

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 28 APRIL 2026

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 28 AVRIL 2026

Après-midi

De behandeling van de vragen vangt aan om 16.50 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Jan Bertels.

Le développement des questions commence à 16 h 50. La réunion est présidée par M. Jan Bertels.

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

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

De **voorzitter**: Zoals afgesproken werd in de Conferentie van voorzitters, heeft de minister antwoorden voorbereid tot en met vraag nr. 56014839C van mevrouw Ramlot. Daar zullen we uiterlijk stoppen, maar een aantal vragen zal ook wegvallen om verschillende redenen.

01 **Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La campagne de dépistage sanguin des PFAS en Wallonie et la coordination avec l'autorité fédérale" (56014038C)**

01 **Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Waalse PFAS-bloedonderzoekscampagne en de coördinatie met de federale overheid" (56014038C)**

01.01 **Hervé Cornillie (MR):** Monsieur le premier ministre, nous connaissons bien les PFAS, surtout sous le nom de polluants éternels, en raison de leur persistance dans l'environnement et dans l'organisme. Ils constituent une véritable préoccupation de santé publique, notamment depuis un scandale récent en Wallonie lié à la contamination de l'eau, ou encore en Flandre, dans les zones industrielles d'Anvers.

Tout à l'heure, des visiteurs étaient présents dans cette salle. Ils venaient de Tourpes, l'un des villages touchés par la distribution d'eau polluée. Depuis le scandale, dans les communes concernées – notamment Chièvres, Ath, Beloeil et Leuze-en-Hainaut pour la Wallonie –, les habitants âgés de plus de 12 ans peuvent bénéficier gratuitement d'un test sanguin pour mesurer leur imprégnation aux PFAS et se faire une idée de leur état de santé, puisque l'on sait que ces substances peuvent notamment favoriser certains cancers.

Cette initiative régionale intervient dans un contexte où les campagnes de biomonitoring existantes ont déjà mis en évidence une sur-imprégnation préoccupante d'une partie de la population dans certaines zones. Cela a conduit les autorités à renforcer la vigilance, la surveillance environnementale et les mesures d'accompagnement sanitaire.

Étant donné les implications pour la santé et la dimension transversale de cette problématique – qui relève à la fois des compétences régionales en matière d'environnement et d'eau, et des compétences fédérales en matière de santé publique et de normes sanitaires –, la coordination entre les différents niveaux de pouvoir apparaît, à mon sens, essentielle.

Dans ce contexte, monsieur le ministre, premièrement, avez-vous été officiellement informé du lancement de cette campagne de dépistage sanguin des PFAS organisée par la Wallonie?

Deuxièmement, existe-t-il une concertation formelle entre vous – ou en tout cas le SPF Santé publique – et les autorités régionales dans le cadre du suivi sanitaire des populations exposées aux

PFAS et de l'interprétation des résultats du monitoring?

Troisièmement, le gouvernement fédéral envisage-t-il d'élaborer, en collaboration avec les régions, des lignes directrices nationales pour la prise en charge médicale et le suivi des personnes présentant des niveaux élevés de PFAS dans le sang? En effet, nous avons pu constater dans d'autres domaines qu'en l'absence de coordination, l'efficacité des actions menées s'en trouve souvent réduite.

Enfin, quelles initiatives comptez-vous prendre, en concertation avec les entités fédérées – compte tenu de la réalité institutionnelle belge – afin de renforcer la prévention et la surveillance sanitaire liées à ces substances au niveau national?

01.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Merci pour vos questions.

Je n'ai pas été informé de cette nouvelle campagne par la Région wallonne. À vrai dire, aucune obligation ne l'imposait.

Le 15 octobre 2025, la conférence interministérielle a décidé de renforcer la coordination interfédérale en créant un groupe de travail administratif chargé d'harmoniser les communications, de coordonner les actions et de diffuser les recommandations scientifiques. La Wallonie en assure le *lead*, mais les travaux n'ont pas encore été lancés.

En décembre 2024, la conférence interministérielle Santé – en réponse à votre troisième question – a demandé l'élaboration de recommandations préliminaires, publiées en juillet 2025. Elle a également sollicité un avis plus complet destiné à guider les professionnels de santé dans la prise en charge des personnes présentant une concentration sanguine élevée en PFAS. Le résultat est attendu pour l'été de cette année.

Ce deuxième avis portera notamment sur les professions particulièrement exposées, par exemple les pompiers, ainsi que sur les femmes enceintes, les mères allaitantes et les nourrissons. Il abordera également l'interprétation clinique des résultats de biomonitoring. Le KCE, Sciensano et, si nécessaire, le Conseil Supérieur de la Santé ont été mandatés pour élaborer ces recommandations.

S'agissant de votre quatrième question, le rapport du KCE du 2 juillet 2025 confirme que les tests sanguins individuels pour les PFAS ne sont pas utiles à ce stade. Les efforts doivent donc se concentrer sur la recherche, la prévention et une communication harmonisée.

La conférence interministérielle a fixé trois priorités: améliorer la communication; renforcer la recherche et participer aux initiatives européennes comme le EU Partnership for the Assessment of Risks from Chemicals (PARC).

En parallèle, la Belgique agit pour réduire l'exposition aux PFAS via la recherche, des mesures européennes, dont REACH, et la coordination entre niveaux de pouvoir. Les régions restent compétentes pour le biomonitoring humain et participent au programme européen.

01.03 Hervé Cornillie (MR): Merci, monsieur le ministre, pour vos éléments de réponses détaillés.

J'ai pris bonne note que le groupe de travail n'avait pas encore vraiment livré ses premiers fruits. Espérons qu'il le fasse rapidement puisqu'il s'agit vraiment d'une problématique de santé environnementale importante pour nos concitoyens, tant flamands que wallons. J'ai bien compris également qu'il n'y avait pas d'obligation institutionnelle de communiquer. Mais quand on me parle d'une meilleure coordination en conférence interministérielle santé, je me dis naïvement que l'information en fait partie. Cela me paraît élémentaire, mais c'est parce que je suis sans doute un petit peu trop naïf dans certains cas.

Je souhaite évidemment que ces recommandations et la réflexion puissent avancer, car s'agissant de polluants éternels – qui sont partout –, c'est bien la recherche d'alternatives qui offre une piste à moyen et à long terme pour la santé et l'environnement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les conditions contractuelles du poste médical avancé (PMA)" (56014042C)

02 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De contractvoorwaarden voor een vooruitgeschoven medische post (VMP)" (56014042C)

02.01 **Hervé Cornillie** (MR): Monsieur le ministre, cette question était initialement adressée à M. Quintin, parce que je l'associais aux grands événements et à la sécurité. Elle a été renvoyée vers vous, ce qui est très bien.

À l'occasion de festivités locales, régionales, nationales, la mise en place d'un poste médical avancé (PMA) constitue fréquemment une des conditions imposées par l'autorité communale ou recommandées dans le cadre de l'analyse des risques réalisée par les services de police et de secours et la planification d'urgence.

Les postes médicaux avancés jouent un rôle essentiel dans le dispositif de sécurité, car ils sont véritablement l'opérateur en première ligne en cas de besoin. Il apparaît toutefois que, dans la pratique, certaines structures de PMA incluraient dans leurs conditions contractuelles la prise en charge par l'organisateur de boissons, de repas, d'autres facilités logistiques, d'avantages divers et variés pour le personnel mobilisé. Ces éléments seraient parfois intégrés dans les négociations tarifaires. On peut se poser des questions sur la légalité de ceux-ci, mais vous répondrez bien sûr là-dessus.

Une telle pratique soulève plusieurs questions. D'une part, elle peut représenter un coût supplémentaire pour les organisateurs, et on sait qu'il est de plus en plus compliqué pour les organisateurs de pouvoir rencontrer tous les défis que suppose l'organisation d'un événement, quel qu'il soit, en particulier pour les petites associations et les comités bénévoles.

D'autre part, cela soulève des interrogations en matière d'organisation, d'égalité de traitement entre les opérateurs, et, le cas échéant, de légalité au regard des règles applicables aux missions de sécurité et de secours.

Monsieur le ministre, quel est le cadre réglementaire applicable aux postes médicaux avancés lors d'événements publics? Y a-t-il une distinction claire entre la mission réelle de santé et tout ce qui tourne autour? Les pratiques consistant à conditionner l'intervention d'un PMA à la prise en charge de repas, boissons ou autres avantages logistiques sont-elles conformes au cadre légal et aux règles de bonne gouvernance?

Des lignes directrices ou des recommandations pourraient-elles être établies afin d'assurer la transparence, la proportionnalité des coûts et la sécurité juridique pour les organisateurs?

Merci, monsieur le ministre, de ce que vous me direz à ce sujet.

02.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Sur votre première question, l'autorisation d'événements dans l'espace public ou accessible au public relève de la compétence communale. Les principes de préparation, d'autorisation et d'encadrement sont repris dans la circulaire OOP 41*bis* du 30 janvier 2025.

