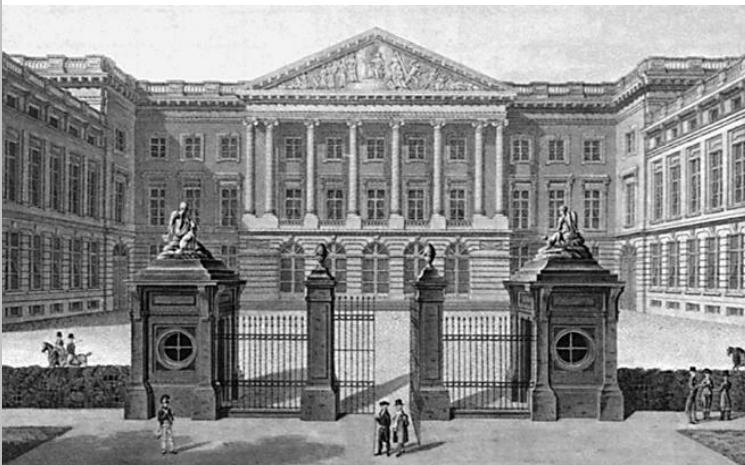


Sénat de Belgique

Session ordinaire 2023-2024



Handelingen

Plenaire vergaderingen

Vrijdag 8 maart 2024

Ochtendvergadering

7-44

7-44

Séances plénaires

Vendredi 8 mars 2024

Séance du matin

Annales

Gewone Zitting 2023-2024

Belgische Senaat

Les **Annales** contiennent le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions – *imprimées en italique* – sont publiées sous la responsabilité du service des Comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

La pagination mentionne le numéro de la législature depuis la réforme du Sénat en 1995, le numéro de la séance et enfin la pagination proprement dite.

Pour toute commande des Annales et des Questions et Réponses du Sénat et de la Chambre des représentants: Service des Publications de la Chambre des représentants, Place de la Nation 2 à 1008 Bruxelles, tél. 02/549.81.95 ou 549.81.58.

Ces publications sont disponibles gratuitement sur les sites Internet du Sénat et de la Chambre:
www.senate.be www.lachambre.be

Abréviations – Afkortingen

CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo	Écologistes confédérés pour l'organisation de luttes originales
MR	Mouvement Réformateur
N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Open Vld	Open Vlaamse liberalen en democraten
PS	Parti Socialiste
PTB	Parti du Travail de Belgique
PVDA	Partij van de Arbeid van België
VB	Vlaams Belang

De **Handelingen** bevatten de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling – *cursief gedrukt* – verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst Verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

De nummering bestaat uit het volgnummer van de legislatuur sinds de hervorming van de Senaat in 1995, het volgnummer van de vergadering en de paginering.

Voor bestellingen van Handelingen en Vragen en Antwoorden van Kamer en Senaat:
Dienst Publicaties Kamer van volksvertegenwoordigers, Natieplein 2 te 1008 Brussel, tel. 02/549.81.95 of 549.81.58.

Deze publicaties zijn gratis beschikbaar op de websites van Senaat en Kamer:
www.senate.be www.dekamer.be

