fait partie du système d'alerte précoce pour les drogues européen, coordonné par l'EUDA, l'Agence européenne des drogues. Dans ce cadre, des réunions périodiques ont lieu avec des collègues européens. Des contacts *ad hoc* peuvent également être établis avec des collègues de pays voisins lorsque nécessaire, comme récemment lors d'une communication venant de l'Institut Trimbos des Pays-Bas, concernant un autre cas de comprimés d'oxycodone de contrefaçon contenant des nitazènes.

13.03 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les bancs solaires" (56007486C)

14 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Zonnebanken" (56007486C)

14.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) vient de rappeler que l'utilisation des bancs solaires est aussi dangereuse pour la santé que le tabac ou l'amiante, en raison de son lien direct avec les cancers de la peau. Le conseil Supérieur de la Santé préconisait déjà en 2017 une interdiction des bancs solaires et de tous les dispositifs émettant des UV artificiels accessibles au public. L'arrêté royal du 20 juin 2002 définit les conditions d'exploitation des centres de bronzage.*

Monsieur le ministre,

Disposez-vous de données récentes sur la prévalence des cancers cutanés liés à l'usage des bancs solaires en Belgique?

Est-ce qu'une concertation avec le ministre de l'Économie est en cours? Si oui, pourriez-vous nous informer à ce sujet? Envisagez-vous de renforcer la réglementation concernant l'utilisation des bancs solaires, voire d'interdire ceux-ci? Est-ce que des campagnes de prévention pour sensibiliser la population, à l'instar des campagnes antitabac, sont envisagées?

Je vous remercie pour vos réponses.

14.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Ramlot, je vous remercie pour votre question qui soulève un enjeu important de santé publique. L'Organisation mondiale de la Santé a récemment rappelé que l'exposition aux rayonnements ultraviolets (UV) artificiels, notamment via les bancs solaires, constitue un facteur de risque avéré pour le développement de cancers cutanés.

Le Conseil Supérieur de la Santé, dans son avis n° 9216 publié en juin 2017 a examiné les données scientifiques les plus récentes sur l'utilisation des sources artificielles de rayonnements UV en Belgique. Il y est clairement établi que les rayonnements UV, y compris ceux émis par les bancs solaires, jouent un rôle à la fois dans l'initiation et la promotion des cancers de la peau.

En Belgique, les cancers cutanés sont aujourd'hui les plus fréquents parmi l'ensemble des cancers. Cela étant, nous ne disposons pas à ce jour de données récentes permettant de quantifier précisément la part attribuable à l'usage des bancs solaires. Cela ne remet toutefois pas en cause notre vigilance, car les risques sont bien établis au niveau international. Comme vous le mentionnez, la réglementation des bancs solaires relève de la compétence du ministre de l'Économie. Néanmoins, compte tenu de leur impact sur la santé publique, mon cabinet s'impliquera dans les discussions à ce sujet. Celles-ci n'ont pas encore eu lieu.

En ce qui concerne la prévention, celle-ci relève des entités fédérées et il leur appartient d'organiser des campagnes de sensibilisation sur les risques liés à l'exposition aux rayonnements UV artificiels. Nous nous concertons régulièrement avec les entités fédérées sur les thématiques de prévention dans le cadre d'un groupe de travail spécifique de la Conférence interministérielle.

14.03 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Merci monsieur le ministre. Effectivement, le cancer de la peau est un des cancers les plus courants, les plus virulents et aussi les plus compliqués à soigner. Le fait que les bancs solaires puissent accentuer les risques n'est pas une bonne chose. Je compte sur votre vigilance et, à cet égard, votre réponse me rassure. J'ajouterai qu'une peau bronzée ne vaut pas une vie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'interdiction du TPO dans les produits cosmétiques" (56007487C)

15 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het verbod op TPO in cosmetica" (56007487C)

15.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, l'Union européenne a décidé d'interdire le TPO (triméthylbenzoyl diphénylphosphine oxyde), dans les produits cosmétiques à partir du 1er septembre 2025. Cette substance était considérée précédemment comme "suspectée" d'être cancérigène, mutagène et reprotoxique et est désormais considérée comme "présumée" cancérigène, mutagène et reprotoxique. Le 25 août dernier, le SPF a communiqué au sujet de cette interdiction.*

Dans ce contexte,

Comment se fait-il que la communication du SPF Santé publique soit si tardive? Est-ce que les professionnels concernés ont été informés avant?

Quelles mesures sont prises par le SPF Santé publique pour contrôler la présence de substances interdites ou dangereuses dans les cosmétiques mis sur le marché en Belgique? Est-ce qu'une campagne de contrôles du respect de la nouvelle réglementation est envisagée à court terme?

Quelles campagnes de prévention ou d'information sont prévues pour sensibiliser les consommateurs, en particulier les jeunes, aux risques liés à certains produits cosmétiques comme les vernis semi-permanents?

Pourriez-vous nous éclairer sur le travail mené à l'échelon européen au sujet des cosmétiques?

Je vous remercie pour vos réponses.

15.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Premièrement, avant chaque réunion européenne, le SPF Santé publique informe et consulte les parties intéressées concernant les sujets qui seront débattus lors des réunions européennes. Les participants ont donc été avertis, dès la mi-mars 2024, de la classification du TPO dans le règlement CLP – s'ils n'étaient pas déjà au courant – et de l'interdiction du TPO au 1^{er} septembre de cette année. Ces associations ont transmis cette information à leurs membres. Les comptes rendus des réunions européennes sont aussi publiés sur le site de la Commission européenne et accessibles à tous.

Par ailleurs, un certain nombre de *stakeholders* avaient pris contact avec le SPF quant à cette interdiction durant les mois de mai et juin. Suite à la réunion PEMSAC, la plate-forme des responsables cosmétiques européens de la surveillance du marché, le SPF Santé publique a recontacté chacun d'entre eux pour leur confirmer que l'interdiction s'étendait à toute la chaîne de distribution, en ce compris aux professionnels utilisant les produits sur leurs clients.

De plus, durant les mois d'avril, mai et juin, une campagne de contrôle s'est déroulée dans les salons de beauté, à la fois dans le cadre du contrôle dit "classique", mais également pour les informer de la future interdiction. Afin de rappeler l'approche imminente de l'interdiction de la semaine dernière, la SPF Santé publique a décidé d'envoyer un message sur les réseaux sociaux et, de même, la Commission a rédigé un Q&A fin août.

Deuxièmement, les produits cosmétiques font l'objet de contrôles réguliers, les produits non conformes sont saisis et détruits. Pour vous donner un ordre d'idée, en 2024, sur 1 240 contrôles non conformes, plus de 400 avertissements ont été émis, ainsi que près de 700 procès-verbaux.

Étant donné l'attention médiatique de ces derniers temps, il a été décidé de commencer une campagne de contrôle dans les prochaines semaines, en se concentrant premièrement sur les grossistes. Lors de ces contrôles, mes services iront également intimer aux distributeurs un rappel des produits auprès de leurs clients, si des produits non conformes ont été vendus après la date butoir. Si les produits ont été achetés avant le 1^{er} septembre, le distributeur sera invité à prendre contact avec les clients fournis ces six derniers mois afin de les informer de la nouvelle réglementation.

Après cette première phase de contrôle, les salons de beauté feront l'objet de contrôles, en particulier ceux ayant été précédemment contrôlés en avril, mai ou juin lors de la campagne de prévention lancée

par le service Inspection des produits de consommation.

Cependant, en cas de plainte ou de présence de produits non conformes lors de contrôles aléatoires, des dispositions seront prises en cas d'infraction. Une méthode d'analyse est également en développement pour pouvoir faire des échantillonnages en cas de doute sur la composition affichée.

Troisièmement, tous les produits cosmétiques font l'objet d'une évaluation toxicologique. Afin que ces produits soient sûrs, cette obligation est européenne et est de la responsabilité des opérateurs. Ils doivent donc s'assurer que le mode d'emploi permet de protéger tous les consommateurs qui utilisent leurs produits. Il n'existe pas de risque particulier identifié pour les vernis semi-permanents chez les adultes.

Les enfants doivent éviter les produits destinés aux adultes. Le SPF Santé publique a, par exemple, demandé aux fédérations de ne pas promouvoir leurs produits par des enfants si ces produits ne leur sont pas destinés. Les substances CMR font l'objet de restrictions strictes dans le règlement cosmétique pour protéger tous les consommateurs.

Quatrièmement, au niveau européen, il y a plusieurs types de travaux effectués. Certains sont de type réglementaire, comme la mise à jour des annexes autorisant, restreignant ou interdisant certaines substances suite aux évaluations de sécurité du Comité scientifique européen ou comme l'omnibus annuel des CMR. D'autres sont plus techniques ou pratiques, comme la délimitation de produits borderline, la mise à jour de la recommandation sur les produits solaires, la cosmétovigilance, etc., par des groupes de travail *ad hoc*.

Au niveau du Conseil, le règlement européen fait l'objet de propositions dans le cadre de la stratégie européenne de simplification. En parallèle, une consultation publique s'est finie fin juillet dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité de la réglementation. Des interviews ciblées des *stakeholders* doivent avoir prochainement lieu, avant le rapport de la Commission mi-2026, évaluant l'utilité ou non de réviser le règlement.

15.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Je vous remercie pour cette réponse très précise et détaillée, monsieur le ministre.