Cette circulaire balise le processus tout en ne constituant pas pour l'autorité communale un cadre contraignant.

Au niveau du dispositif médical, psycho-social et sanitaire, la commission provinciale d'aide médicale urgente émet, sur demande ou d'initiative, un avis à destination de l'autorité communale. L'avis de cette commission peut notamment prévoir la mise en œuvre d'un dispositif médical préventif, comprenant des équipes d'intervention, ambulances et postes de soins, ainsi que des conditions organisationnelles comme des chemins d'accès et des mesures de prévention.

La plupart des communes intègrent de manière systématique les conditions fixées dans cet avis dans leur autorisation, rendant celui-ci *de facto* contraignant pour l'organisateur.

À la demande de l'autorité communale, les inspections fédérales d'hygiène peuvent effectuer des contrôles afin de vérifier la conformité du dispositif par rapport à leur avis.

Quant à votre deuxième question, la chaîne fédérale des secours intervient dans le cadre de situations d'urgence collective et non pour des événements planifiés sur lesquels porte votre question.

Pour les événements planifiés, l'autorité communale transmet l'avis de la commission provinciale d'aide médicale urgente à l'organisateur, qui est ensuite libre de choisir le prestataire de son choix. De nombreuses organisations offrent ce type de services dans notre pays. Les obligations à respecter découlent de l'avis de la commission et ne sont pas liées à la nature du prestataire. Mon administration n'intervient pas dans le processus de sélection des prestataires.

À votre troisième question, je répondrai que la discussion sur les prix s'opère entre l'organisateur et son prestataire. Le devis établi par le prestataire reprend les différents coûts liés aux dispositifs matériels, personnels, éléments logistiques. Dans les éléments liés au personnel, les organisations travaillent souvent avec du personnel bénévole et défrayé comme tel. Les prestataires proposent donc généralement deux options pour la subsistance de celui-ci: facturation d'un forfait de subsistance ou livraison par l'organisateur de la subsistance. Ces éléments relèvent de la validation d'un devis de prestation de services qu'il ne m'appartient pas de régler.

Concernant votre quatrième question, les aspects liés aux coûts et aux modalités pratiques relèvent de la relation contractuelle entre l'organisateur et le prestataire et ne font pas l'objet d'une réglementation spécifique par mon administration.

02.03 **Hervé Cornillie** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir dressé un état des lieux en répondant à mes quatre sous-questions.

Vous avez rappelé que les termes de la circulaire et les conditions entraînent souvent des obligations pour les organisateurs. Il reste néanmoins, et heureusement, une liberté de choix entre les différents prestataires. Par ailleurs, vous indiquez l'absence d'intervention de votre part ou de vos services à travers une législation. Enfin, les offres complémentaires relèvent justement du choix des organisateurs et de leurs relations contractuelles avec les prestataires. Ce sont des banalités, même si nous pouvons quand même nous interroger sur l'établissement de lignes directrices en vue d'éviter des abus. Cela fera peut-être l'objet d'une future question.

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

03 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitbreiding van het zorgtraject voor long covid naar andere aandoeningen" (56014146C)

- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het zorgtraject voor longcovidpatiënten" (56014836C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toekomst van het longcovidzorgtraject" (56015489C)

03 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'extension du trajet de soins pour le covid long à d'autres affections" (56014146C)

- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le trajet de soins "covid long"" (56014836C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avenir du trajet de soins pour le covid long" (56015489C)

03.01 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, patiëntenverenigingen hebben hun bezorgdheid geuit over de plannen om het bestaande zorgtraject voor long covid uit te breiden naar andere aandoeningen met langdurige en moeilijk te behandelen klachten, zoals het chronischevermoeidheidssyndroom/ME en gelijkaardige ziektebeelden. De verenigingen vrezen ervoor

dat het samenbrengen van zeer uiteenlopende aandoeningen en klachten in één zorgmodel de nodige differentiatie en zorg op maat kan bemoeilijken.

Wat is de stand van zaken van de plannen om het zorgtraject uit te breiden naar andere aandoeningen met langdurige klachten?

Op welke manier zal in dat zorgtraject rekening worden gehouden met de verschillen tussen de diverse aandoeningen en patiëntengroepen?

Naar verluidt zou het zorgpad zich sterk focussen op interventies vanuit de eerstelijnszorg. Men vreest dat artsen-specialisten en gespecialiseerde centra minder betrokken zullen worden.

In welke mate wordt binnen het zorgpad rekening gehouden met patiënten die al langdurig ziek zijn en niet alleen met patiënten bij wie de aandoening recent is ontstaan?

Op welke manier worden de bezorgdheden en voorstellen van patiëntenverenigingen meegenomen?

03.02 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, lors des débats relatifs au projet de loi portant des dispositions diverses en matière de soins de santé, vous avez indiqué qu'une nouvelle convention était en cours d'élaboration, laquelle pourrait inclure, outre les patients atteints de covid long, d'autres patients présentant des plaintes similaires de fatigue persistante et de limitations fonctionnelles.

Vous avez précisé que vos services examinent actuellement, en collaboration avec des experts et des prestataires de soins, la possibilité de mettre en place un trajet de soins pour un groupe cible plus large de patients présentant des symptômes similaires, ainsi que la question de la composition de ce groupe cible.

À la fin du mois de septembre 2025, l'INAMI a organisé une réunion de consensus avec des experts afin de parvenir à une délimitation de ce groupe cible. Les participants se sont accordés sur les caractéristiques que les patients devaient présenter pour pouvoir être intégrés dans ce trajet, mais ils doivent encore s'accorder sur les critères d'inclusion.

Après de nombreuses concertations parallèles avec différents experts des premières, deuxième et troisième lignes, une deuxième grande réunion en présence de l'ensemble des experts a récemment eu lieu. Cette concertation est encore en cours.

Lors des débats relatifs à votre note de politique générale, vous avez indiqué qu'un nouveau parcours générique pour le covid long est en cours d'élaboration. Vous avez précisé être conscient des critiques, des attentes ainsi que des difficultés inhérentes à cette discussion.

Il est nécessaire de mettre en place un parcours pour les pathologies telles que le covid long et la fibromyalgie, ainsi que pour d'autres infections dont le diagnostic n'est pas toujours clair.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous informer sur les travaux déjà réalisés concernant ce nouveau trajet de soins? Pourriez-vous nous éclairer sur les critiques, les attentes ainsi que les difficultés inhérentes à cette discussion? Disposez-vous d'un planning précis des travaux à ce sujet? Quand de nouvelles conventions seront-elles mises en place?

03.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, mevrouw Ramlot, de huidige overeenkomst Long-COVID-19 loopt inderdaad af op 31 december van dit jaar. Momenteel wordt er gewerkt aan een nieuwe overeenkomst die zich zal richten op een bredere doelgroep dan alleen maar de patiënten met long covid. Op dit moment worden daarover diepte-interviews met patiënten van verschillende patiëntenverenigingen afgenomen. Verder loopt er nog een literatuurstudie omtrent verschillende gelijkaardige ziektebeelden die mogelijk zullen worden meegenomen in het nieuwe zorgpad. De resultaten van de lopende onderzoeken zullen mee de verdere uitbouw van het zorgpad vormgeven.

Madame Ramlot, je pense que les réponses à votre question concernant les critiques et les difficultés inhérentes à la création de ce trajet de soins se trouvent dans la question de Mme De Knop. Comme je viens de le dire, mon cabinet ainsi que l'INAMI sont en contact étroit avec les patients. Les

discussions sont ouvertes et en cours afin de créer le trajet de soins le plus adapté aux besoins des personnes concernées.

De keuze om het zorgpad open te stellen voor een bredere doelgroep vertrekt vanuit de vraag om meer patiëntengroepen met vergelijkbare functioneringsproblemen toegang te geven tot passende ondersteuning.

Dat betekent niet – en ik wil dat echt wel onderstrepen – dat alle patiënten dezelfde uitwerking of behandeling zullen krijgen. Het zorgpad moet een flexibel kader bieden dat rekening houdt met de heterogene aard van de klachten en waarin de nadruk ligt op een gepersonaliseerd behandelplan. Het beoogt zeker geen uniforme, generieke benadering voor de volledige doelgroep.

Op dit ogenblik zijn er nog gesprekken lopende met de verschillende stakeholders, namelijk artsen uit de eerste lijn, maar ook uit de tweede en de derde lijn, de verzekeringsinstellingen, de wetenschappelijke verenigingen, het KCE en Sciensano, alsook met de patiëntenverenigingen.

De verdere besprekingen en werkgroepen zullen verder vormgeven aan de structuur van het zorgpad en het kader waarin zal worden gewerkt. Zowel interventies in de eerste lijn als interventies in de tweede en de derde lijn zullen aan bod komen bij de verdere bespreking. Er zal ook rekening worden gehouden met zowel de patiënten die al langdurig ziek zijn, als patiënten bij wie de aandoening in kwestie pas recent is ontstaan.

03.04 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, ik heb voorlopig geen verdere vragen. Bedankt voor uw antwoord.