Sommaire	Inhoudsopgave
Approbation de l'ordre du jour	Goedkeuring van de agenda.....
Présentation de candidats à une fonction d'assesseur francophone au Conseil d'État	Voordracht van kandidaten voor een betrekking van Franstalige assessor bij de Raad van State
Proposition de résolution relative à l'amélioration de l'accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) (de M. Orry Van de Wauwer, Mmes Zoé Genot et Nadia El Yousfi et MM. Philippe Dodrimont, Tom Ongena, Ludwig Vandenhove et Fourat Ben Chikha ; Doc 7-453)	Voorstel van resolutie over de betere toegankelijkheid tot PrEP-medicatie (van de heer Orry Van de Wauwer, de dames Zoé Genot en Nadia El Yousfi en de heren Philippe Dodrimont, Tom Ongena, Ludwig Vandenhove en Fourat Ben Chikha; Doc. 7-453).....
Discussion	Bespreking
Proposition de résolution relative à une approche complémentaire culturelle et non médicamenteuse dans le cadre de l'offre de soins dans le domaine de la santé mentale et plus particulièrement le « caring museum » (de M. Julien Uyttendaele, Mme Fatima Ahallouch et MM. Ludwig Vandenhove, Bert Anciaux, Gaëtan Van Goidsenhoven et Philippe Dodrimont ; Doc 7-482)	Voorstel van resolutie betreffende een aanvullende culturele en niet-medicamenteuze benadering in het zorgaanbod op het gebied van geestelijke gezondheid, in het bijzonder het “caring museum” (van de heer Julien Uyttendaele, mevrouw Fatima Ahallouch en de heren Ludwig Vandenhove, Bert Anciaux, Gaëtan Van Goidsenhoven en Philippe Dodrimont; Doc. 7-482).....
Discussion	Bespreking
Proposition de résolution visant à prendre en compte le sexe et le genre dans le domaine de la santé (de Mme Latifa Gahouchi, M. Philippe Courard, Mmes Els Ampe et Stephanie D'Hose et M. Ludwig Vandenhove ; Doc 7-421)	Voorstel van resolutie om inzake gezondheid rekening te houden met geslacht en gender (van mevrouw Latifa Gahouchi, de heer Philippe Courard, de dames Els Ampe en Stephanie D'Hose en de heer Ludwig Vandenhove; Doc 7-421).....
Discussion	Bespreking
Proposition de résolution visant à définir une politique en matière de ménopause (de Mme Karin Brouwers, M. Philippe Courard et Mmes Véronique Durenne, Maud Vanwallegem, Els Ampe, Annick Lambrecht et Anne-Catherine Goffinet ; Doc. 7-422).....	Voorstel van resolutie teneinde een menopauzebeleid uit te stippelen (van mevrouw Karin Brouwers, de heer Philippe Courard en de dames Véronique Durenne, Maud Vanwallegem, Els Ampe, Annick Lambrecht en Anne-Catherine Goffinet; Doc 7-422)
Discussion	Bespreking
Prise en considération de propositions	Inoverwegingneming van voorstellen
Votes	Stemmingen
Proposition de résolution relative à l'amélioration de l'accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) (de M. Orry Van de Wauwer et consorts ; Doc. 7-453).....	Voorstel van resolutie over de betere toegankelijkheid tot PrEP-medicatie (van de heer Orry Van de Wauwer c.s.; Doc. 7-453).....
Proposition de résolution relative à une approche complémentaire culturelle et non médicamenteuse dans le cadre de l'offre de soins dans le domaine de la santé mentale et plus particulièrement le « caring museum » (de M. Julien Uyttendaele et consorts ; Doc. 7-482).....	Voorstel van resolutie betreffende een aanvullende culturele en niet-medicamenteuze benadering in het zorgaanbod op het gebied van geestelijke gezondheid, in het bijzonder het “caring museum” (van de heer Julien Uyttendaele c.s.; Doc. 7-482).....
Proposition de résolution visant à prendre en compte le sexe et le genre dans le domaine de la santé (de Mme Latifa Gahouchi et consorts ; Doc. 7-421)	Voorstel van resolutie om inzake gezondheid rekening te houden met geslacht en gender (van mevrouw Latifa Gahouchi c.s.; Doc. 7-421).....
Proposition de résolution visant à définir une politique en matière de ménopause (de Mme Karin Brouwers et consorts ; Doc. 7-422).....	Voorstel van resolutie teneinde een menopauzebeleid uit te stippelen (van mevrouw Karin Brouwers c.s.; Doc. 7-422)
Ordre des travaux	Regeling van de werkzaamheden.....
Excusés.....	Berichten van verhindering.....

Annexe

Votes nominatifs	52
Propositions prises en considération	53
Cour constitutionnelle – Arrêts	54
Cour constitutionnelle – Questions préjudiciales	56
Cour constitutionnelle – Recours	57
Centre d'information et d'avis sur les organisations sectaire nuisibles	58
Myria.....	59
Conseil central de l'économie	59
Parquet européen	59
Parlement européen	59

Bijlage

Naamstemmingen	52
In overweging genomen voorstellen	53
Grondwettelijk Hof – Arresten	54
Grondwettelijk Hof – Prejudiciële vragen	56
Grondwettelijk Hof – Beroepen.....	57
Informatie- en adviescentrum inzake de schadelijke sektarische organisaties.....	58
Myria.....	59
Centrale raad voor het bedrijfsleven	59
Europees Openbaar Ministerie.....	59
Europees Parlement	59

Présidence de Mme Stephanie D'Hose

(*La séance est ouverte à 10 h 05.*)

Approbation de l'ordre du jour

Mme la présidente. – L'ordre du jour établi par le Bureau a été communiqué par voie électronique aux sénateurs.