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

16 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De werking van het noodnummer 1733" (56007496C)
- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het nummer 1733" (56007707C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De lange wachttijden bij een oproep naar het centraal noodnummer 1733" (56007716C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het correcte gebruik van de noodnummers 112 en 1733" (56008466C)

16 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le fonctionnement du numéro d'urgence 1733" (56007496C)
- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le 1733" (56007707C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les longs délais d'attente en cas d'appel au numéro d'urgence central 1733" (56007716C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'utilisation correcte des numéros d'urgence 112 et 1733" (56008466C)

16.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, er zijn de laatste tijd wel wat klachten binnengelopen over het centraal oproepnummer 1733.

Ik ga meteen over naar mijn vragen. Hoeveel klachten over de wachttijden en de onbereikbaarheid van 1733 heeft de FOD Volksgezondheid de afgelopen maanden ontvangen? Hoeveel patiënten moesten volgens uw informatie uitwijken naar spoeddiensten wegens de onbereikbaarheid van het nummer 1733? Hoe beoordeelt u de impact van dat probleem op kwetsbare groepen, zoals ouderen en bewoners van woonzorgcentra? We lezen in de pers immers dat daar problemen zijn geweest.

Hoe is de taakverdeling vandaag precies geregeld tussen de FOD Volksgezondheid en de FOD Binnenlandse Zaken met betrekking tot het nummer 1733? Waar ligt de eindverantwoordelijkheid? Voorziet u in maatregelen om het personeelstekort in de noodcentrales op te lossen? Op welke kortetermijnmaatregelen kan worden gerekend om de dienstverlening te garanderen?

Hoe wordt de werking van 1733 momenteel gemonitord wat betreft de wachttijden, de foutpercentages en de doorverbindingen? Kunt u mij de recentste cijfers meedelen?

16.02 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, le fonctionnement du 1733, numéro d'appel unique pour l'organisation de la garde médicale, rencontre depuis un certain temps des difficultés liées à un manque de personnel. Selon *De Standaard*, le temps d'attente pour joindre un médecin généraliste de garde peut atteindre 45 minutes. Les patients, les plus vulnérables en particulier, ne seraient plus pris en charge et ceux qui ne peuvent joindre personne se rendent souvent aux urgences, qui sont alors surchargées.

Dans la lettre de mission envoyée par le gouvernement à l'INAMI dans le cadre de la préparation du budget des soins de santé 2025, un accent particulier semble être mis sur l'optimisation des postes de garde des médecins généralistes. Le gouvernement prévoit d'introduire des téléconsultations dans ces services, en complément du triage via le numéro 1733. Par ailleurs, le gouvernement prévoit de généraliser le dispositif de triage à l'ensemble des postes de garde d'ici le 1^{er} juillet 2026, en concertation avec le ministre de l'Intérieur.

Enfin, la lettre mentionne que si les engagements de financement des postes de garde ne sont pas suffisants, une alternative consisterait à déléguer le triage aux médecins eux-mêmes, financés en conséquence. Un triage contraignant sera également développé dans les services d'urgence afin d'éviter les consultations non urgentes.

Monsieur le ministre, comment envisagez-vous l'intégration des téléconsultations dans les services de garde? La présence d'un médecin est-elle envisagée? Des concertations ont-elles récemment été menées avec les représentants des médecins généralistes dans ce cadre? Estiment-ils vraiment envisageable d'opérer eux-mêmes le triage, faute d'engagements suffisants au sein du 1733? Comment envisagez-vous la mise en œuvre d'un triage contraignant dans les services d'urgence? Des discussions avec les fédérations hospitalières ont-elles eu lieu dans ce cadre?

16.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, een efficiënte en goed functionerende noodhulpverlening begint bij het correct gebruik van de noodnummers 112 en 1733. Daarom is het noodzakelijk om mensen goed in te lichten over het juiste gebruik van die nummers. Dat draagt bij aan een efficiëntere verdeling van de beschikbare middelen en voorkomt onnodige interventies.

In uw beleidsnota 2025 lezen we: "Het bewustmaken van burgers over de gevolgen van hun oproep kan bijdragen aan een verhoogd kostenbewustzijn en een meer doordacht gebruik van de noodnummers. Ik wens hier in 2025 concrete stappen in te zetten."

Een bijkomende maatregel is het ontwikkelen van een pre-triagetool. U schreef dat het de bedoeling is om daarvoor in 2025 nog een openbare aanbesteding te lanceren. Verder had u het ook over een ambitieus gemeenschappelijk marshallplan om de digitale vaardigheden van de burgers te versterken.

De alarmcentrales hebben al meermaals aan de alarmbel getrokken om het personeelstekort aan te kaarten. Een correct gebruik van de noodnummers kan uiteraard de druk op de noodcentrales verminderen, maar lost het personeelstekort op zich niet op. Daarbij is het nummer 112 uw bevoegdheid en het nummer 1733 de bevoegdheid van de minister van Veiligheid en Binnenlandse Zaken. Samenwerking tussen beide ministers is dus zeker noodzakelijk.

Ik heb daarover enkele vragen.

Welke concrete stappen zijn er al gezet in het sensibiliseren van de burgers? Slaat die sensibilisering ook aan? Met andere woorden, zien we al een vermindering van het aantal onnodige oproepen?

Hoe verloopt de samenwerking met de minister van Veiligheid en Binnenlandse Zaken? Werd de openbare aanbesteding al uitgeschreven en kunt u een concrete timing geven voor het verdere verloop? Hoe verloopt de samenwerking tussen de federale Staat – u dus – en de gefedereerde entiteiten?

Wat is de stand van zaken van het ambitieuze gemeenschappelijke marshallplan om de digitale vaardigheden van de burgers te versterken? Werden de patiëntenverenigingen in dezen al gehoord?

16.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Om te beginnen wil ik bevestigen dat een centraal oproepnummer, zoals 1733, heel wat voordelen biedt, zeker voor mensen die hulp zoeken. Er is dan één herkenbaar en uniform contactpunt, met een gecentraliseerde triage, met gestandaardiseerde protocollen, waardoor elke oproep in België op dezelfde kwaliteitsvolle manier wordt behandeld, ongeacht de regio of de wachtpost. Verder zorgt de triage ook voor een efficiënter gebruik van de hulpbronnen, omdat telkens het geschiktste interventiemiddel wordt ingezet. Tot slot ontlast de triage de medische wachtposten, aangezien niet-dringende vragen en levensbedreigende oproepen meteen naar de juiste kanalen worden doorgestuurd. Terugkeren naar een systeem zonder triage via een noodcentrale is wat mij betreft dan ook niet aan de orde.

Ceci étant, je reconnais que le temps d'attente pour le numéro d'urgence 1733 est un souci légitime. Pendant les mois d'été, le temps d'attente a effectivement augmenté fortement pendant certains week-ends, surtout le samedi.

Plusieurs causes expliquent ce temps d'attente. Il y a tout d'abord le sous-effectif des centrales d'urgence, qui est la cause principale.

Deuxièmement, et c'est lié, nous constatons un effet de goulot d'étranglement dû aux procédures existantes du SPF Intérieur. Ces procédures prévoient que les appels au 1733 soient interrompus dès qu'il y a trop peu d'opérateurs disponibles dans la centrale d'urgence. De ce fait, les appels sont transférés vers une autre centrale, qui a donc subitement beaucoup plus d'appels à traiter.

La troisième cause est l'utilisation abusive de la centrale d'urgence pour des questions qui ne relèvent pas de sa mission, comme les résultats de tests. Ces longs délais d'attente sont évidemment inacceptables. Ils ont un impact considérable sur les citoyens qui ont besoin d'une aide médicale, particulièrement sur les groupes vulnérables.

C'est également vrai pour les personnes âgées vulnérables en maison de repos. Vu la situation particulière des maisons de repos, il serait judicieux de conclure des accords spécifiques entre ces maisons de repos et les postes de garde afin que les soins continuent d'être assurés, même en situation d'urgence.

De FOD beschikt niet over concrete cijfers over het aantal patiënten dat wegens onbereikbaarheid van het nummer 1733 uitweek naar de spoeddiensten. Via het daartoe bestemde e-mailadres ontving de FOD tot dusver één concrete klacht.

Ik kom nu bij de vraag naar maatregelen. De FOD Binnenlandse Zaken staat via financiële overdrachten van Volksgezondheid in voor de aanwerving van personeel en het personeelsbeleid in de noodcentrales evenals voor de operationele werkprocedures. Ik heb vernomen dat de FOD Binnenlandse Zaken actief bezig is met het aanvullen van het personeelsbestand van operatoren, maar voor meer informatie over de vooruitgang van die nieuwe aanwervingen verwijs ik u door naar mijn collega.

De FOD Volksgezondheid is op zijn beurt verantwoordelijk voor de triageprotocollen via het BHMR (Belgisch Handboek Medische Regulatie), voor de opleiding van het personeel en voor de kwaliteitscontrole. Binnen die bevoegdheid neemt de FOD Volksgezondheid al maatregelen om de werkdruk voor de operatoren te verlagen. Er wordt bijvoorbeeld al gewerkt aan de uniformisering van de manier waarop hulpvragen worden uitgestuurd.

Bovendien werkt de FOD aan nieuwe maatregelen, zoals het weghouden van afspraakwijzigingen uit de noodcentrale door rechtstreeks door te verwijzen naar de wachtpost, het automatiseren van praktische informatie over een wachtpost aan het einde van een oproep en het ontwikkelen van een zelftriagetool die de burger verduidelijkt welk kanaal te volgen. Bij een lager ernstniveau kan de zelftriagetool de burger rechtstreeks doorverbinden met de huisartsenwachtpost, waardoor het aantal oproepen naar de noodcentrale daalt.

