

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 15 OKTOBER 2024

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 15 OCTOBRE 2024

Après-midi

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

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

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

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

01 Questions jointes de

- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des frais de logopédie" (56000039C)

- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie" (56000046C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'exclusion de certains enfants du remboursement de la logopédie" (56000072C)

- Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des prestations logopédiques mono pour les enfants avec un QI inférieur à 70" (56000434C)

01 Samengevoegde vragen van

- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van kosten voor logopedie" (56000039C)

- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van kosten voor logopedie" (56000046C)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-terugbetaling van logopediekosten voor een bepaalde groep kinderen" (56000072C)

- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van monodisciplinaire logopediesessies voor kinderen met een IQ lager dan 70" (56000434C)

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

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

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

Monsieur le ministre, mes questions sont simples. Pourquoi continuer à exclure du remboursement de

logopédie les enfants autistes et les enfants qui fréquentent l'enseignement spécialisé? Je ne comprends pas la logique sous-tendant ce raisonnement. Pourquoi le régime actuel connaît-il une période transitoire aussi courte? Un test de QI sera-t-il bien maintenu durant la période transitoire?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parlement?

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

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

Malgré l'accord trouvé en mars 2024 sur le remboursement INAMI, il nous revient du terrain que le ressenti est très mitigé. Après avoir échangé avec des professionnels de la santé et des personnes directement concernées, comme les parents, on se rend effectivement compte que trop de critères d'exclusion demeurent. Je prends pour exemple les enfants ayant un trouble envahissant du développement ou un trouble autistique, pour lesquels il faudrait prouver qu'ils sont l'origine du trouble du développement du langage.

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

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

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

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

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

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

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

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

En ce qui concerne les patients atteints d'un trouble du spectre de l'autisme, la nomenclature exclut actuellement le remboursement d'un traitement logopédique en cas de trouble secondaire dû à des affections psychiatriques. Des accords de traitement peuvent dans certains cas être octroyés par les

mutuelles à la condition que le logopède ou le prescripteur du traitement déclare clairement qu'il n'y a pas de lien de causalité entre le TSA et le trouble logopédique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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

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

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

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

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

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

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

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, in opvolging van die belangrijke resolutie zijn er al enkele maatregelen genomen die de toegankelijkheid tot de hoorzorg verbeteren. In november 2022 werd de terugbetaling toegestaan voor een contralaterale toerusting bij patiënten die in eerste instantie, vanwege tijdelijke medische redenen, bijvoorbeeld een oorontsteking, alleen een monofonisch toestel verstrekt kregen, terwijl ze wel voldeden aan de drempelcriteria op het vlak van gehoorverlies aan beide oren.

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

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

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

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

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

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

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

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

Als we dit vergelijken met de gemiddelde terugbetaling van alle types hoortoestellen, dan stellen we vast dat het RIZIV voor een monofonisch BAHA-toestel voor gemiddeld 1.220 euro tussenkomt, tegenover een gemiddelde van 722 euro voor alle hoortoestellen. Ook voor de stereofonische toestellen ligt de terugbetaling voor een BAHA-toestel toch een stuk hoger.

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

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

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

02.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is voor ons interessant om al die gegevens te krijgen. Ik heb twee gezinnen ontmoet waarvan een kind nood heeft aan een botverankerd hoortoestel. Aangezien de terugbetaling ongeveer 30 % bedraagt, betekent het dat zij zelf nog altijd 5.000 euro moeten ophoesten. Dat is een heel hoog bedrag, zeker voor gezinnen in een financieel kwetsbare situatie. We moeten hier dus over nadenken.

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

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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

03.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, les psychologues et

orthopédagogues cliniciens sont des prestataires essentiels de notre système de santé. Les problèmes de santé mentale tout comme les troubles du développement et de l'apprentissage doivent pouvoir être détectés et pris en charge rapidement et par des professionnels compétents. Je pense notamment aux orthopédagogues qui sont devenus des maillons importants notamment au sein des pôles territoriaux qui ont été mis en place en Fédération Wallonie-Bruxelles pour soutenir les écoles de l'enseignement ordinaire dans la mise en œuvre des aménagements raisonnables et de l'intégration des enfants à besoins spécifiques.

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

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

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

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

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

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

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

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

En ce qui concerne l'octroi du visa d'orthopédagoclinicien, l'article 68/2 de la LEPSS (loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé) dispose: "L'agrément en orthopédagogie

clinique ne peut être accordé qu'au porteur d'un diplôme d'enseignement universitaire dans le domaine de l'orthopédagogie clinique, sanctionnant une formation qui, dans le cadre d'un enseignement de plein exercice, compte au moins cinq années d'études ou 300 crédits ECTS, en ce compris un stage dans le domaine de l'orthopédagogie clinique". Voilà ma réponse.

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

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

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

et en sel. Dans le cadre actuel, nous ne pouvons qu'espérer que le secteur va prendre ses responsabilités par rapport à ses propres engagements et que la situation va s'améliorer.