03.05 Carmen Ramlot (Les Engagés): En effet, il s'agit d'une matière dont la complexité n'enlève rien à l'importance. C'est un combat à la fois nécessaire et difficile. Il s'agit de mettre en place un trajet de soins pour un ensemble de patients présentant des symptômes similaires, alors même que ces symptômes peuvent être liés à des pathologies différentes, parfois très diverses. On comprend dès lors la difficulté, ainsi que la nécessité d'avancer malgré l'urgence de certaines situations qui peuvent être difficiles. Il convient de progresser avec prudence dans un domaine qui s'apparente à une véritable jungle de signaux ambigus, parfois contradictoires. Il faut poursuivre, comme vous le faites, courageusement. Il est nécessaire d'avancer dans la définition et la constitution de ce groupe cible polymorphe, tout en progressant en parallèle dans la mise au point du trajet de soins. Tel est l'enjeu, dont je mesure pleinement les obstacles et la complexité.

J'espère que ces difficultés ne seront pas de nature à vous décourager ni à freiner cet élan. J'espère également que vous, vos équipes et vos experts pourrez tirer le meilleur parti des recherches et des expériences développées chez nos voisins, en collaboration avec leurs experts. L'enjeu est à la hauteur du défi. Il s'agit de patients atteints de covid long ainsi que de patients souffrant de maladies mal définies mais présentant des symptômes similaires. Ce sont des personnes qui ont déjà beaucoup souffert, qui souffrent autant, sinon davantage, de l'incertitude et de l'absence de perspectives claires que de leurs douleurs physiques. L'enjeu est donc majeur, tant sur le plan humain que médical.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme de la prise en charge des troubles du sommeil" (56014252C)

- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le diagnostic et le traitement des apnées du sommeil" (56014840C)

04 Samengevoegde vragen van

- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming met betrekking tot de behandeling van slaapstoornissen" (56014252C)

- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De diagnose en behandeling van slaapapneu" (56014840C)

04.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, en septembre dernier, je vous

interrogeais sur le diagnostic et le traitement des apnées du sommeil, notamment sous l'angle du délai d'attente important auquel les citoyens sont confrontés avant de pouvoir bénéficier d'une étude du sommeil dans un centre agréé et sous l'angle de l'augmentation du nombre de tests et du budget y étant consacré.

Vous m'aviez alors répondu que: "Les tests à domicile pour le diagnostic du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) peuvent réduire les listes d'attentes parce qu'ils peuvent remplacer une polysomnographie (PSG) réalisée à l'hôpital pour certains patients. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) y souscrit et prône une réforme du diagnostic et du traitement."

Vous aviez également indiqué que: "L'INAMI travaille à une réforme de la réglementation actuelle relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées du sommeil sur la base des recommandations du KCE. Cette réforme vise à lutter contre le sous-diagnostic et la prise en charge insuffisante de ce syndrome, en facilitant l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité, tout en améliorant le rapport coût-efficacité des soins liés à l'apnée du sommeil."

Vous avez également dit que: "Les discussions sur la réforme de la réglementation actuelle en matière de diagnostic et de traitement de l'apnée du sommeil sont toujours en cours. Toutes les parties concernées y participent, notamment les associations de patients, les associations de médecins généralistes, les spécialistes du sommeil, les médecins spécialisés ORL, les spécialistes OAM, les fédérations hospitalières et les entreprises actives dans ce domaine."

Monsieur le ministre, je souhaiterais disposer de données récentes au sujet de cette réforme. Pourriez-vous nous éclairer sur les discussions auxquelles participent toutes les parties prenantes? Quels sont les obstacles actuels et quelles modifications seront nécessaires pour permettre la mise en œuvre de cette réforme? Quand peut-on espérer cette mise en œuvre?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Ramlot, les discussions se poursuivent et portent sur les modalités pratiques qui seront d'application et qui seront intégrées et réglées via les nouvelles réglementations.

Au cours du premier trimestre 2026, deux groupes de travail se sont réunis pour se pencher sur ces modalités pratiques. Les principes définitifs seront établis dans les prochaines semaines.

Il s'agit donc de répondre à différentes questions telles que: comment le médecin, généraliste entre autres, peut-il soupçonner un syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez un patient? À quelles indications un patient doit-il répondre pour qu'un test diagnostique à domicile puisse être prescrit et réalisé? Dans quel cas une polysomnographie à l'hôpital est-elle encore nécessaire? Quels sont les critères qui déterminent qu'un test est valide? Comment le suivi du patient doit-il être assuré après la période de suivi d'un an par le centre du sommeil? Comment la transition entre l'ancien et le nouveau système doit-elle s'opérer?

Pour répondre à ces différentes questions, au cours du premier semestre 2026, deux groupes de travail ont été constitués et réunis. Les principes définitifs seront établis dans les prochaines semaines. Une nouvelle prestation devra être créée pour les médecins généralistes dans le cadre de la nomenclature, et un remboursement de prestations de diététique sera prévu également.

Une évolution progressive vers 45 % de tests à domicile est attendue sur une période de trois ans. L'objectif final à atteindre sur cinq ans est 70 %. Une analyse financière est en cours. Les résultats définitifs de cette analyse sont également attendus dans les prochaines semaines. L'ambition est de mettre en œuvre la réforme au 1^{er} janvier 2027.

En ce qui concerne les délais d'attente, le recours aux tests diagnostiques à domicile va faire en sorte de désengorger les centres du sommeil à l'entrée afin d'augmenter leur capacité diagnostique et, ce faisant, de réduire le délai d'accès au diagnostic.

Plusieurs études randomisées organisationnelles montrent déjà que le recours au test diagnostique du SAOS à domicile réduit le délai d'accès au diagnostic et au traitement, en comparaison à la PSG à l'hôpital. Cet aspect fera en tout cas l'objet d'une évaluation spécifique.

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

Je pense qu'il n'y a pas besoin que j'insiste pour vous convaincre. Je suis peut-être un peu déçue que cela prenne autant de temps, mais je peux comprendre que ce n'est pas si simple à organiser.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Présidente: Ludivine Dedonder.

Voorzitster: Ludivine Dedonder.

05 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'hypertension chez les travailleurs en Belgique" (56015157C)

05 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Verhoogde bloeddruk bij werknemers in België" (56015157C)

05.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, je renvoie au texte de ma question déposée.

Monsieur le ministre, une analyse récente effectuée en 2025 sur près de 74 000 examens médicaux préventifs révèle une situation particulièrement préoccupante en matière de santé cardiovasculaire chez les travailleurs en Belgique.

Selon cette analyse, 67 % des travailleurs présentent une tension artérielle supérieure à la normale. Plus inquiétant encore, 23 % souffrent d'hypertension, c'est-à-dire d'une pression artérielle d'au moins 140/90 mmHg. À peine un tiers des travailleurs examinés présentent des valeurs normales.

Les résultats montrent également des disparités importantes selon le sexe et l'âge: 46 % des hommes présentent une tension élevée et 25 % une hypertension, contre respectivement 36 % et 17 % chez les femmes; les travailleurs masculins de plus de 55 ans sont particulièrement touchés.

L'étude met également en évidence des différences entre secteurs d'activité, avec des taux particulièrement élevés dans les métiers de l'information et de la communication.

Or, comme le rappellent les médecins du travail, l'hypertension est souvent qualifiée de "tueur silencieux", car elle reste longtemps asymptomatique tout en augmentant fortement les risques d'AVC, d'infarctus, d'insuffisance cardiaque ou d'atteintes rénales.

Ces résultats posent clairement la question de la détection précoce et de la prévention cardiovasculaire, notamment dans la population active.

Dès lors, monsieur le ministre, comment analysez-vous ces résultats particulièrement préoccupants concernant la prévalence de l'hypertension chez les travailleurs belges? Existe-t-il aujourd'hui une stratégie nationale spécifique visant à renforcer le dépistage précoce de l'hypertension, notamment via la médecine du travail et la première ligne de soins? Quelles actions supplémentaires le gouvernement envisage-t-il pour améliorer la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires en particulier chez les travailleurs? Une collaboration renforcée avec les services de médecine du travail est-elle envisagée afin d'identifier plus rapidement les situations à risque et orienter les patients vers une prise en charge adéquate?

Je vous remercie.

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Les résultats évoqués sont préoccupants et rappellent l'importance d'agir sur la santé cardio-vasculaire de la population. L'accord de gouvernement prévoit, entre autres, la mise en place d'un plan interfédéral dédié à la santé cardio-vasculaire. L'hypertension, souvent silencieuse, nécessite un renforcement de la prévention et du dépistage, dans une collaboration étroite entre les différents niveaux de pouvoir.

Mes services travailleront cette année à l'élaboration de ce plan interfédéral cardio-vasculaire, qui

visera à améliorer de manière cohérente la prévention, le dépistage et la prise en charge, en intégrant l'ensemble des facteurs de risque, dont l'hypertension. Les entités fédérées – compétentes en matière de prévention – seront pleinement associées à ce processus. Les concertations débuteront dès l'été 2026, afin de construire une stratégie coordonnée et efficace.