Ook de sensibilisering van het brede publiek kan de druk op het nummer 1733 verlichten. Er bestaat bijvoorbeeld campagnemateriaal en er zijn affiches en folders om het nummer bekend te maken. Ze worden gratis verspreid via medische wachtposten en lokale organisaties, zoals politiediensten, bibliotheken en gemeentehuizen. Dit jaar nog wordt zowel de folder als de website 1733.be inhoudelijk herzien, zodat de informatie volledig aansluit bij de huidige werking.

Om de toekomstige werking van de nummers 1733 en 112 te bespreken, zit mijn beleidscel geregeld samen met de beleidscel van mijn collega van Binnenlandse Zaken.

16.05 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u. Het probleem is helaas niet nieuw. Ik denk dat het zelfs mijn allereerste vraag was in de plenaire vergadering tijdens de vorige legislatuur, aan uw voorganger, mevrouw De Block. Het probleem sleept dus al enige tijd aan. Het spijtige is dat het noodnummer eigenlijk gewoon zou moeten werken.

Ik begrijp dat het niet evident is, maar ik heb toch iets minder begrip voor het feit dat er geen cijfers beschikbaar zijn over de onbereikbaarheid van het nummer 1733. Die gegevens worden dus niet bijgehouden. Ik vind dat nochtans bijzonder belangrijk. Als we ons gezondheidssysteem willen verbeteren, moeten we de huidige cijfers kennen, zodat we alle genomen stappen goed kunnen opvolgen en nagaan of die de goede richting uitgaan. Ik wil daar dus nogmaals op aandringen.

Ik hoop ook dat het personeelsprobleem snel wordt opgelost. Dat zou eigenlijk een vaste waarde moeten zijn en gewoon moeten werken.

16.06 Ludivine Dedonder (PS): Pour ma part, je note, et le fait est effectivement connu, le sous-effectif des centrales d'urgence, qui ne relève pas de votre responsabilité mais bien de celle du ministre de l'Intérieur. Vous indiquez vous concerter avec lui parce que, même si ce sous-effectif relève de sa responsabilité, il s'agit *in fine* de patients en difficulté dont vous êtes dès lors également responsable. J'entends dire que le SPF serait en train de recruter du personnel dans ce cadre. Tant mieux si cela réussit.

Par contre, vous n'avez pas répondu à mes questions concernant les médecins à qui l'on délèguerait le triage si, justement, on ne parvenait pas à avoir suffisamment de personnel. Je ne sais pas si je dois interpréter votre absence de réponse comme une option qui ne peut voir le jour ou plutôt comme une question qui vous met mal à l'aise. J'espère, en tout cas, que l'on mettra les bonnes personnes au bon endroit. Ce qui compte surtout, c'est que les personnes en souffrance puissent avoir une réponse dans un bref délai puisque, forcément, quand notre vie est en jeu, elle ne nous attend pas.

16.07 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoorden, al zijn ze niet echt bevredigend. Het gaat hier over een oud zeer waarbij levens op het spel staan. Mensen bellen naar de noodcentrale, omdat ze in nood zijn of dat toch denken.

U hebt opnieuw weinig van mijn vragen beantwoord. Hoe staat het bijvoorbeeld met het ambitieuze gemeenschappelijke marshallplan om de digitale vaardigheden van de burgers te versterken? U verwijst wel naar de pre-triagetool, maar als de mensen niet weten hoe ze die in de praktijk moeten gebruiken of er niet mee kunnen werken, dan wordt ook dat plan een lege doos.

Er was een proefproject met het nummer 1733 in sommige wachtposten en het klonk zeer positief. Enkele wachtposten zijn daarop ingegaan, maar al snel werd duidelijk dat zij chronisch onderbemand waren. Dat is inderdaad geen nieuw gegeven. Al langer trekken de noodcentrales, zowel de 112 als de 1733, aan de alarmbel. U toetert telkens weer in de pers dat u duurzame oplossingen uitwerkt om 1733 accuraat en betrouwbaar te maken. Ik hoor u dat graag zeggen, mijnheer de minister, maar ik heb geen concrete timing gehoord.

Ik kan mij alleen maar aansluiten bij wat een arts in een wachtpost verklaarde, toevallig in dezelfde krant waarin u die mooie woorden uitsprak. Ik citeer hem: "De verrotting is ook het gevolg van de struisvogelpolitiek, waarbij de FOD Volksgezondheid naar de FOD Binnenlandse Zaken verwijst en omgekeerd." Ik heb u net hetzelfde horen zeggen. U verwijst naar de minister van Binnenlandse Zaken, maar als we vragen stellen aan de minister van Binnenlandse Zaken, zal die ongetwijfeld weer naar u verwijzen. Het is het spelletje "katje mie, katje were", zoals we in West-Vlaanderen zeggen. Er wordt weinig concreets gedaan. Dat gaat ten koste van de mensen die de noodcentrale echt nodig hebben en ook van de medewerkers die de oproepen in de noodcentrale beantwoorden en ondanks het schrijnende personeelstekort mensen proberen te helpen.

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

17 **Samengevoegde vragen van**

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het donorschandaal" (56007506C)
- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het aantal kankergevallen en de meldingen in de TP53-donorcasus" (56007540C)
- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stand van zaken betreffende het donorschandaal" (56007700C)
- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De evaluatie van het FAGG" (56007954C)
- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De naleving van de zesvrouwenregel bij NF1-donor" (56008473C)

17 **Questions jointes de**

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le scandale lié au donneur de sperme aux gènes cancérogènes" (56007506C)
- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le nombre de cancers et de signalements liés au donneur porteur du gène TP53" (56007540C)
- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La situation concernant le scandale lié au don de sperme" (56007700C)
- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'évaluation de l'AFMPS" (56007954C)
- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le respect de la règle des six femmes concernant le donneur porteur de la NF1" (56008473C)

17.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, dit is eigenlijk hallucinant. Ik vraag u hier vandaag nogmaals om de documenten vrij te geven, want u blijft het e-mailverkeer en de communicatie tussen uzelf en het FAGG achterhouden. U zegt dat er een audit loopt, maar de Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten stelt duidelijk dat een audit op zichzelf geen weigeringsgrond is en dat ouders en patiënten recht hebben op openheid.

Uit de schriftelijke vragen die ik u heb gesteld, blijkt bovendien dat de wettelijk verplichte evaluatiecyclus van de top van het FAGG niet werd gevolgd. Volgens het koninklijk besluit van 16 november 2006 moet elke mandaathouder om de twee jaar worden geëvalueerd. Er dienen twee tussentijdse evaluaties en een eindevaluatie, zes maanden voor het einde van het mandaat, plaats te vinden. U hebt bevestigd dat tussen 2020 en 2023 geen enkele formele evaluatie heeft plaatsgevonden en dat de eerste tussentijdse evaluatie van de heer Malonne zal worden uitgesteld tot na de audit. Een klein detail, het koninklijk besluit voorziet niet in zo'n uitstel.

Mijn vragen zijn de volgende. Waarom wijkt u af van het advies van de Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten, die stelt dat een lopende audit op zich geen weigeringsgrond is? Bent u bereid de gevraagde communicatie, inclusief de e-mails tussen u, uw kabinet en het agentschap nu over te maken aan deze commissie zodat parlementaire controle mogelijk is?

Verbindt u zich er formeel toe om alle stukken onverkort ter beschikking te stellen zodra de audit is afgerond, met een concrete timing? Werden intussen alle betrokken centra en databanken volledig doorgelicht? Welke structurele maatregelen neemt u om herhaling te voorkomen? Hoe verantwoordt u dat er sinds 2020 geen enkele formele evaluatie heeft plaatsgevonden, wat in strijd is met artikel 10 van het koninklijk besluit van 16 november 2006? Op welke rechtsgrond stelt u de evaluatie van de heer Malonne uit tot na de audit? Bevestigt u dat een audit een evaluatie niet vervangt en dat de wettelijke evaluatieplicht onmiddellijk wordt nagekomen volgens het schema van het koninklijk besluit? Wanneer zal de Kamer de volledige evaluatiedossiers en auditresultaten ontvangen? Ik dank u.

17.02 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, vanochtend zei u dat over ongeveer een maand het resultaat van de audit van het FAGG met betrekking tot het donorschandaal bekend zal zijn. We kijken ernaar uit om klaarheid te kunnen scheppen, zeker voor de betrokkenen.

Hoeveel kankergevallen door de donor met het TP53-gen zijn er tot nu toe bekend en gerapporteerd bij het FAGG? Kunt u daarover meer info geven, zonder de privacy van de betrokkenen te schenden? Hoeveel kankergevallen zijn er per fertiliteitscentrum en op welke data heeft het FAGG daarover meldingen ontvangen?

Heeft de European Sperm Bank meldingen uit België ontvangen over kankergevallen met betrekking tot de donor? Indien ja, wanneer werden die meldingen gedaan?

Kunt u een overzicht per centrum en per gezin geven van de jaren waarin de kinderen in kwestie werden verwekt?

Naar aanleiding van de hoorzitting met het FAGG hebben we nog bijkomende schriftelijke antwoorden gekregen. Daarin stond dat er de voorbije drie jaar 24 overschrijdingen waren van de zesvrouwenregel. Dat zou overeenstemmen met 7,5 % van alle gevallen. Dat is iets meer dan de 22 gevallen waarover we eerder informatie hadden gekregen. Verder blijkt dat er maar liefst in 43,5 % van de gevallen overschrijdingen waren. Dat wijst er volgens mij op dat er waarschijnlijk nog veel overschrijdingen zijn bij de fertiliteitsbehandelingen waarvoor een buitenlandse spermabank werd gebruikt.