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

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

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

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

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

05 Samengevoegde vragen van

- **Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het RSV-medicijn Beyfortus" (56000196C)**
- **Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de RSV-inenting bij baby's" (56000225C)**

05 Questions jointes de

- **Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Beyfortus, médicament préventif contre le virus respiratoire syncytial (VRS)" (56000196C)**
- **Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du vaccin contre le VRS pour les bébés" (56000225C)**

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

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

Mijnheer de minister, we lezen op VRT NWS dat ouders wier baby in aanmerking komt wellicht een seintje van de huisarts krijgen of een brief van het ziekenhuis waar het kind werd geboren. Is de tweede lijn volgens u een geschikte plaats voor de uitrol van deze campagne? Nemen niet alle huisartsen deel aan de campagne? Hoe moeten we de rol van de huisartsen hierin zien?

De campagne startte op 1 oktober en op die dag moest het vaccin beschikbaar zijn. We hoorden echter

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

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

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

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

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

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

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

Doordat er in oktober maar beperkte hoeveelheden beschikbaar kwamen voor de Belgische markt, werden in de eerste week van oktober alle ziekenhuisapotheken eerst beleverd. Pas vanaf de tweede week van oktober werd het product bestelbaar voor de officina's. Op dit moment zouden er geen leveringsproblemen meer zijn.

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

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

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

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

06 **Samengevoegde vragen van**

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

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

06 **Questions jointes de**

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

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

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

Sinds 2006 neemt in de VS het misbruik van fentanyl in diverse vormen toe. Voorlopige gegevens laten zien dat fentanyl de oorzaak was van een groot deel van de naar schatting 59.000 tot 65.000 druggerelateerde sterfgevallen in het jaar 2016 in de VS. Dat zijn er dus 12 per dag. Fentanyl wordt steeds meer gebruikt voor het versnijden van heroïne. Als de fentanyl niet goed door de heroïne verspreid wordt, treden dodelijke hotspots met fentanyl op. Fentanyl, dat versneden ofwel direct op de zwarte markt verkocht wordt, komt deels uit legale farmaceutische en deels uit illegale productie. Een fenomeen dat in de VS vastgesteld wordt, krijgt ongeveer tien jaar later in West-Europa voet aan wal. Waarschijnlijk is die periode intussen al korter, gelet op het overaanbod aan communicatiemiddelen.

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

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

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

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

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

Volgens dat register zijn er in 2023 53 behandelingen gestart in ziekenhuizen of gespecialiseerde verslavingscentra voor problemen met fentanylgebruik. Die vertegenwoordigen op het nationale niveau 0,17 % van de 30.450 geregistreerde gevallen in 2023. Het aantal is tussen 2015 en 2019 gestegen van 20 naar 52, maar is sindsdien stabiel gebleven. In 2023 werd de meerderheid van de behandelingen, namelijk 44, gemeld door centra of ziekenhuizen in Vlaanderen. Er waren maar zes behandelingen in Wallonië en drie in Brussel.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De derde vraag is voor de minister van Werk.

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

06.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik onthoud dat er eigenlijk weinig geregistreerd wordt in verband met fentanyl. Wat er dan geregistreerd wordt, blijkt nog niet zo alarmerend te zijn, gelukkig maar. We zien echter wel een stijging naar 53 gevallen. Dat is meer dan een verdubbeling. In die zin is het misschien wel alarmerend.

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

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

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

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

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

07.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, voor de ziekte prurigo nodularis was er tot voor kort geen enkel geneesmiddel voorhanden. De patiënten waren gedoemd te leven met verschrikkelijk jeukende bulten en met littekens van het krabben. Gelukkig bracht de Olympiatrial voor die patiënten daar verandering in. Ze konden meedoen aan de derde klinische fase van het geneesmiddel nemolizumab. Dat geneesmiddel bleek aan te slaan, waardoor de patiënten weer een normaal leven konden leiden. In het contract dat ze ondertekenden voor deelname aan de klinische proefperiode, stond uitdrukkelijk dat, indien het geneesmiddel de gewenste resultaten had, de proefpersonen blijvend toegang zouden hebben tot het geneesmiddel in afwachting van de lancering ervan op de markt in België.

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

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

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

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

Ten tweede, het FAGG vroeg inzage in de geïnformeerde toestemming via het ethisch comité en zag daarin geen verbintenis dat de patiënt blijvend toegang zou hebben indien het geneesmiddel de

gewenste resultaten had. Er stond wel dat de patiënt zou kunnen aansluiten bij andere lopende studies met nemolizumab of een medisch noodprogramma, indien beschikbaar. Dat is op dit ogenblik echter niet het geval. Daarom wordt de firma verzocht een medisch noodprogramma op te starten.

Ten derde, het FAGG heeft het nodige onderzoek gedaan naar eventuele alternatieve behandelingen door middel van eigen experts en contact met de Koninklijke Belgische Vereniging voor Dermatologie en Venerologie. Voorts deed het navraag naar lopende dossiers voor marktvergunning. Het FAGG heeft daarna de firma Galderma aangeschreven met in bijlage de conclusie van Koninklijke Belgische Vereniging voor Dermatologie en Venerologie over de medische noodzaak bij die patiënten.