Nous examinerons également la pertinence d'actions spécifiques pour les groupes les plus vulnérables. Enfin, nous analyserons l'opportunité de renforcer la collaboration avec la médecine du travail, acteur clé pour repérer précocement les travailleurs à risque et les orienter vers une prise en charge appropriée. Je reste déterminé à améliorer durablement la santé cardio-vasculaire de notre population.

05.03 Ludivine Dedonder (PS): Merci pour votre réponse. Nous continuerons à suivre ce dossier et à évaluer les résultats de ces différentes analyses.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les conseils nutritionnels des outils IA et les risques pour les adolescents" (56015158C)

06 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Voedingsadvies via AI-tools en de gevaren voor adolescenten" (56015158C)

06.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, je renvoie au texte de ma question déposée.

Monsieur le ministre, de récentes recherches scientifiques publiées dans Frontiers in Nutrition mettent en évidence un phénomène préoccupant: les adolescents qui suivent des conseils diététiques fournis par des modèles d'intelligence artificielle populaires reçoivent des recommandations largement inadéquates, voire dangereuses pour leur santé.

Selon cette étude, des plans alimentaires générés pour des jeunes de 15 ans en surpoids présentent un déficit moyen d'environ 700 calories/jour par rapport aux recommandations de professionnels de santé. Ces régimes sont également déficitaires en nutriments essentiels tels que la vitamine D, le fer ou le calcium, indispensables à la croissance.

Les experts alertent sur les conséquences potentielles: risque accru de carences nutritionnelles chez des adolescents en pleine croissance; développement de troubles du comportement alimentaire; effets métaboliques négatifs, notamment via le phénomène de yo-yo; influence de contenus non scientifiques ou de "modes alimentaires" relayées par ces outils.

Dans un contexte où les jeunes se tournent de plus en plus vers les outils numériques pour obtenir des conseils en matière de santé, cette situation soulève des questions de sécurité sanitaire, de prévention et d'encadrement de l'information.

Monsieur le ministre,

1. Avez-vous connaissance de ces travaux et de l'impact potentiel des outils d'IA sur les comportements alimentaires des jeunes en Belgique?

2. Des études ou un suivi existent-ils au niveau fédéral ou via Sciensano concernant l'usage des IA en matière de conseils de santé, en particulier chez les adolescents?

3. Quelles mesures envisagez-vous pour mieux encadrer ou accompagner l'usage de ces outils lorsqu'ils délivrent des conseils nutritionnels ou de santé?

4. Une campagne de sensibilisation à destination des jeunes et des parents est-elle envisagée afin de rappeler que les conseils médicaux ou diététiques doivent être validés par des professionnels?

5. Comment le gouvernement entend-il collaborer avec les entités fédérées pour prévenir les risques liés à ces nouveaux usages numériques?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, concernant votre première question, ces travaux s'inscrivent dans une littérature scientifique montrant que certains outils numériques, y compris ceux basés sur l'intelligence artificielle, peuvent influencer les comportements alimentaires, surtout chez les jeunes. Les réseaux sociaux véhiculent souvent des images corporelles idéalisées, pouvant nuire à l'estime de soi et favoriser des régimes déséquilibrés et insuffisants sur le plan nutritionnel. Il y a donc une raison de s'inquiéter.

En ce qui concerne votre deuxième question, Sciensano assure un suivi régulier des comportements alimentaires et de l'état nutritionnel de la population, y compris des jeunes. Au niveau fédéral, il n'existe à l'heure actuelle pas d'études spécifiquement consacrées à l'analyse de l'utilisation des outils d'intelligence artificielle comme source de conseils nutritionnels ou de santé chez les adolescents.

Troisièmement, l'encadrement de l'utilisation des systèmes d'intelligence artificielle dans le domaine de la santé s'inscrit dans un cadre européen en cours de mise en œuvre, notamment à travers l'AI Act, qui prévoit des obligations accrues pour les applications présentant des risques pour la santé. Par ailleurs, les règles existantes relatives à l'information des consommateurs et aux allégations de santé restent d'application lorsque les recommandations nutritionnelles sont diffusées, quel que soit le support utilisé. Une attention particulière est portée à la nécessité de rappeler que ces outils ne peuvent pas se substituer à l'avis d'un professionnel de santé.

Concernant vos deux dernières questions, je dois dire que la prévention ressort de la compétence des entités déléguées. Le gouvernement fédéral veille à poursuivre la concertation avec ces dernières, notamment dans les enceintes de coopération existantes, afin d'assurer une approche cohérente, combinant prévention, information, surveillance scientifique et sécurité sanitaire.

06.03 Ludivine Dedonder (PS): Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Questions jointes de

- Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le soutien au vecteur héliporté" (56014427C)

- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'hélicoptère du SMUR" (56014595C)

07 Samengevoegde vragen van

- Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De steun voor de helihavens" (56014427C)

- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De mugheli" (56014595C)

07.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous ai déjà interrogé à plusieurs reprises au sujet du soutien au vecteur héliporté. Grâce aux Engagés, l'accord de gouvernement prévoit la "reconnaissance définitive du vecteur héliporté afin d'assurer la pérennité des deux structures héliportées médicales actuelles (Bruges et Bra)".

Lors des débats au sujet de votre note de politique générale, vous avez indiqué avoir reçu le nouvel avis de la Commission fédérale de l'aide médicale urgente (CFAMU) et vouloir demander l'avis de la Commission fédérale des établissements hospitaliers (CFEH) "afin d'élaborer des propositions politiques concrètes concernant la normalisation et le financement de l'hélicoptère d'urgence en tant que fonction hospitalière. Ce travail, qui n'est pas encore terminé, doit être mené dans un contexte budgétaire difficile."

L'hélicoptère médical de Bra assure depuis près de trente ans une mission d'aide médicale urgente héliportée dans des zones rurales de Wallonie caractérisées par une absence de SMUR et de plateaux techniques lourds, couvrant le Sud de la province de Liège, la province de Luxembourg et l'Est de la province de Namur. Ce service fonctionne 24h/24 sans financement fédéral, avec un modèle économique équilibré reposant sur des affiliations volontaires et des dons.

Dans son avis, la Commission fédérale de l'aide médicale urgente reconnaît les défis géographiques et démographiques auxquels sont confrontées certaines régions. Il estime que l'hélicoptère médicalisé doit être intégré dans la structure d'un hôpital et que le décollage physique peut se faire à partir d'un autre lieu que cet hôpital.

Cependant, il recommande aussi que la contribution du patient soit identique quel que soit le vecteur de transport utilisé. Cela aura pour conséquence directe de déséquilibrer le modèle actuel de l'hélicoptère de Bra, au risque de conduire à la disparition de ce service, alors même qu'il n'existe aucune alternative équivalente sur le territoire concerné. Or l'ASBL gestionnaire de l'hélicoptère de Bra ne demande pas de financement fédéral, mais bien une reconnaissance structurelle de son rôle dans l'organisation des secours médicaux urgents.

Monsieur le ministre, le gouvernement envisage-t-il de reconnaître officiellement et durablement le caractère indispensable du service hélicoptère de Bra? Comment comptez-vous articuler les recommandations de la Commission fédérale de l'aide médicale urgente avec la prise en compte de la réalité de l'hélicoptère de Bra et des spécificités de la Wallonie rurale? Enfin, pourriez-vous nous éclairer sur la concertation menée avec l'équipe de Bra?

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Gatelier, comme première étape, j'ai demandé une clarification du nouvel avis du Conseil fédéral de l'aide médicale urgente concernant le HEMS. Le Conseil a recommandé de mettre fin au projet pilote actuellement en cours dans le cadre du HEMS et d'élaborer à la place un cadre durable pour le déploiement du HEMS au sein de l'aide médicale urgente. Étant donné les avis précédents du Conseil fédéral de l'aide médicale urgente sur le même sujet, dans lesquels le Conseil n'avait pas envisagé une telle mesure, j'ai demandé au Conseil de m'indiquer comment je dois interpréter cette nouvelle position.

À la suite de la réception de cette réponse, mes services ont poursuivi une analyse approfondie. Je me prépare maintenant à l'étape suivante, parce que je veux exécuter l'accord du gouvernement. Je tiens ici à vous rassurer très formellement sur ma volonté de le faire.

J'ai donc signé une demande d'avis, qui doit être envoyée au Conseil fédéral des établissements hospitaliers, sur la méthode de financement et l'architecture de l'insertion du HEMS dans le paysage des soins. C'est l'étape que je lance maintenant. J'ai d'ailleurs indiqué une *deadline* dans cette demande d'avis car je souhaite la réponse du Conseil fédéral des établissements hospitaliers avant le 1^{er} septembre.