Hoeveel kinderen werden er per staal verwekt? Hoe komt het dat er nu over 24 overschrijdingen wordt gesproken en niet meer over 22? Zijn de ouders, de kinderen en de donoren op de hoogte van die overschrijdingen en van de omvang ervan? Klopt het dat men al in 2007 op de hoogte was van overschrijdingen? Dat was mij niet helemaal duidelijk na de bijkomende antwoorden van het FAGG. Indien dat niet het geval was sinds 2007, vanaf wanneer dan wel? Wie was daarvan op de hoogte? Klopt het dat er nooit steekproeven werden uitgevoerd om de naleving van het quotum te controleren? Waarom gebeurde dat niet?

Ik begrijp ook niet helemaal waarom er alleen gegevens van de jongste drie jaar bekend zijn. Betekent dit dat er voor 2023 geen traceerbaarheid van de stalen was? Het FAGG zal dat wel geweten hebben, maar vond het FAGG dat toen problematisch?

Ik kom tot mijn laatste reeks vragen. Die gaan eigenlijk over een ouder schandaal, het NF1-schandaal over neurofibromatose, een dikke tien jaar geleden. Toen werd in de pers bericht dat een donor drager was van neurofibromatose type 1. Er bleken twintig kinderen verwekt met zijn sperma, verspreid over minstens vier ziekenhuizen. 16 vrouwen in België kregen toen één of meer kinderen van die donor en in minstens vier gevallen zouden meerdere kinderen bij dezelfde vrouw zijn verwekt. Ik heb daarover de volgende vragen voor u.

Kunt u meedelen of in dit NF1-dossier de zesvrouwenregel wel of niet overschreden werd? Indien dat het geval was, welke instanties waren er toen van op de hoogte? Indien er inderdaad een overschrijding was, waarom zijn er toen geen stappen ondernomen voor een striktere handhaving van de zesvrouwenregel?

17.03 Minister Frank Vandenbroucke: Ik begin met de eerste vraag van mevrouw Bury. In dit geval worden de documenten tijdelijk niet vrijgegeven om de lopende auditprocedure van de FIA niet te doorkruisen of te hinderen. Dat is een kwestie van zorgvuldigheid, en geen principiële weigering.

In antwoord op de tweede vraag van mevrouw Bury kan ik meedelen dat de verzameling en de

voorbereiding van de gevraagde communicatie, waaronder de e-mailcorrespondentie, lopende is. De toepassing van de wet over de openbaarheid van bestuur op een groot aantal e-mails vereist een zorgvuldige behandeling, waardoor het proces nu eenmaal tijd vraagt. De documenten zullen ter beschikking gesteld worden van de Kamercommissie Volksgezondheid na toetsing van de uitzonderingsgronden in de wetgeving.

Betreffende de derde vraag van mevrouw Bury zullen de documenten onverwijld beschikbaar gesteld worden aan de Kamercommissie Volksgezondheid, zodra het FAGG de audit heeft beantwoord met een actieplan conform de FIA-procedure en de procedure formeel is afgerond,.

Ik kom tot de vierde vraag van mevrouw Bury. Voor de evaluatie van het management binnen het FAGG geldt het wettelijk kader dat is vastgelegd in het koninklijk besluit van 16 november 2006 inzake de aanwijzing en de uitoefening van managementfuncties in bepaalde openbare instellingen van openbaar nut. Ik ben als eerste evaluator volgens dit koninklijk besluit belast met de evaluatie van de administrateur-generaal. Ik deed dit in februari 2021 voor het mandaat van de heer Xavier De Cuyper. Zijn mandaat liep af begin 2022.

Tussen maart 2022 en september 2023 werd het mandaat van de heer De Cuyper verlengd in afwachting van de lopende rekruteringsprocedures. In die periode werd niet overgegaan tot een evaluatie gelet op de door de omstandigheden genoemde tijdelijke verlenging.

De huidige administrateur-generaal van het FAGG, de heer Hugues Malonne, werd aangesteld op 1 september 2023. De periode waarop zijn eerste tussentijdse evaluatie betrekking heeft, is inmiddels voltooid en een uitnodiging tot een evaluatiegesprek werd verstuurd.

Wat de vijfde vraag van mevrouw Bury betreft, bepaalt artikel 18 van het koninklijk besluit van 16 november 2006 dat elke titularis van een managementfunctie periodiek geëvalueerd wordt. Dat betekent dat een evaluatie steeds na afloop van elke cyclus moet plaatsvinden. Verder voorziet de regelgeving geen strikte termijn voor het houden van een tussentijds evaluatiegesprek ten opzichte van het einde van de evaluatieperiode. Zoals ik al zei, liep de eerste evaluatieperiode van de heer Malonne reeds af, meer bepaald op 31 december 2024. De evaluatie is gepland op 13 november.

Ik kom nu tot de zesde vraag van mevrouw Bury. Artikel 19 van het koninklijk besluit van 21 december 2021, dat artikel 22, § 2 tot 4 van het koninklijk besluit van 16 november 2006 vervangt, bepaalt dat de tussentijdse evaluatie betrekking heeft op de verwezenlijking van de doelstellingen van het managementplan en het operationeel plan of het ondersteuningsplan, de wijze waarop die doelstellingen werden behaald, de persoonlijke bijdrage van de houder van het management en de geleverde inspanning om diens competenties te ontwikkelen. De evaluatie van de administrateur-generaal zal in de loop van 2025 plaatsvinden, conform artikel 18.

Wat de zevende vraag van mevrouw Bury betreft, is het evaluatieproces voor de administrateur-generaal opgestart, zoals ik hier net heb uiteengezet. Voor de overige leden van het managementcomité is de administrateur-generaal belast met de correcte opvolging van de evaluaties en zal ik als tweede evaluator mijn advies overmaken, zoals bepaald in het koninklijk besluit.

Sinds juli 2024 is bovendien een aangepaste regelgeving van kracht die onder meer voorziet in een striktere procedure voor evaluaties van mandatarissen, waaronder een eindevaluatie en een versterkte rol van externe ondersteuning via de FOD BOSA.

Ik kom nu bij de vragen van mevrouw Gijbels.

Op verzoek van de ouders en omwille van het medisch geheim wordt de informatie waarnaar u in uw eerste vraag verwijst niet openbaar gemaakt, enerzijds om de families te beschermen, anderzijds omdat het om vertrouwelijke medische gegevens gaat die niet openbaar mogen worden gemaakt. Ik verwijs naar het medisch beroepsgeheim. U begrijpt dus dat ik ook op de volgende twee vragen niet kan antwoorden.

Ik kom dan bij uw vierde vraag. De bevoegde Deense autoriteit heeft die informatie via het RATC-platform doorgegeven. De informatie werd uitsluitend tussen de bevoegde autoriteiten gedeeld. De inhoud van de op dit Europese platform uitgewisselde informatie mag niet worden bekendgemaakt.

De precieze data van conceptie en geboorte van kinderen per fertiliteitscentrum zijn vertrouwelijke medische gegevens. Alleen de totale behandelingsperiode die tot een kind heeft geleid, kan worden meegedeeld. De kinderen zijn tussen 2008 en 2018 geboren. Het materiaal van donor TP53 werd in elf centra gebruikt. In totaal gaat het om 38 vrouwen die met materiaal van die donor werden behandeld, wat tot 53 kinderen heeft geleid. Het gebruik van het materiaal varieerde van één tot negen vrouwen en van één tot twaalf kinderen per centrum. In één centrum ging het om negen vrouwen en twaalf kinderen.

Het FAGG beschikt niet over het exacte aantal kinderen per staal, alleen over het aantal vrouwen dat zwanger werd na het gebruik van gameten van eenzelfde donor. De cijfers waarover we momenteel beschikken, zijn gebaseerd op de gegevens die door de fertiliteitscentra zijn aangeleverd. Uit die gegevens blijkt dat bij de 24 *rapid alerts* sinds 2022 het aantal betrokken vrouwen per donor varieerde tussen de 7 en 27.

De cijfers met betrekking tot quota-overschrijdingen evolueren voortdurend. In mei 2024 werd melding gemaakt van 22 gevallen, exclusief het geval TP53. In juli waren er 24 gevallen geregistreerd, inclusief TP53. Op dit moment is op basis van de ontvangen meldingen in 27 gevallen een overschrijding van het quota vastgesteld.

We analyseren momenteel zeer zorgvuldig hoe we het best omgaan met overschrijdingen via nieuwe *rapid alerts* die aan het licht komen. We overleggen hierover met onder meer ethici en andere betrokken partijen, aangezien dat een gevoelige kwestie is. Mensen moeten eigenaar zijn van hun eigen dossier, wat zowel een recht op weten als een recht op niet-weten inhoudt. In de uitgebreide Fertidata zullen mensen zelf informatie kunnen opvragen, ook van dossiers uit het verleden waarvoor overschrijdingen werden vastgesteld. Zoals gezegd, bekijken we of in de tussentijd de informatie uit nieuwe *rapid alerts* op vraag gedeeld kan worden en wat daarbij de beste werkwijze is. Ik bekijk dat heel zorgvuldig en wil daar relatief snel vooruitgang boeken.

Het oudste dossier waarvan het agentschap kennis heeft, dateert uit 2011. Dat dossier was destijds trouwens onderwerp van parlementaire vragen en debatten.

Het klopt niet dat er nooit steekproeven werden uitgevoerd om de naleving van het quotum te controleren. Zoals reeds door het FAGG werd uitgelegd, gebeurden de steekproeven volgens een bepaalde procedure. Ik vermoed dat ik die uitleg hier niet moet herhalen.