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

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

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

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

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

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

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

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

08.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, door het in werking treden van de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, op 1 juli 2021, mogen vroedvrouwen – en ook vroedmannen, uiteraard – die hun diploma hebben behaald na 1 oktober 2018, alleen verpleegkundige handelingen stellen binnen het terrein van de verloskunde, de fertiliteitsbehandeling, de gynaecologie en de neonatologie. Dat roept een halt toe aan de algemene inzetbaarheid van vroedvrouwen in de ziekenhuizen en in de thuisverpleging ter vervanging van verpleegkundigen, op een moment dat er een grote nood is aan handen in de zorg. Bovendien zijn de opleiding, de vorming en het takenpakket van verpleegkundigen en vroedvrouwen zeer gelijklopend. Enkel de doelgroep verschilt.

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

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

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

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

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

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

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

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

09.01 **Katleen Bury** (VB): *Gesprekken over mentale gezondheid zijn sterk toegenomen op sociale media, vooral op TikTok. Het platform maakt het gemakkelijk voor mensen met mentale klachten om zichzelf te diagnosticeren door video's te bekijken, maar dit leidt soms tot verkeerde zelfdiagnoses en ongeschikte zelfbehandeling.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ik kom tot uw derde vraag. Van de 15 miljoen euro die structureel aan de ziekenhuissector wordt toegekend, werd er in 2023 in 1 miljoen voorzien specifiek voor collectieve projecten en in 2024 in 12 miljoen voor de individuele ziekenhuizen. 2,25 miljoen werd geïnvesteerd in collectieve projecten op het vlak van cybersecurity. Voor die collectieve projecten zullen er ook audits worden georganiseerd. Onder impuls van het Jessa Ziekenhuis is er met die financiering ook vzw Shield opgericht, die cybersecuritydiensten zal leveren aan de ziekenhuizen en het onderwijs. Al meer dan 30 ziekenhuizen zijn partner of zijn geïnteresseerd. Met de resterende 750.000 euro werd gevraagd dat de ziekenhuizen deelnemen aan kennisdelende activiteiten en documenten en kennis ter beschikking van andere ziekenhuizen stellen. Zo werden er meer dan 800 documenten met best practices verzameld die ter beschikking worden gesteld via een online gedeelde bibliotheek.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Preventiebeleid: gezien de hoge prevalentie van incontinentie en de 1,6 miljard euro jaarlijkse kosten, welke preventieve strategieën zijn momenteel geïmplementeerd om incontinentie vroegtijdig te voorkomen, vooral bij risicogroepen zoals vrouwen na de bevalling? En waarom zijn deze nog niet breder uitgerold? Bewustwording en stigma: welke concrete maatregelen gaat u nemen om de publieke en medische bewustwording te vergroten, zodat mensen sneller hulp zoeken?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

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

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

11.06 Katleen Bury (VB): Dank u.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Selon cet arrêté royal, chaque hôpital considéré comme infrastructure critique doit être capable, en cas de menace, de danger immédiat ou sur ordre des autorités compétentes, dans un délai de 30 minutes, de fermer toutes les entrées de chaque bâtiment, de fermer le périmètre autour du site d'une façon autonome (c'est-à-dire sans renfort des services policiers) et d'activer une équipe pour la gestion de crise – qui peut prendre des mesures de sécurité supplémentaires sans qu'elle ne doive être sur place dans cet intervalle de temps.

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

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

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

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

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

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

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

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

Les questions que vous posez concernant l'opérationnalisation du plan et les éléments tels que menaces internes vs. menaces externes devront être pris en compte dans le plan sécuritaire qui incombe aux institutions.

13.03 **Caroline Désir** (PS): Merci, monsieur le ministre, pour ces réponses. Je ne suis évidemment pas encore pleinement rassurée sur le soutien financier car nous connaissons les difficultés financières rencontrées par les institutions hospitalières et, dans certains cas, la mise en œuvre de cet arrêté royal nécessitera des investissements. Nous resterons attentifs à ce dossier.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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

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

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

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

Quelle lecture faites-vous, comme ministre de la Santé, de ce document de la Commission européenne? Permet-il à votre avis de renforcer la législation? Le cas échéant, quels sont ces axes de renforcement?

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

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

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

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

Une évaluation du plan tabac aura donc lieu en 2025. À cette date, un dialogue politique devra avoir lieu en vue d'y introduire éventuellement de nouvelles mesures. Je pense, par exemple, à l'analyse

menée par mon administration dans le cadre de la stratégie interfédérale, dans laquelle les terrasses et les plages ont été identifiées comme prioritaires pour la poursuite du développement des environnements sans fumée. L'OMS souligne aussi depuis des années que la Belgique doit mettre fin aux fumoirs. Malheureusement, cette suppression n'a pas fait l'unanimité.

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

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

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

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

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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

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

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

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

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

Des études scientifiques ont-elles pu être menées sur la sensibilité et la spécificité des tests actuellement disponibles? Existe-t-il une nomenclature spécifique pour les tests qui ont une portée de dépistage plus large, réalisés par les centres de génétique reconnus? Si non pourquoi?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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