07.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Merci pour votre réponse qui est rassurante, puisque je vois que vous prenez le dossier à bras-le-corps, même si c'est l'hélicoptère de Bra! C'est un habile jeu de mots qui me permet d'être rassuré. Vous avez compris la difficulté. Je comprends aussi que ce qui est d'autant plus difficile, c'est que vous avez un hélicoptère à Bruges. Ma collègue, j'en suis sûr, aurait aussi défendu l'hélicoptère de Bruges de la même façon.

Mais je tiens aussi à rappeler que les deux hélicoptères ne sont pas comparables, parce qu'ils n'offrent pas les mêmes services. L'hélicoptère de Bruges prend son départ d'un hôpital alors que celui de Bra est vraiment dans un secteur physique séparé.

Vous m'avez dit que vous aviez donné une *deadline* au 1^{er} septembre pour avoir ce dernier avis. Je reviendrai donc vers vous durant le mois de septembre, à la rentrée parlementaire, pour savoir où en est ce dossier.

Je rappelle aussi que l'hélicoptère de Bra fête ses 30 ans l'année prochaine. Donc, j'espère qu'on pourra tous ensemble leur apporter une bonne nouvelle et surtout garantir leur avenir structurel, que toute une région est en droit d'attendre puisque vous le savez, les caractéristiques géographiques de cette Wallonie rurale ne permettent pas qu'un SMUR puisse intervenir dans des limites de temps acceptables.

Je pense que l'un dans l'autre, même pour les budgets des soins de santé et surtout l'aide médicale urgente, l'hélicoptère de Bra a certainement sa place dans la région par rapport à l'installation éventuelle d'un SMUR voiture qui ne serait pas aussi efficace.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

08 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accessibilité aux soins dentaires" (56015159C)

08 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegankelijkheid van tandzorg" (56015159C)

08.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, en janvier dernier, je vous interrogeais sur l'évolution de la pratique dentaire et les risques croissants en matière d'accessibilité aux soins. Depuis lors, les nouveaux chiffres de l'INAMI confirment une double tendance préoccupante: d'une part, des écarts importants de conventionnement entre les régions – 72 % en Wallonie contre à peine 52 % en Flandre – et d'autre part, une progression du conventionnement qui repose largement sur le conventionnement partiel, permettant de ne pas respecter les tarifs officiels à certains moments.

Cette évolution pose un problème fondamental. Elle ne garantit ni un accès réel aux soins ni une protection effective contre l'augmentation des coûts. Comme le souligne notamment Solidaris, cette situation entretient une confusion entre sécurité tarifaire et accessibilité financière. Dans les faits, les suppléments d'honoraires restent importants et le coût des soins dentaires continue d'augmenter directement à charge des patients. Autrement dit, nous risquons de voir se développer une médecine dentaire à deux vitesses, accessible à certains moments ou dans certaines régions, mais de plus en plus coûteuse pour de nombreux citoyens.

Monsieur le ministre, comment analysez-vous cette hausse du coût réel des soins dentaires pour les patients, malgré l'augmentation du taux de conventionnement? Le développement du conventionnement partiel ainsi que des tarifs indicatifs ne nuisent-ils pas à la lisibilité et à la sécurité tarifaire pour les patients? Comment le gouvernement entend-il garantir une véritable accessibilité financière des soins dentaires, et pas uniquement une sécurité tarifaire partielle? Des mesures sont-elles envisagées pour mieux encadrer les suppléments d'honoraires ou pour renforcer l'attractivité du conventionnement complet? Enfin, comment éviter que les écarts régionaux actuels ne renforcent les inégalités entre citoyens en matière d'accès et de coûts des soins?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, je propose que ce soit la dernière question à laquelle je réponde oralement, mais je peux vous donner d'autres réponses dans la procédure écrite. Cela vous convient-il?

La **présidente**: Les questions orales n^{os} 56015161C, 56015162C, 56015163C, 56015164C, 56015160C, 56015165C, 56015166C, 56015167C de Mme Dedonder seront traitées par écrit.

08.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En réponse à votre question sur les soins dentaires, je crois que les résultats montrent que le nouvel accord a permis d'inverser la baisse du taux de conventionnement chez les dentistes, condition essentielle pour son entrée en vigueur, vu le seuil de 60 %.

En l'absence d'accord, la sécurité tarifaire et l'accessibilité financière auraient été compromises, avec un risque de désengagement du modèle de concertation. Il s'agit toutefois d'un accord transitoire, en attendant la réforme prévue pour 2028, notamment à travers une réforme de la nomenclature et un projet de loi-cadre. Cet accord s'inscrit également dans le cadre de la suppression des suppléments pour les patients BIM à partir du 1^{er} juillet en dentisterie et dans un encadrement des suppléments via les tarifs maximaux pour certaines prestations qui n'étaient auparavant réalisées que par des déconventionnés, moyennant des suppléments importants. Le futur cadre légal prévoit davantage de flexibilité pour les dentistes conventionnés, une limitation des suppléments pour les non-conventionnés ainsi que la suppression de certains quorums par arrondissement.

Les données récentes montrent une hausse du nombre de dentistes conventionnés, plus rapide que la croissance du nombre d'actifs dans le secteur. Cette évolution ne s'explique pas uniquement par le conventionnement partiel, qui reste minoritaire et représente 18,75 % des conventionnés. Elle reflète également une augmentation du conventionnement total. À cet égard, notons que le taux de

conventionnement des orthodontistes a doublé à la suite de l'introduction de tarifs maximaux pour certaines de leurs prestations. Enfin, les tarifs maximaux seront progressivement généralisés. Ils offrent une flexibilité à court terme tout en protégeant les patients, notamment via le mécanisme du maximum à facturer (MàF), et renforceront à moyen terme la sécurité tarifaire au sein du système de santé.

08.04 **Ludivine Dedonder** (PS): Merci beaucoup, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.36 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 36.

Schriftelijk behandelde mondelinge vragen

Questions orales traitées par écrit

De antwoorden werden door de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding bezorgd.

Les réponses ont été fournies par le vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté.

09 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La greffe d'utérus" (56015160C)

09 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Baarmoedertransplantaties" (56015160C)

Monsieur le Ministre,

Les avancées médicales en matière de transplantation continuent d'ouvrir des perspectives inédites pour les patientes atteintes d'infertilité utérine absolue, notamment celles souffrant du syndrome MRKH, qui concerne environ une femme sur 4.500.

Depuis la première greffe d'utérus réalisée en Suède il y a une dizaine d'années, plus de 150 transplantations ont été effectuées dans le monde, permettant déjà la naissance d'au moins 65 enfants. En Europe, plusieurs équipes, dont une en Belgique, se sont engagées dans ces protocoles innovants.

Ces interventions, bien que non vitales, s'inscrivent dans une logique profondément humaine : permettre à des personnes privées d'utérus de porter un enfant. Elles posent toutefois des questions importantes, tant sur le plan médical (complexité chirurgicale, recours à l'immunosuppression, fécondation in vitro) que sur le plan éthique (donneuses vivantes, consentement, encadrement des pratiques).

Par ailleurs, la recherche progresse encore, notamment avec les travaux explorant la possibilité de développer des utérus à partir de cellules souches, ouvrant de nouvelles perspectives à moyen ou long terme.

Dans ce contexte, je souhaiterais vous poser les questions suivantes :

Quel est aujourd'hui l'état des lieux des greffes d'utérus en Belgique? Combien d'interventions ont été réalisées, dans quels centres, et avec quels résultats en termes de naissances et de suivi des patientes ?

Quel cadre éthique et réglementaire encadre ces pratiques dans notre pays? Des recommandations spécifiques existent-elles concernant le recours à des donneuses vivantes ou décédées ?

Comment est organisée la prise en charge financière de ces interventions particulièrement complexes ? Sont-elles reconnues et remboursées, en tout ou en partie, par l'assurance obligatoire ?

Un suivi structuré à long terme est-il prévu pour les patientes receveuses et les donneuses, notamment sur les plans médical et psychologique ?

La Belgique soutient-elle la recherche dans ce domaine, notamment les travaux liés aux cellules souches et aux alternatives à la transplantation classique ?

Enfin, une réflexion est-elle menée au niveau fédéral ou européen afin d'harmoniser les pratiques et garantir un accès équitable à ces innovations médicales ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Madame la Représentante,

La greffe d'utérus demeure une pratique expérimentale en Belgique et est développée dans un cadre de recherche clinique à l'UZ Gent. Depuis 2016, un projet y est mené principalement à partir de donneuses décédées après constat de la mort cérébrale. Dès le début, l'équipe médicale est confrontée à une forte pénurie de donneuses, limitant le nombre d'interventions. Une avancée majeure a toutefois été réalisée en janvier 2025, avec la naissance du premier enfant belge post transplantation utérine.

Ces interventions sont strictement encadrées sur le plan éthique. En octobre 2025, le Comité d'éthique de l'UZ Gent a rendu un avis favorable pour explorer, de manière encadrée, la possibilité du don vivant, sur la base de critères stricts et d'un parcours de soins transparent.