Het klopt dat het FAGG momenteel alleen over gegevens beschikt vanaf 2022. Dat betekent echter niet dat er voordien geen traceerbaarheid bestond. Conform artikel 14 van de wet van 19 december 2008 zijn de fertiliteitscentra verplicht de volledige traceerbaarheid te verzekeren tot op het niveau van het gebruikte spermarietje en die gegevens te bewaren. Het FAGG controleert dat tijdens inspecties, maar wordt niet systematisch op de hoogte gesteld van alle traceerbaarheidsgegevens.

De reden waarom er vanaf 2022 wel systematische cijfers beschikbaar zijn, is dat de biovigilantieformulieren toen werden aangepast. Sindsdien worden bij een melding bijkomende vragen gesteld, onder meer over het aantal betrokken vrouwen en kinderen. Daardoor kan het agentschap quota-overschrijdingen sneller detecteren. Voor die datum werden dergelijke gegevens niet uniform verzameld.

Het FAGG onderstreept dat er dus steeds traceerbaarheid was op het niveau van de centra, maar dat de gecentraliseerde zichtbaarheid voor het agentschap pas vanaf 2022 structureel verbeterd is. Om dat tekort structureel aan te pakken, voorziet het voorontwerp van wet, waarmee ik bezig ben, dat ook historische gegevens in een centrale databank zullen worden opgeladen. Zo zal in de toekomst een vollediger en consistentere overzicht ontstaan.

Dan kom ik aan uw volgende vraag. We beschikken niet over de resultaten van de audit. De audits verlopen volgens de auditprocedure van de FIA. De resultaten worden beschikbaar gesteld zodra het FAGG een antwoord en een actieplan heeft opgemaakt, conform deze procedure. Dat wordt begin november verwacht. Zodra ze beschikbaar zijn, zullen ze onverwijld met het Parlement worden gedeeld.

Het NF1-dossier betreft een spermadonor met neurofibromatose type 1 van wie het materiaal in België

werd gebruikt in 2012-2013. In 2013 werd vastgesteld dat er 20 kinderen van die donor zijn geboren bij 16 vrouwen in minstens 4 Belgische centra.

Het NF1-dossier was het onderwerp van talrijke uitwisselingen met de toenmalige minister en met de pers, evenals van parlementaire vragen.

Ik kom nu tot uw laatste vraag. Vanaf 2013 werden er stappen gezet om een gecentraliseerd donorregister op te richten, eerst via eHealth en daarna via een ander project. Een initiatief tot wetswijziging werd gelanceerd in 2012-2013 om het juridisch kader rond gametendonatie te versterken. Sinds augustus 2015 voorziet de MBV-wet expliciet in de oprichting van een centraal register betreffende het quotum van zes bij koninklijk besluit. Het register werd in 2015 niet als ministeriële prioriteit geselecteerd, maar werd opnieuw opgenomen in de operationele plannen van het FAGG in 2018-2019, opnieuw in 2020-2021 met een haalbaarheidsstudie en een ontwerp van uitvoeringsbesluit. Dat project werd in 2022 heropgestart met een validering van de scope door mijn beleidscel en een opname als ministeriële prioriteit, met als deadline eind 2023.

17.04 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, u hebt hier een hele uitleg mooi voorgelezen, maar ik stel wel vast dat u de documenten vandaag weigert vrij te geven. De Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten is daarover nochtans duidelijk: een audit is geen weigeringsgrond. U had die documenten vandaag kunnen vrijgeven en had kunnen beslissen om daarin transparant te zijn. U kiest daar niet voor. U kiest ervoor om ons liever nodeloos te laten wachten en de audit af te wachten.

U hebt het ook over de term zorgvuldigheid. Ik noem dat geen zorgvuldigheid. Ik noem het liever nalatigheid en nog meer respectloosheid.

Het tweede punt is de audit. U leest hier een tekst voor, als een sprookje dat goed afloopt, maar eigenlijk hebt u de wet niet uitgevoerd. Ik heb ook gemerkt dat u zichzelf een tweede evaluator noemt. Als minister bent u echter de eindverantwoordelijke. Ik heb u daar al eerder op gewezen. U bent de eindverantwoordelijke voor de opvolging. Wanneer een evaluatie niet plaatsvindt, hebt u uw taak als minister eenvoudigweg niet uitgevoerd.

Ik heb 13 november 2025 genoteerd als datum voor de evaluatie van de heer Malonne. Ik verwacht dat de Kamer die evaluatie zo snel mogelijk ontvangt nadat ze heeft plaatsgevonden. Ik vraag mij wel fijntjes af of de datum niet pas werd vastgelegd na het antwoord op mijn schriftelijke vraag.

Mevrouw de voorzitter, ik richt mij nu even tot u. Ik zou graag hebben dat formeel in de agenda wordt genoteerd en in het verslag wordt vermeld dat we eisen dat de documenten en e-mails onverwijld en niet later schriftelijk aan alle Kamerleden worden overgemaakt. Dat is een elementaire vereiste voor de parlementaire controle die we moeten uitoefenen. Ik zal u daarover ook nog formeel e-mailen.

17.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de voorzitter, het is inderdaad belangrijk dat we een transparant zicht krijgen op het hele dossier, dat al vele jaren aansleept. Het is tijd om schoon schip te maken en alles boven te spitten.

Inzake het ontbreken van een antwoord op de vraag over het kankergeval, heb ik er alle respect voor dat op vraag van de betrokken gezinnen daarop niet nader kan worden ingegaan. Daarom gaf ik tijdens mijn vraag aan 'voor zover de privacy dat toelaat'.

Wat echter pijnlijk is, is dat er blijkbaar al in 2011 een melding zou zijn gedaan aan de European Sperm Bank dat het quotum in België was bereikt, maar dat er nadien toch nog bevruchtingen hebben plaatsgevonden met datzelfde donorstaal. Dat is iets wat we zeker nader moeten uitzoeken. Ik durf er haast niet over na te denken welke zaken hadden kunnen worden vermeden.

Inzake de vragen die ik stelde over het FAGG en de bijkomende antwoorden die het FAGG nog had gegeven, is het heel goed dat er nu een register bestaat. U stelt immers dat het aantal overschrijdingen een evoluerend cijfer is dat nog voortdurend wijzigt. Ik veronderstel dat dat getal sinds de invoering van het register niet langer evolueert en we nu wel een zicht hebben op het aantal gezinnen dat met eenzelfde staal of van eenzelfde donor werd voorzien, zodat er geen nieuwe overschrijdingen meer kunnen plaatsvinden.

Het feit dat Fertidata zal worden uitgebreid en raadpleegbaar wordt gemaakt voor wie wil nagaan of er in zijn of haar geval sprake is van overschrijdingen, beschouw ik eveneens als een zeer goede zaak. Ik respecteer echter ook uw argument dat dat alles met de nodige omzichtigheid moet gebeuren en dat goed met de ethici moet worden overlegd om te bepalen wat mogelijk is en wat bijzonder gevoelig ligt. Uiteindelijk ben ik van mening dat de donorkinderen zelf daarover het laatste woord moeten kunnen hebben, voor zover de privacy van de donor uit het verleden niet wordt geschonden, zolang we nog met anonieme donatie te maken hebben.

De eerste bekende overschrijding dateert van 2011, inmiddels veertien jaar geleden. Het is dus goed dat er eindelijk forse stappen vooruit worden gezet. Ik stel op prijs dat er een voorontwerp van wet klaar is. Het is hoogstnoodzakelijk om hier definitief komaf mee te maken en te voorkomen dat in de toekomst nog dergelijke schandalen aan het licht komen.

U hebt ook bijkomende toelichting gegeven over het NF1-schandaal. Ons was inderdaad al gezegd dat er eerder pogingen zijn ondernomen om een centraal register op te stellen, maar dat er destijds weinig politieke wil was. Dat hebben we destijds zelf ook ondervonden, want onze parlementsleden hebben daar altijd sterk op aangedrongen.

Ik ben blij dat er eindelijk schot in de zaak komt en ik ben vooral benieuwd naar de resultaten van de audit die we binnenkort zullen ontvangen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 56007508C et 56007509C de Mme Irina De Knop sont transformées en questions écrites.

18 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La hausse des prix des médicaments" (56007524C)

18 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stijging van de geneesmiddelenprijzen" (56007524C)

18.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, dans la lettre de mission envoyée par le gouvernement à l'INAMI en vue de préparer le budget des soins de santé 2025, vous avez fait état d'une économie de 433 millions d'euros, soit près de la moitié du montant à trouver, à réaliser dans le remboursement des médicaments.

Parmi les pistes évoquées, la hausse du ticket modérateur sur les médicaments, soit la part payée par les patients après le remboursement de l'INAMI, à minimum un euro par boîte pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée (BIM) et à deux euros pour les bénéficiaires ordinaires. Cette proposition, si elle se concrétise, n'offrira plus la possibilité d'obtenir certaines molécules, comme des antidiabétiques, des traitements contre le cancer ou des antihypertenseurs, quasiment gratuitement ou à moins d'un euro.

Monsieur le ministre, quelle est la valeur légale de cette lettre de mission dans le cadre du processus budgétaire du budget des soins de santé? Vous dites que les patients seront protégés, puisque la mesure sera en partie compensée par le maximum à facturer (MAF). Reste que cette mesure devrait rapporter, selon vos estimations, 26,2 millions d'euros qui seront donc directement à charge des patients. Confirmez-vous cela? Enfin, pourriez-vous nous lister les médicaments qui pourraient faire l'objet de la mesure et qui sont donc aujourd'hui à moins d'un euro par boîte?

18.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Désir, la lettre de mission, comme approuvé par le gouvernement le 17 juillet 2025, définit les priorités politiques ainsi que le cadre budgétaire et un calendrier clair dans lequel le Comité de l'assurance doit s'acquitter de sa mission légale de préparation d'un premier projet de budget. La base légale concernant la lettre de mission est en cours d'élaboration. Néanmoins, le gouvernement a estimé que, dans un souci d'anticipation, et conformément à l'accord de gouvernement, il était préférable d'entamer ce processus itératif dès maintenant. Ceci peut être un processus d'apprentissage qui pourra faire l'objet d'une évaluation avec les partenaires du Comité de l'assurance et du Conseil général plus tard dans l'année. Il n'y a, dans la législation belge, aucun élément qui interdit d'envoyer une telle lettre. Soyons clair!

Votre deuxième question est une question encore quelque peu théorique car rien n'a été décidé. Toutefois, il est exact que mon idée visait à protéger les patients via le MAF et qu'une telle mesure pourrait rapporter 26,2 millions d'euros.

Je peux donc confirmer qu'il s'agissait d'une conséquence de la proposition que j'ai faite, mais cette proposition, comme tout le budget du reste, n'a pas encore été formellement acceptée. Elle est donc un peu spéculative mais elle reste, en fait, conforme à la proposition que j'ai faite.

S'agissant de votre troisième question, celle-ci est à nouveau un peu spéculative. C'est pourquoi je me propose de vous envoyer, dès le moment où le gouvernement aura pris sa décision, la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en officine ouverte au public au 1^{er} septembre 2025, avec une explication sur les conséquences de cette mesure. Je le ferai toutefois dès le moment où cela aura été décidé par le gouvernement.

18.03 Caroline Désir (PS): Effectivement, dans votre réponse à ma première question, vous confirmez bien qu'il n'existe pas, à ce stade, de base budgétaire permettant d'encadrer ce processus avec lettre de mission, mais que vous avez anticipé avec le gouvernement sans base légale.

Pour le reste, je vous entends bien, aucune décision n'a encore été prise, et mes questions revêtent donc effectivement un caractère spéculatif. J'estime néanmoins important que les personnes puissent être informées non seulement de ce qu'elles devront éventuellement porter à leur charge mais aussi, bien sûr, des médicaments qui seront concernés par ces augmentations. J'espère donc que ces questions pourront être clarifiées le plus rapidement possible.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

19 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les suicides et les tentatives de suicide dans notre pays" (56007565C)

19 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Suïcides en pogingen tot suïcide in ons land" (56007565C)

19.01 Ludivine Dedonder (PS): L'association "Un pass dans l'impasse" rappelle un constat dramatique: le suicide reste en Belgique la première cause de mortalité chez les 10-54 ans, avec cinq décès par jour.

Chez les jeunes de 10 à 24 ans, deux suicides par semaine sont recensés, et les tentatives seraient jusqu'à 20 fois plus fréquentes. Ce phénomène, souvent invisible dans le débat public, illustre l'ampleur de la détresse psychologique qui traverse une partie importante de la population, notamment des jeunes.

Je suis consciente que la prévention du suicide relève avant tout des entités fédérées, mais le niveau fédéral a aussi un rôle central à jouer, notamment à travers l'organisation des soins de santé, l'accessibilité aux services de santé mentale, le remboursement des consultations ou encore le soutien aux lignes d'écoute et aux structures spécialisées.

Monsieur le ministre, quels sont aujourd'hui les principaux leviers fédéraux activés dans le cadre du Plan d'action national santé mentale pour améliorer la prise en charge des personnes présentant un risque suicidaire, en particulier des jeunes?

Disposez-vous de données actualisées sur l'évolution de la mortalité par suicide ainsi que des tentatives de suicide en Belgique, en particulier chez les jeunes, qui semblent être une catégorie particulièrement touchée?

Dans quelle mesure les services de première ligne, les hôpitaux généraux et psychiatriques ainsi que les maisons médicales sont-ils aujourd'hui outillés et financés pour assurer une détection et une prise en charge rapide des situations à risque?

Enfin, comment le niveau fédéral entend-il renforcer la coopération avec les entités fédérées mais aussi avec les associations de terrain pour garantir une réponse coordonnée et accessible à l'ensemble de la population?

19.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Comme vous l'avez dit, la politique de prévention du suicide ou encore le soutien aux lignes d'écoute et aux structures spécialisées, comme les services de soins de la santé mentale, relève de la responsabilité des entités fédérées. Toutefois, la santé mentale s'organise via des réseaux pour lesquels le niveau fédéral prévoit des outils permettant d'améliorer, d'une part, la détection et l'intervention précoces et d'autre part, une prise en charge en santé mentale des personnes qui se trouvent en situation de grande détresse et de crise. L'objectif de la fonction de soutien psychologique de première ligne est de prévenir l'apparition ou l'aggravation des symptômes par une courte série d'interventions générales, d'intensité légère à modérée, et de renforcer la résilience de l'individu ou de son contexte.

Les services fournis dans le cadre de la fonction de traitement psychologique primaire ont des objectifs cliniques qui vont au-delà du renforcement de la résilience. Ils restent axés sur le traitement des troubles légers à modérés.

Dans le cadre du plan formation, les réseaux en santé mentale peuvent travailler ensemble avec des structures comme le Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) ou "Un pass dans l'impasse" afin de former ces psychologues et orthopédagogues cliniciens pour mieux agir dans les situations de tentative de suicide.

Les équipes mobiles, dans leurs missions de crise, sont formées à prendre en charge des situations impliquant des personnes présentant un risque suicidaire, bien qu'elles ne soient pas spécifiquement dédiées à cette problématique. Leur spécialisation dans l'intervention en situation de crise psychique et psychiatrique les rend compétentes pour identifier et accueillir les besoins des personnes concernées. Il n'est pas rare que les équipes interviennent dans des situations où les idéations suicidaires sont déjà bien organisées voire auprès de personnes ayant déjà effectué un passage à l'acte.

Dans le cadre du développement de la fonction d'urgence et de crise, cette thématique est placée au premier plan. Une attention particulière est portée à ce que les équipes soient suffisamment outillées, notamment grâce à des formations spécifiques et à des collaborations avec les structures de référence.

Sur base du résumé hospitalier minimum, nous pouvons établir une représentation du nombre de mineurs se retrouvant aux urgences suite à une tentative de suicide. Les chiffres les plus récents sont ceux de 2023. Nous remontons cinq ans en arrière jusqu'en 2019. Je peux vous procurer un tableau. En se fondant sur ces chiffres, nous disposons également d'un détail par province concernant le nombre de jeunes qui se rendent aux urgences après une tentative de suicide. Je ne vais pas lire l'ensemble des données, mais je peux bien sûr vous les transmettre.

Quatrièmement, la coordination des politiques entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées s'opère au sein du groupe de travail intercabinets sur les soins de santé mentale ainsi qu'à travers la Conférence interministérielle de la Santé publique.

Vous disposerez de ma réponse enrichie avec tous les détails et les tableaux par le biais de mon collaborateur.

19.03 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. J'analyserai le tableau avec attention. Nous aurons certainement l'occasion d'en reparler dès demain lors des auditions.

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

20 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het misbruik van Lyrica (pregabaline)" (56007585C)

20 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'abus de Lyrica (prégabaline)" (56007585C)

20.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, recent bracht *Nieuwsuur* in Nederland een reportage over het misbruik van het epilepsiemedicijn Lyrica, stofnaam pregabaline, als recreatieve drug, vooral bij kwetsbare groepen zoals daklozen en asielzoekers. Het middel staat bekend om zijn verslavend karakter en kan in combinatie met alcohol of andere middelen levensgevaarlijk zijn. Bij ontwenning leidt het tot agressie en overlast. In Nederland werden zelfs gewelddadige overvallen op apotheken gemeld met als doel Lyrica te verkrijgen.

Ook in België duiken volgens experts gelijkaardige signalen op, met name in de context van opvangcentra en bij daklozen, waar pregabaline eveneens circuleert als misbruikmiddel. Straatartsen en verslavingsdeskundigen waarschuwen dat de huidige toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor die groepen vaak onvoldoende is, waardoor de problematiek nauwelijks wordt aangepakt.

Hoe beoordeelt u de situatie in België met betrekking tot het misbruik van pregabaline bij kwetsbare groepen? Kwamen er al klachten van apothekers of artsen of andere zorgverstrekkers over dergelijk misbruik en de gevolgen ervan? Hoe bent u van plan dat probleem aan te pakken? Zijn er al populatiemanagementsdata beschikbaar? Hebt u zicht op het voorschrijfgedrag van artsen in dezen? Hoe zult u vermijden dat patiënten die het middel wel nodig hebben de dupe worden van eventuele bijkomende restricties?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het probleem van oneigenlijk gebruik van pregabaline bij kwetsbare groepen, daklozen en bewoners van opvangcentra, wordt bijzonder ernstig genomen. Sinds enkele jaren zien we een duidelijke toename van het misbruik in meerdere regio's, vooral in de grote steden. Medische teams actief op straat en in de verslavingszorg signaleren ook een stijgend risicogedrag, vaak in combinatie met andere middelen.

Apothekers en artsen hebben al meldingen gedaan bij het FAGG over fraudepogingen, verdachte voorschriften en agressief gedrag bij ontwenning. Ook gevallen van valse voorschriften en vermoedens van illegale handel werden doorgegeven aan de gerechtelijke autoriteiten.