Concernant la prise en charge financière, au-delà des remboursements déjà existants pour les consultations et certaines prestations médicales pouvant être facturées, il n'existe à ce jour ni financement spécifique, par exemple pour un parcours de soins, ni nomenclature dédiée pour la transplantation. Une éventuelle intégration dans l'assurance soins de santé pourrait, dans un premier temps, être soumise et analysée au sein des groupes de travail techniques compétents dans le cadre du modèle de concertation.

Enfin, une réflexion est en cours au niveau national. En janvier 2026, l'équipe de l'UZ Gent a saisi le Conseil belge de la transplantation afin d'évaluer l'encadrement, la coordination entre centres et les perspectives d'évolution. Un avis est attendu pour mai 2026, sur base duquel des mesures appropriées pourront être analysées.

10 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prise en charge du lipœdème" (56015161C)

10 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van lipoedeem" (56015161C)

Monsieur le Ministre,

Souvent confondu avec un simple problème de poids ou une mauvaise hygiène de vie, le lipœdème est pourtant une maladie chronique de la graisse, douloureuse et progressive, qui toucherait près d'une femme sur dix et qui apparaît fréquemment dès l'adolescence.

Cette pathologie, encore largement méconnue, se manifeste notamment par une accumulation anormale de tissu graisseux au niveau des membres, des douleurs importantes, des ecchymoses fréquentes et un impact significatif sur la qualité de vie. Elle est également associée à une forte stigmatisation sociale.

Faute de reconnaissance officielle en Belgique et d'outils diagnostiques spécifiques, de nombreuses femmes vivent un véritable parcours du combattant avant d'obtenir un diagnostic. Cette errance médicale retarde la prise en charge et aggrave les symptômes.

Par ailleurs, les traitements conservateurs, tels que le drainage lymphatique, la compression ou la kinésithérapie, permettent de soulager les symptômes, mais ne traitent pas la cause. À ce jour, seule

la lipoaspiration thérapeutique permet de retirer les tissus adipeux pathologiques, sans pour autant faire l'objet d'un remboursement structurel.

Monsieur le Ministre :

Dispose-t-on de données épidémiologiques fiables sur la prévalence du lipœdème en Belgique et sur les délais de diagnostic ?

Quelles mesures entendez-vous prendre pour améliorer la formation des professionnels de santé et réduire l'errance diagnostique des patientes ?

Une réflexion est-elle en cours concernant la prise en charge financière des traitements, en particulier la lipoaspiration thérapeutique, lorsqu'elle est médicalement indiquée ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Chère Madame la Représentante,

À ce jour, il n'existe pas en Belgique de données épidémiologiques nationales spécifiques permettant d'établir avec précision la prévalence du lipœdème ni les délais moyens de diagnostic. Les informations disponibles reposent essentiellement sur des données issues de la littérature internationale.

S'agissant de la formation des professionnels de santé, je rappelle que cet aspect relève des compétences des entités fédérées. Une meilleure reconnaissance de cette pathologie et une diffusion accrue des connaissances médicales restent toutefois importantes pour améliorer la prise en charge.

En ce qui concerne la prise en charge des traitements, une demande visant une approche globale du lipœdème a été transmise à l'INAMI. Ce dossier n'est pas traité à ce stade, notamment compte tenu du contexte budgétaire actuel. La création d'une prestation correspondant à la lipoaspiration thérapeutique sera envisagée dans le cadre de la réforme de la nomenclature. Il est à cet égard essentiel de partir d'éléments scientifiques suffisamment solides afin de déterminer l'approche la plus sûre et la plus efficace.

[11] Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le traitement des troubles dépressifs persistants" (56015162C)

[11] Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van persistente depressieve stoornissen" (56015162C)

Monsieur le Ministre,

Les troubles dépressifs résistants constituent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. De nombreux patients ne répondent pas aux traitements classiques, malgré des années de suivi, de médication et de souffrance persistante.

Dans ce contexte, plusieurs études scientifiques internationales, particulièrement rigoureuses, mettent en évidence des résultats prometteurs concernant l'usage encadré de certaines substances psychédéliques, comme la psilocybine ou le LSD, en association avec une psychothérapie.

Ces travaux indiquent que 30 à 50 % des patients souffrant de dépression résistante pourraient connaître une amélioration significative, voire une rémission, parfois après une seule administration, ce qui constitue un changement de paradigme en psychiatrie.

Par ailleurs, les recherches en neurosciences montrent que ces substances agissent notamment sur la neuroplasticité et les circuits cérébraux impliqués dans les ruminations et les biais cognitifs négatifs, ouvrant ainsi de nouvelles perspectives thérapeutiques.

Cependant, malgré ces résultats encourageants, ces substances restent aujourd'hui strictement interdites en dehors des protocoles de recherche, et aucun traitement n'a encore obtenu d'autorisation de mise sur le marché.

Dans le même temps, on observe une augmentation des demandes de patients et un recours croissant à des usages non encadrés, ce qui pose des questions en matière de sécurité et d'équité d'accès aux soins.

Dès lors, je souhaiterais vous poser les questions suivantes :

Quelle est votre position concernant le développement des thérapies assistées par psychédéliques dans le traitement des dépressions résistantes?

Des études cliniques sont-elles actuellement en cours en Belgique, et des moyens supplémentaires sont-ils prévus pour soutenir cette recherche ?

La Belgique anticipe-t-elle une éventuelle autorisation de mise sur le marché au niveau européen, notamment en termes d'encadrement médical, de formation des praticiens et d'organisation des soins ?

Une réflexion est-elle en cours concernant le développement de nouvelles molécules dérivées, dites « pseudo-psychédéliques », permettant de bénéficier des effets thérapeutiques sans induire d'expérience hallucinatoire?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Madame la Représentante,

1. Je souscris pleinement à la position et aux recommandations émises par l'European Psychiatric Association. Avant d'envisager la mise à disposition de telles thérapies pour les patients, il est indispensable de disposer de recherches supplémentaires, de développer des protocoles thérapeutiques fondés sur des preuves scientifiques solides, ainsi que d'élaborer des lignes directrices standardisées garantissant une application éthique et professionnellement responsable.

[1] Bron : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11795445/> . Destoop M, Mohr P, Butlen F, Kéri P, Samochowiec J, De Picker L, Fiorillo A, Kuypers KPC, Dom G. Use of psychedelic treatments in psychiatric clinical practice: an EPA policy paper. Eur Psychiatry. 2025 Jan 10;68(1):e3. doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.1806. PMID: 39791347; PMCID: PMC11795445.

2. Nous sommes au courant d'un essai clinique en Belgique portant sur l'utilisation de la psilocybine chez les patients hospitalisés souffrant de dépression résistante au traitement.

3. La supervision médicale, la formation du personnel médical et l'organisation des soins ne peuvent être effectuées qu'après l'octroi du AMM. Aucune procédure en cours n'est actuellement connue pour les psychédéliques classiques (comme le LSD, la psilocybine).

D'avantage, Il existe déjà un médicament connu qui est autorisé pour la dépression résistante au traitement : le Spravato (esketamine).

4. Nous sommes au courant d'études cliniques en cours avec la psilocybine qui auraient effectivement un effet thérapeutique sans provoquer d'hallucinations, mais cela reste à évaluer en profondeur.

Au niveau européen, il est également examiné comment les médicaments à base de ces substances peuvent être au mieux réglementés et autorisés. Entre autres, l'EMA a organisé en 2024 un atelier sur le cadre réglementaire des psychédéliques.

12 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Centre Antipoisons et le mauvais usage des médicaments" (56015163C)

12 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Antigifcentrum en het verkeerde gebruik van geneesmiddelen" (56015163C)

Monsieur le Ministre,

Le Centre Antipoisons a enregistré en 2025 un nombre record d'appels, avec 64.775 sollicitations, dont près de 59.000 liées à une exposition potentielle à un produit toxique.

Cette augmentation traduit un bon réflexe de la population, mais elle s'accompagne aussi de nouvelles évolutions préoccupantes.

Près de la moitié des appels concernent des médicaments, notamment le paracétamol, ainsi que certains traitements liés au diabète. Par ailleurs, le Centre souligne l'impact croissant des plateformes d'intelligence artificielle, qui orientent parfois correctement les patients, mais génèrent aussi des appels inutiles ou des demandes de confirmation.

Dans ce contexte, je souhaite vous poser les questions suivantes :

Comment analysez-vous cette augmentation significative du nombre d'appels et, plus largement, l'évolution de la charge de travail du Centre Antipoisons ces dernières années ?

Le Centre dispose-t-il aujourd'hui de moyens humains et financiers suffisants pour faire face à cette hausse d'activité ? Son financement est-il amené à évoluer ?

Ces constats liés au mauvais usage des médicaments se reflète-t-il dans le nombre d'hospitalisations ?

Comment entendez-vous renforcer la sensibilisation aux risques d'intoxication, notamment liés à la banalisation de certains médicaments comme le paracétamol ?