Om de situatie beter in kaart te brengen, werd in 2022 een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, het FAGG, de ULB en Eurotox. Die werkgroep inventariseerde de al genomen acties en besprak bijkomende maatregelen.

Sensibilisering van artsen en apothekers gebeurde onder meer via het BCFI (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) en via brieven van het RIZIV aan apothekers en artsen.

Informatie en hulpmiddelen zijn publiek beschikbaar op gebruikvanpsychofarmacaca.be.

Daarnaast bereidt het FAGG een koninklijk besluit voor dat pregabaline zal opnemen in het koninklijk besluit betreffende verdovende middelen en psychotrope stoffen. De monitoring gebeurt via digitale instrumenten, zoals eHealth en Recip-e, die een gestructureerde opvolging van voorschriften mogelijk maken. Het blijft essentieel dat patiënten die pregabaline wel nodig hebben niet de dupe worden. We moeten maatregelen bekomen die erop gericht zijn misbruik te bestrijden zonder de continuïteit van de behandeling te ondermijnen.

20.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik ben verheugd met uw antwoord, dat toont dat het probleem ernstig wordt genomen en ook wordt gemonitord. Er wordt sinds enkele jaren immers een toename gezien, vooral in grote steden en in opvangcentra.

Wat mijn laatste vraag betreft, zegt u dat we maatregelen moeten nemen om te vermijden dat patiënten die het middel wel nodig hebben de dupe worden. Dat is een heel vaag antwoord en ik hoop dat die maatregelen er snel komen.

Ik ben blij dat dit al gedeeltelijk in kaart wordt gebracht. Dat er in 2022 een werkgroep werd opgericht die deze taak op zich neemt, is zeker een pluspunt. Ik blijf dit verder opvolgen.

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

21 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De besmetting met de klebsiella-bacterie door toediening van een contrastvloeistof voor een scan" (56007596C)

21 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La contamination par la bactérie Klebsiella due à un produit de contraste utilisé pour un scanner" (56007596C)

21.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, in het ziekenhuis van Dendermonde raakten acht patiënten besmet met de gevaarlijke klebsiella-bacterie na toediening van een contrastvloeistof voor een scan. De Europese Gezondheidsdienst had al in februari van vorig jaar gewaarschuwd dat er een nieuwe agressieve variant van die bacterie was opgedoken die zelfs gezonde mensen ernstig ziek kan maken. In de waarschuwing stond welke maatregelen de lidstaten moesten nemen. Zo moesten artsen en laboratoria worden gewaarschuwd, moest in voldoende testcapaciteit worden voorzien om de bacterie vroegtijdig op te sporen, moesten verdachte stalen naar referentielaboratoria worden doorgestuurd en moest extra aandacht aan infectiepreventie in de ziekenhuizen worden besteed. Toch heeft zich in België een besmetting voorgedaan via een product dat nota bene steriel hoort te zijn.

Werd de Europese waarschuwing in België opgevolgd en door wie? Worden verdachte bacteriestalen daadwerkelijk onderzocht en naar de referentielaboratoria doorgestuurd?

Hoe verklaart u dat acht patiënten via contrastvloeistof besmet raakten? Is dat een probleem van toezicht, steriliteit of laattijdige detectie?

Werd het betrokken product intussen uit de handel genomen en werd dat aan Europa gemeld?

Worden in België gegevens verzameld over dat soort bacterie-uitbraken en worden die publiek gemaakt?

Welke bijkomende maatregelen neemt u om herhaling te voorkomen? Op welke termijn wordt daarover aan ons verslag uitgebracht?

21.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ten eerste, in België worden gespecialiseerde laboratoria, waaronder de nationale referentiecentra, via het RIZIV gefinancierd. Het is aanbevolen dat ziekenhuislaboratoria bij aanwijzingen van besmetting met hypervirulente klebsiella pneumoniae stalen opsturen naar het Nationaal Referentiecentrum voor opvolging en verdere typering van resistentie en virulentie.

Sciensano volgt de evolutie van antibioticaresistente micro-organismen, waaronder klebsiella pneumoniae, op via een nationaal en Europees surveillanceprogramma. Hypervirulente, maar niet-resistente klebsiella pneumoniae stammen worden daarin niet gemonitord.

Infecties door hypervirulente K. pneumoniae zijn momenteel niet meldingsplichtig, maar uitbraken van infecties met multiresistente organismen, waaronder carbapenemase producerende K. pneumoniae, zijn dat wel.

Ten tweede, in augustus 2025 raakten acht patiënten in het AZ Sint-Blasius in Dendermonde besmet met klebsiella na de toediening van contrastvloeistof voorafgaand aan een CT-scan. De vermoedelijke bron was een fles contrastmiddel. Op 23 september bevestigde het departement Zorg dat het niet gaat om een hypervirulente stam. Het is nog onduidelijk waar de besmetting is opgetreden: bij de leverancier, tijdens de bewaring of bij de toediening. Nader onderzoek zal dat moeten uitwijzen. Het onderzoek naar een uitbraak in een Vlaams ziekenhuis valt onder de Vlaamse bevoegdheid. Als er aanwijzingen zijn dat het probleem zich situeert bij het product zelf, wordt ook het federale niveau betrokken.

Ten derde, wat de aangescherpte maatregelen voor infectiepreventie en -bestrijding betreft, behoort het beleid in algemene ziekenhuizen tot de federale bevoegdheid. De FOD Volksgezondheid ondersteunt het IPC-beleid (infectiepreventie en -controle) via gerichte financiering van

ziekenhuishygiënist. In het nieuw Nationaal Actieplan tegen antimicrobiële resistentie blijft het versterken van IPC een centrale krachtlijn. Daarbij zetten we in op sterkere interfederale afstemming, een gekoppeld beleid met duidelijke verantwoordelijkheden en een resultaatgericht financieringskader via inspannings- en resultaatverbintenissen.

Op de werkvloer wordt IPC versterkt door het gebruik van zorgbundels en multimodale strategieën met actuele procedures, gerichte opleidingen voor medewerkers en systematische metingen en terugkoppeling. We willen die aanpak opvolgen met een nieuwe set kwaliteitsindicatoren, die momenteel getest wordt.

21.03 Katleen Bury (VB): Ik heb geen antwoord op al mijn vragen gekregen. Een paar zaken storen mij bijzonder. U zei dat een Vlaams ziekenhuis onder de bevoegdheid van Vlaanderen valt, maar dat het federale FAGG bevoegd is, indien het probleem voortkomt uit het product. U ging dan verder met de interfederale strategie, die u verder wilt uitbouwen om alles zo goed mogelijk te monitoren. U had de voorgaande zin beter weggelaten, want zo zullen we er inderdaad niet geraken.

Ik wil gerust nog eens herhalen wat er allemaal in de waarschuwing van Europa stond: artsen en laboratoria waarschuwen, voldoende testcapaciteit voorzien en verdachte stalen doorsturen. Ook daarover zei u dat het aanbevolen, maar niet meldingsplichtig is. Dus ook daar is er nog werk aan de winkel.

Ik kijk met bijzondere openheid naar uw interfederale strategie en wacht af of u ervoor zult zorgen dat die zaken verplicht geregistreerd worden, zodat we daadwerkelijk aan de slag kunnen gaan met onder andere gevaarlijke resistente bacteriën. Zo kunnen we daar veel meer over te weten komen en vermijden dat zulke gevaarlijke zaken nog door de mazen van het net glippen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Questions jointes de

- Carmen Ramlot à Rob Beenders (Protection des consommateurs, Lutte contre la fraude sociale, Personnes handicapées et Égalité des chances) sur "L'interdiction de la vente de boissons énergisantes aux mineurs" (56007627C)

- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'interdiction de la vente de boissons énergisantes aux mineurs" (56007628C)

- Funda Oru à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La vente de boissons énergisantes" (56008051C)

- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les boissons énergisantes" (56008774C)

- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La gestion de la santé en matière de boissons énergétiques" (56008919C)

22 Samengevoegde vragen van

- Carmen Ramlot aan Rob Beenders (Consumentenbescherming, Socialefraudebestrijding, Personen met een handicap en Gelijke Kansen) over "Het verbod op de verkoop van energiedranken aan minderjarigen" (56007627C)

- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het verbod op de verkoop van energiedranken aan minderjarigen" (56007628C)

- Funda Oru aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verkoop van energiedrankjes" (56008051C)

- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Energiedrankjes" (56008774C)

- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gezondheidsaanpak met betrekking tot energiedranken" (56008919C)

22.01 Funda Oru (Vooruit): Mijnheer de minister, er bestaan vandaag 101 soorten energiedrankjes, in allerlei kleurrijke verpakkingen, met allerlei onschuldige smaakjes, zoals perzik-watermeloen. U kent

die werkwijze. Ook de vape-industrie maakt gebruik van die marketingstrategieën, gericht op jongeren. Het aanbod is groot, de verleiding is groot en de drempel is heel laag. Beide zijn ook ongezond, zeker voor kinderen en jongeren.

Het advies van de Hoge Gezondheidsraad is op dat vlak ook heel duidelijk. De consumptie van energiedranken wordt afgeraden tot de leeftijd van 16 jaar. In het Verenigd Koninkrijk wil men de verkoop van energiedranken met een hoog cafeïnegehalte aan jongeren onder de 16 jaar verbieden. In België bestaat momenteel geen wettelijke leeftijdsgrens.

Mijnheer de minister, wordt ook in ons land overwogen om een leeftijdsgrens voor de verkoop van energiedranken in te voeren?

Zijn er bijkomende maatregelen mogelijk, zoals beperkingen op reclame en duidelijkere waarschuwingen op verpakkingen?