Une réflexion est-elle en cours pour mieux encadrer ou accompagner l'usage des outils d'intelligence artificielle en matière de santé, afin d'éviter des informations inexactes ou anxiogènes ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Madame la Représentante,

Le Centre Antipoisons constate depuis plusieurs années une hausse de certains types d'appels, notamment ceux liés au paracétamol, qui ont encore augmenté de 14 % en 2025 par rapport à 2024. Les appels concernant les médicaments contre le diabète progressent également fortement avec +31 %, dans un contexte marqué par l'arrivée d'une nouvelle génération de traitements utilisés aussi pour la perte de poids. Plus largement, le Centre observe que les évolutions sociétales se reflètent directement dans les questions qui lui sont posées.

Aujourd'hui, le financement du Centre est assuré et permet de garantir son fonctionnement.

Le Centre Antipoisons ne dispose pas de données directes sur le nombre d'hospitalisations ni sur le suivi effectif de ses recommandations de consulter un médecin ou de se rendre aux urgences.

Le Centre Antipoisons accorde une grande importance à la sensibilisation et à l'information, tant auprès du grand public que des soignants et des professionnels. Pour ce faire, il utilise différents canaux.

En ce qui concerne plus particulièrement les médicaments en général, et donc aussi le paracétamol, le Centre Antipoisons travaille en étroite collaboration avec l'AFMPS.

Le Centre cherche à répondre à ce défi en mettant à disposition, via son site web, des informations fiables, claires et accessibles sur les intoxications et leur prévention, et en renforçant progressivement la présence de son expertise en ligne.

Le SPF Santé Publique travaille à l'élaboration d'une proposition relative à l'utilisation de l'intelligence artificielle dans la pratique clinique. Un avis a été demandé au CEBAM.

13 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les allergies aux pollens" (56015164C)

13 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Pollenallergie" (56015164C)

Monsieur le Ministre,

Avec le retour du printemps et l'apparition des pollens de bouleau, des milliers de Belges voient réapparaître des symptômes allergiques parfois lourds : rhinite, conjonctivite, asthme, voire altération importante de la qualité de vie.

Cette problématique est loin d'être marginale : près d'une personne sur dix en Belgique souffre d'allergies au pollen, et les spécialistes observent une progression constante. Celle-ci s'explique notamment par le changement climatique, qui allonge les saisons polliniques, augmente l'intensité des pollens et en renforce le pouvoir allergisant.

Face à cela, les traitements classiques (comme les antihistaminiques) soulagent les symptômes sans agir sur la cause. À l'inverse, l'immunothérapie allergénique, ou désensibilisation, constitue aujourd'hui la seule approche permettant un effet durable, en modifiant la réponse du système immunitaire.

Cependant, ce traitement reste contraignant : il s'étale sur plusieurs années, nécessite un suivi régulier et demeure inégalement accessible, tant en termes de remboursement que de proximité des centres spécialisés.

Dans ce contexte, je souhaiterais vous poser les questions suivantes :

Disposez-vous de données actualisées sur le recours à la désensibilisation en Belgique et sur les éventuelles inégalités d'accès, notamment territoriales ?

Comment évaluez-vous aujourd'hui le niveau de remboursement de ces traitements, en particulier pour les formes utilisées au long cours ?

Des améliorations du remboursement sont-elles envisagées, afin de lever les freins financiers pour les patients, notamment les plus jeunes ou les ménages à revenus modestes ?

Quelles mesures sont prises pour renforcer l'accessibilité de la désensibilisation sur le territoire, notamment face à la pénurie de spécialistes en allergologie ?

Enfin, une stratégie globale est-elle envisagée face à l'augmentation des allergies liées aux changements environnementaux, incluant à la fois prévention, diagnostic et traitement de fond comme l'immunothérapie ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Chère Madame la Représentante,

1. On n'a pas ces données.

2 et 3. Dans le cadre de l'allergie saisonnière, la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) a examiné ces dernières années plusieurs demandes de remboursement pour différents médicaments. Compte tenu des prix demandés par les firmes pharmaceutiques pour ces traitements et du faible niveau d'évidence disponible, aucun remboursement n'a pu être mis en place jusqu'à présent.

Les firmes pharmaceutiques conservent toujours la possibilité de soumettre de nouveaux dossiers de demande de remboursement auprès de la CRM.

Cependant, plusieurs mutuelles proposent un remboursement partiel des traitements de désensibilisation.

4. En Belgique, la désensibilisation est pratiquée par des médecins disposant d'une connaissance approfondie et d'une expérience suffisante en matière d'indications, de contreindications et de complications rares. Il n'existe pas, à ce jour, de titre professionnel spécifique en allergologie en Belgique.

Le Conseil supérieur des médecins examinera une proposition de création d'un titre en allergologie pédiatrique, et l'allergologie adulte sera également évaluée.

5. Il n'existe pas de stratégie nationale spécifique et explicitement dénommée en matière d'allergies, intégrant de manière cohérente la prévention, le diagnostic et les traitements causaux, tels que l'immunothérapie. Cependant, les enjeux liés aux allergies sont partiellement pris en compte dans les politiques d'adaptation au changement climatique. Celles-ci abordent notamment les effets sur la qualité de l'air, les pollens et les maladies respiratoires, avec un accent sur la prévention, la protection des groupes vulnérables, la surveillance et la résilience du système de santé.

14 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La multiplication des injections esthétiques illégales" (56015165C)

14 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toename van het aantal illegale esthetische injectiepraktijken" (56015165C)

Monsieur le ministre,

Les injections esthétiques illégales connaissent une inquiétante progression, y compris en Belgique. Des praticiens non qualifiés proposent, souvent via les réseaux sociaux, des injections de fillers ou de silicone, pourtant strictement encadrées, voire interdites.

Les conséquences peuvent être dramatiques : nécroses, infections graves, voire cécité. Selon la Société belge de médecine esthétique, les complications auraient été multipliées par dix entre 2024 et 2025. Sur le terrain, des chirurgiens témoignent d'une multiplication des interventions de "rattrapage", parfois complexes, avec des résultats incertains.

Cette situation pose une double question de santé publique.

D'une part, celle de la sécurité des patients face à des pratiques illégales en pleine expansion.

D'autre part, celle du financement : aujourd'hui, l'INAMI ne rembourse pas les actes esthétiques, mais certaines complications médicales, y compris lorsqu'elles résultent d'actes posés à l'étranger, peuvent, elles, être prises en charge. Nous nous retrouvons donc dans une situation paradoxale où des pratiques illégales peuvent générer des coûts pour la sécurité sociale.

Dès lors, Monsieur le ministre :

Disposez-vous de données précises sur l'ampleur de ce phénomène en Belgique et sur le coût des complications prises en charge par l'assurance maladie ?

Les missions de la Commission fédérale de contrôle ont récemment été alargées à la médecine esthétique. Quelles autres mesures entendez-vous prendre pour renforcer la lutte contre ces pratiques illégales ou clandestines ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Madame la Représentante,

À ce stade, les données du Résumé hospitalier minimum dont dispose l'administration ne permettent pas de mesurer de façon précise l'ampleur de ce phénomène dans la population, ni les coûts qui en résultent pour l'assurance maladie.

En effet, les complications éventuelles s'inscrivent dans des trajectoires de soins plus larges (consultations, imagerie, traitements ou interventions), sans codage spécifique qui les identifie clairement comme cause principale. Dès lors, ni la prévalence ni l'impact budgétaire ne peuvent être estimés de manière fiable sur la base des données actuelles.

Je vous remercie d'avoir souligné l'élargissement des compétences de la Commission fédérale de contrôle. Celle-ci peut agir plus activement contre les pratiques illégales, notamment les infractions à la loi relative à la chirurgie esthétique. En cas de constat d'infraction, le dossier est transmis au parquet. Si celui-ci ne donne pas suite, une amende administrative peut être imposée. La possibilité pour les inspecteurs de constater d'éventuelles infractions est également renforcée par cette modification législative. Il s'agit, à mon avis, de mesures prises importantes.

15 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La consommation d'antidépresseurs et l'usage de longue durée" (56015166C)

15 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het (langdurige) gebruik van antidepressiva" (56015166C)

Monsieur le Ministre,

La Belgique figure parmi les pays les plus consommateurs d'antidépresseurs en Europe et au sein de l'OCDE. Une étude récente menée par la Mutualité chrétienne en collaboration avec l'UGent met en évidence une évolution particulièrement interpellante sur la période 2013-2023.

Alors que le nombre de nouveaux utilisateurs a diminué de moitié, la consommation globale continue pourtant d'augmenter fortement. Ce paradoxe s'explique principalement par un allongement préoccupant de la durée des traitements. Aujourd'hui, près d'un tiers des patients prennent des antidépresseurs pendant plus de 15 mois, alors même que les recommandations cliniques préconisent une réduction progressive après six à douze mois lorsque l'état du patient s'améliore.

L'étude pointe également un phénomène d'inertie thérapeutique, en particulier en médecine générale, où sont prescrits près de 80 % des antidépresseurs. Les patients suivis par un médecin généraliste sont davantage exposés à des traitements de longue durée, notamment en raison d'un suivi régulier mais peu réévalué.

Cette situation interroge à plusieurs titres : qualité du suivi, adéquation des prescriptions, mais aussi accès aux alternatives non médicamenteuses. Elle touche en outre davantage les publics vulnérables : femmes, personnes âgées, malades chroniques ou en incapacité de travail, ainsi que les bénéficiaires du statut BIM.

Monsieur le ministre,

Disposez-vous d'une analyse actualisée de l'évolution de la consommation d'antidépresseurs en Belgique, en particulier concernant la durée des traitements et les profils des patients concernés ? Comment expliquez-vous cette augmentation de l'usage à long terme, en décalage avec les recommandations cliniques ?

Des initiatives sont-elles prévues pour lutter contre l'inertie thérapeutique, notamment via un renforcement de la formation des médecins généralistes ou une actualisation des recommandations de l'INAMI, qui datent pour certaines de 2006 ?

Comment comptez-vous renforcer l'accès aux alternatives aux traitements médicamenteux, en particulier les soins psychologiques de première ligne, afin de favoriser une prise en charge plus globale et multidisciplinaire de la santé mentale ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Madame la Représentante,

Oui, sous réserve de certaines hypothèses, il est possible de tirer quelques conclusions. Ci-dessous, un résumé des résultats sur les données 20-25 :

Plus de 60 % arrêtent avant six mois et représentent à peine un tiers des coûts. À l'inverse, les traitements de longue durée concernent une minorité de patients mais concentrent l'essentiel des dépenses : les thérapies de plus de cinq ans ne touchent que 4 % des patients, mais génèrent 35 % des coûts totaux. Les patients sont en majorité des femmes (65%), âgé en moyenne de 57 ans, 31% sous statut BIM. 36% proviennent de Wallonie, 54% de Flandre, 8% de Bruxelles-Capitales et <1 % vivent à l'international.

Les médecins hésitent parfois à arrêter un antidépresseur parce qu'ils craignent qu'un changement de traitement déstabilise un patient qui va mieux. La prolongation des traitements tient aussi au fait que les réévaluations ne sont pas toujours systématiques, que l'accès à certaines alternatives non médicamenteuses reste limité et que les situations rencontrées chez les publics plus vulnérables sont souvent complexes. Par ailleurs, certaines formes de dépression ou de troubles anxieux nécessitent parfois un traitement prolongé lorsque les risques de rechute sont importants. Ces décisions restent toujours individualisées et prises au cas par cas par le médecin.

Oui. Plusieurs actions sont en cours : le lancement du projet Evikey pour améliorer la réévaluation des traitements, mise à jour des formations, notamment via e-learning, et renforcement des initiatives comme BelPEP et les groupes GLEM pour soutenir les médecins généralistes.

C'est une priorité. La convention de soins psychologiques de première ligne améliore déjà l'accès à des prises en charge non médicamenteuses. Les premiers résultats sont encourageants, avec des arrêts de traitement observés. L'objectif est maintenant d'élargir et de mieux intégrer cette offre dans une approche multidisciplinaire.

[16] Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rôle à définir pour l'intelligence artificielle en santé en Belgique et en Europe" (56015167C)

[16] Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De rol van artificiële intelligentie inzake gezondheid in België en in Europa" (56015167C)

Monsieur le Ministre,

Le 7 janvier dernier, la société OpenAI a lancé aux États-Unis un nouvel outil baptisé ChatGPT Health, destiné à fournir des conseils de santé personnalisés à partir de données médicales et d'applications de bien-être, avec l'ambition affichée de le décliner ultérieurement en Europe.

Présenté comme un outil d'appui aux soins pour expliquer des résultats d'examens, préparer des consultations médicales ou accompagner des choix en matière de nutrition et d'activité physique; cet outil soulève néanmoins des questions majeures en matière de protection des données de santé, de fiabilité des réponses produites par l'intelligence artificielle et de responsabilité médicale.

Plusieurs experts belges soulignent que ces technologies s'inscrivent dans un contexte de profonde évolution de la relation patient-médecin. Il est aujourd'hui plus difficile pour de nombreux patients

d'entrer rapidement en contact avec leur médecin, une réalité très différente de celle connue par les générations précédentes. Dans ce contexte, il apparaît illusoire de penser que l'intelligence artificielle n'aura jamais de rôle à jouer dans notre système de santé.

Dès lors, la question centrale n'est plus de savoir si l'IA sera utilisée, mais quel rôle nous souhaitons lui confier. L'absence de stratégie claire comporte un risque réel : voir notre système de santé progressivement influencé ou régulé, par des acteurs non européens, avec à la clé une fuite de valeur, d'investissements et d'innovation hors de l'UE, au détriment de notre souveraineté sanitaire.

Dès lors, Monsieur le Ministre :

- 1. Quelles sont les avancées concrètes en Belgique en matière d'intégration encadrée de l'intelligence artificielle en santé, en particulier pour l'accompagnement des patients ?*
- 2. Comment le Gouvernement entend-il définir les garde-fous nécessaires afin de garantir la sécurité des patients, la fiabilité médicale et la protection des données ?*
- 3. Une réflexion stratégique et économique est-elle menée afin d'éviter une dépendance accrue à des solutions non européennes ?*
- 4. Enfin, la Belgique entend-elle jouer un rôle moteur, au niveau européen, pour co-construire un modèle d'IA en santé fondé sur la confiance, l'éthique et l'intérêt général ?*

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Madame la Députée,

En ce qui concerne le cadre général, le SPF SPSCAE élabore actuellement un plan d'action relatif à l'IA qui tient compte des cadres définis par l'OCDE, l'OMS et la Commission européenne en matière d'IA, intégrant la législation, l'orientation résultats et l'intégration dans les soins de santé.

De plus, dans le cadre des projets d'innovation, diverses applications d'IA ont été développées par des hôpitaux, telles que la détection du sepsis, la génération d'une lettre de sortie lisible, le soutien à la télésurveillance, la structuration et le codage des données, et nous allons étendre à d'autres hôpitaux certains projets sélectionnés qui s'alignent sur le plan d'action en matière d'IA. Nous constatons d'ores et déjà un intérêt international pour ces projets, comme la lettre de sortie lisible qui sera présentée lors de la conférence HIMSS à Copenhague.

L'AFMPS deviendra l'autorité de surveillance du marché pour l'IA, comme elle l'est déjà pour les dispositifs médicaux. Elle assurera la surveillance post-commercialisation et le contrôle de l'utilisation des systèmes d'IA, et est également responsable des organismes notifiés auprès desquels les systèmes d'IA doivent être certifiés. Le SPF SPSCAE contrôlera, par l'intermédiaire de la Commission de contrôle, l'utilisation par les prestataires de soins. L'AI Act et le règlement sur les dispositifs médicaux (ainsi que le règlement sur les dispositifs médicaux in vitro) définissent clairement les responsabilités des pouvoirs publics, des fournisseurs, des déployeurs et des utilisateurs.

La stratégie sera développée dans un plan d'action sur l'IA qui devrait être disponible peu après l'été.

Nous ne pouvons pas empêcher l'autodiagnostic et l'automédication basés sur l'IA (comme ChatGPT), mais nous ferons tout notre possible pour améliorer les connaissances des citoyens. Une étude est actuellement menée par le SPF SPSCAE afin d'examiner, en collaboration avec des experts, quelles initiatives nous pouvons mettre en place dans ce domaine. Le KCE travaille également à une meilleure exploitation de toutes les sources d'informations sur la santé disponibles au KCE, dans le réseau Evikey, sur le site Info Santé et ailleurs, afin de les mettre à la disposition des citoyens par le biais d'un moteur de recherche intelligent. Dans le cadre du financement BMF/BMUC, sont également prévues des formations pour les prestataires de soins et des mesures de gestion du changement lors de la mise en œuvre des technologies de santé numériques dans la pratique.

Les données sont essentielles pour les systèmes d'IA fondés sur des preuves. La HDA joue ici un rôle important pour garantir que ces données soient mises à disposition sous une forme standardisée et

codée, ce qui est nécessaire et utile pour s'assurer que les systèmes d'IA ne présentent pas de biais (préjugés dans les réponses) ni de dérive (évolution des réponses dans le temps) et qu'ils soient validés sur la base de preuves dans la pratique clinique.

La Belgique a également prévu un budget pour une « antenne IA » afin de mettre à disposition une infrastructure pour différentes parties (pouvoirs publics, fournisseurs, etc.) qui développent et souhaitent tester des systèmes d'IA.

Néanmoins, plusieurs défis importants subsistent. Ceux-ci comprennent le risque d'une dépendance excessive vis-à-vis des solutions numériques et des fournisseurs de services cloud, la nécessité d'aligner les ambitions de modernisation du système de soins sur la réalité opérationnelle sur le terrain, et donc le besoin d'une formation continue aux nouvelles technologies. Il est essentiel de relever ces défis pour favoriser une collaboration efficace entre les professionnels de santé et ces nouveaux outils, et pour garantir que les personnes conservent le contrôle total sur les décisions cliniques et l'utilisation de la technologie.