22.02 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, pour ma part aussi, je suis inquiète. Une récente enquête journalistique a mis en lumière les effets préoccupants d'une consommation excessive de boissons énergisantes. Après l'ingestion de plusieurs canettes en peu de temps, les examens médicaux pratiqués ont révélé des conséquences directes sur le rythme cardiaque et la récupération après effort.

Ces boissons sont vendues sans restriction, souvent à des prix très accessibles, et leur marketing cible clairement les jeunes. Pourtant, les risques sont connus.

Au vu de ces constats, monsieur le ministre, je souhaite vous poser quelques questions. Reconnaissez-vous que ces produits présentent un risque de santé publique, particulièrement chez les jeunes, lorsqu'ils sont consommés excessivement? Quelles sont les règles en vigueur relatives à leur vente, leur publicité ou leur étiquetage? Vous semblent-elles suffisantes? Envisagez-vous de renforcer ce cadre, par exemple en limitant leur teneur en caféine, en en restreignant la publicité ou en interdisant la vente aux mineurs? Disposez-vous de données nationales récentes sur la consommation et les effets de ces boissons? Des recherches supplémentaires sont-elles prévues? Enfin, quelles actions de sensibilisation envisagez-vous pour informer les parents, les enseignants et les jeunes des risques inhérents à cette consommation excessive?

22.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik zal niet herhalen wat mijn collega's al hebben gezegd, maar ik wil nog enkele elementen toevoegen. Na het Verenigd Koninkrijk overweegt nu ook Portugal een verbod op de verkoop van energiedranken aan jongeren. In België adviseerde de Hoge Gezondheidsraad al in 2010 om het gebruik van energiedranken te beperken bij jongeren jonger dan 16 jaar, maar bijvoorbeeld ook bij zwangere vrouwen. De Raad adviseerde om de inname van cafeïne te beperken tot een maximale dosis van 300 milligram, het equivalent van drie liter cola. Energiedranken bevatten echter veel meer werkzame stoffen dan alleen cafeïne en worden vaak gecombineerd met een hoge dosis suiker, wat bepaalde medische risico's nog verhoogt.

Gezien de recente maatschappelijke aandacht voor de overconsumptie van energiedranken en uw terechte focus op toekomstgerichte en preventieve gezondheidszorg, heb ik twee vragen.

Het advies van de Hoge Gezondheidsraad dateert van 2010. Vindt u dat nog steeds een voldoende actueel advies om uw beleid op te baseren? Overweegt u een geüpdatet advies aan te vragen?

In welke mate zijn de acties van uw Europese collega's in Portugal en het Verenigd Koninkrijk een voorbeeld en worden dergelijke acties besproken op Europees niveau? Overweegt u om ook in België de verkoop aan minderjarigen te beperken en/of de reclame voor energiedranken te reguleren?

22.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Chers collègues, il n'y a actuellement pas de travaux en cours au sein du gouvernement ou du SPF Santé publique concernant la vente de boissons énergisantes aux mineurs. Les risques pour la santé liés à ces produits restent cependant suivis et surveillés. Je suis avec beaucoup d'attention les travaux réalisés au Royaume-Uni.

L'enquête de consommation alimentaire effectuée sur la période 2022-2023 par Sciensano fournit une fréquence de consommation des boissons énergisantes dans la population belge. Selon ces données, près de 10 % des adolescents entre 10 et 17 ans consomment des boissons énergisantes au moins

une fois par semaine; 9,2 % pour les filles, 13 % pour les garçons. Les données de l'enquête HBSC "Health Behaviour in School-aged Children" disponibles pour la Wallonie et Bruxelles montrent par ailleurs que la consommation de boissons énergisantes a diminué entre 2010 et 2022, en particulier chez les élèves de cinquième et de sixième primaire.

Le système de nutrivigilance mis en place au sein du SPF Santé publique prend en charge les effets indésirables liés à certaines denrées alimentaires, dont les boissons énergisantes, lorsqu'elles sont enrichies en vitamines et en minéraux, ce qui est la majorité des cas. Très peu de cas ont été déclarés et ils ne concernaient pas les enfants. Les professionnels de la santé n'ont pas contacté le SPF Santé publique concernant de potentielles dérives auprès des jeunes et des mineurs.

Ik wil verduidelijken dat het verbod in het Verenigd Koninkrijk, waarnaar een aantal leden verwezen, nog niet in werking is getreden. Het bevindt zich nog in de consultatiefase tot 26 november. De FOD Volksgezondheid kan dat project grondiger bestuderen, met name wat betreft de rechtvaardiging die eraan gegeven wordt en de draagwijdte, zodra het concreter vorm krijgt. Dat is zeker interessant.

Wat de vraag betreft of een beperking of een verbod aan de orde is, beveelt de Hoge Gezondheidsraad in zijn laatste advies over energiedranken geen verbod aan, maar wel maatregelen inzake etikettering en dosering. Die zijn we in de praktijk aan het opvolgen.

Het klopt dat het advies van de Hoge Gezondheidsraad dateert van 2009, zoals mijnheer Van Lysebettens zegt, en dat de consumentenmarkt en de wetenschap inmiddels niet stilgestaan hebben. In die zin kan een nieuw advies worden overwogen, maar we hebben niet noodzakelijk een advies nodig om te handelen.

In het Verenigd Koninkrijk werd zo in 2018 een vrijwillig verkoopverbod onder de 16 jaar afgesproken tussen alle grote supermarktketens. Ik vind dat eigenlijk echt wel interessant en ik vind dat iets wat ik eventueel in een dialoog met de sector zou kunnen bespreken.

Au niveau fédéral, nous avons des règles strictes concernant l'utilisation de la caféine dans les denrées alimentaires. Son ajout est uniquement autorisé dans les boissons aromatisées sans alcool, dans une limite maximale de 320 mg de caféine par litre. Dans les autres denrées alimentaires, l'ajout de caféine est interdit, sauf si elle est utilisée comme arôme ou dans le cadre de compléments alimentaires.

La sensibilisation et la prévention relèvent de la compétence des entités fédérées.

Er bestaan al specifieke etiketteringsregels voor dranken met een cafeïnegehalte van meer dan 150 milligram per liter. Ze moeten de vermelding dragen "afgeraden voor kinderen en voor zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven." Die vermelding moet in hetzelfde gezichtsveld staan als de benaming van de drank, gevolgd door een vermelding van het cafeïnegehalte, uitgedrukt in milligram per honderd milliliter.

Bij gebrek aan advies van de Hoge Gezondheidsraad in die zin zijn nieuwe verplichtingen inzake etikettering momenteel niet aan de orde. Wat de reclame betreft, is er niet in specifieke regels voorzien voor energiedranken, noch zijn die, bij gebrek aan een advies van de Hoge Gezondheidsraad, in die zin aangewezen.

22.05 Funda Oru (Vooruit): Mijnheer de minister, bedankt om dat te blijven opvolgen en om verder werk te maken van een gezonde leefomgeving, zeker voor onze kinderen en onze jongeren. Vandaag zien we immers dat kinderen en jongeren zich niet bewust zijn van de risico's die gekoppeld zijn aan de consumptie van energiedrankjes.

22.06 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Il est un fait que, dans les supermarchés, les boissons énergisantes font l'objet de plus en plus de marketing et de packaging. Mon fils adolescent m'a d'ailleurs dit qu'il faisait la collection des canettes, une pratique visiblement à la mode. Elles servent à décorer, mais à force d'en boire, le consommateur ne peut plus s'en passer.

Vous affirmez que les risques sont surveillés, mais, à mon sens, un nouvel avis n'est certainement pas

inutile. Tenir à l'œil leur étiquetage et le rendre plus austère pour limiter l'effet du marketing pourrait être une piste également.

Comme vous, madame Oru, je pense que les jeunes ne sont pas conscients des risques liés à la consommation de ces boissons. Quelque 10 % des adolescents en consomment une fois par semaine, ce n'est pas insignifiant. Je vous remercie donc, monsieur le ministre, de surveiller ce dossier.

22.07 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoorden. Ik ben blij te horen dat u ook een aantal acties onderneemt aangaande een nieuw onderzoek. Dat valt te overwegen, omdat de sector wel inziet dat als reactie op een aantal strenge regulaties wordt uitgeweken naar niet-gereguleerde stoffen.

In uw antwoord had u het ook over cafeïne. We weten echter dat wordt geprobeerd om in energiedranken ook taurine, creatine en allerlei andere activerende stoffen toe te voegen. Het vorig advies van de Hoge Gezondheidsraad is daarop nog niet diep ingegaan. De HGR stelt enkel vast dat nog onvoldoende onderzoek is gebeurd naar de samenwerking tussen die stoffen. Ik kan mij inbeelden dat dat ondertussen is veranderd.

Daarnaast vind ik het de overweging waard om ook reclame in ogenschouw te nemen. Mevrouw Dedonder heeft daar ook al naar verwezen. We merken dat de sector heel hard inzet op reclame en op zaken die cool en hip zijn. Veel sporters worden gesponsord door een niet nader genoemd merk. Dat heeft een zekere invloed, waartegen de overheid met haar sensibiliserende opdracht heel moeilijk kan opboksen. In het verleden heeft de overheid wel maatregelen genomen om reclame voor andere verkrijgbare ongezonde stoffen, zoals tabaks- en alcoholproducten, aan banden te leggen voor jongeren. Misschien valt dat in deze materie ook te overwegen voor een aantal producten.

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

La **présidente**: Ceci clôture notre séance. Je vous remercie toutes et tous. Monsieur le ministre, je vous remercie aussi.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.09 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 09.*