Puisqu'il n'y a pas d'observations, l'ordre du jour est approuvé.

Présentation de candidats à une fonction d'assesseur francophone au Conseil d'État

Mme la présidente. – Le 23 février 2024, le Conseil d'État a communiqué la présentation de trois candidats pour un mandat d'assesseur francophone auprès de la section de législation. Comme la présentation du Conseil d'État n'était pas unanime, le Sénat peut soit présenter une deuxième liste de trois candidats, soit confirmer la présentation faite par le Conseil d'État.

La liste des candidats a été communiquée (Doc. Sénat 7-517/1). Sur la base de son analyse, le Bureau propose de confirmer la liste présentée par le Conseil d'État.

(*Assentiment*)

Proposition de résolution relative à l'amélioration de l'accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) (de M. Orry Van de Wauwer, Mmes Zoé Genot et Nadia El Yousfi et MM. Philippe Dodrimont, Tom Ongena, Ludwig Vandenhove et Fourat Ben Chikha ; Doc 7-453)**Discussion**

(*Pour le texte adopté par la commission des Matières transversales, voir document 7-453/4.*)

Mme la présidente. – M. Schiltz se réfère à son rapport écrit.

M. Orry Van de Wauwer (CD&V). – Nous examinons aujourd'hui une résolution relative à l'amélioration de l'accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP). La Belgique est bien partie pour atteindre l'objectif 95-95-95 du programme ONUSIDA. Cela signifie que 95 % des personnes qui vivent avec le VIH sont au courant de leur infection, que 95 % de ce groupe est suivi médicalement et que 95 % de ce groupe a une charge virale si faible que le VIH ne peut plus être transmis. Les tests sont cruciaux dans la lutte contre la pandémie de VIH, au même titre que la prévention. Ces dernières années, des progrès gigantesques ont été observés à cet égard, grâce notamment à la prophylaxie pré-exposition qui fait l'objet de la résolution à l'examen.

Lorsqu'elle est prise de manière adéquate, que ce soit

Voorzitster: mevrouw Stephanie D'Hose

(*De vergadering wordt geopend om 10.05 uur.*)

Goedkeuring van de agenda

De voorzitster. – De agenda zoals vastgesteld door het Bureau werd elektronisch meegedeeld.

Aangezien er geen opmerkingen zijn, is de agenda goedgekeurd.

Voordracht van kandidaten voor een betrekking van Franstalige assessor bij de Raad van State

De voorzitster. – Op 23 februari 2024 heeft de Raad van State de voordracht meegedeeld van drie kandidaten voor een mandaat van Franstalig assessor in de afdeling Wetgeving. Aangezien de voordracht niet eenparig was, kan de Senaat, ofwel een tweede lijst van drie kandidaten voordragen ofwel de voordracht van de Raad ook bevestigen.

De lijst van de kandidaten werd meegedeeld (Doc. Senaat 7-517/1). Op grond van zijn onderzoek stelt het Bureau voor om de door de Raad van State voorgedragen lijst te bevestigen.

(*Instemming*)

Voorstel van resolutie over de betere toegankelijkheid tot PrEP-medicatie (van de heer Orry Van de Wauwer, de dames Zoé Genot en Nadia El Yousfi en de heren Philippe Dodrimont, Tom Ongena, Ludwig Vandenhove en Fourat Ben Chikha; Doc. 7-453)**Besprekking**

(*Voor de tekst aangenomen door de commissie voor de Transversale Aangelegenheden, zie doc 7-453/4.*)

De voorzitster. – De heer Schiltz verwijst naar zijn schriftelijk verslag.

De heer Orry Van de Wauwer (CD&V). – Vandaag ligt hier een resolutie rond PrEP-medicatie voor. België is goed op weg om de UNAIDS-doelstelling 95-95-95 te behalen. Dat houdt in dat 95 procent van de mensen die leven met hiv op de hoogte zijn van hun infectie en dat 95 procent van die groep in medische opvolging zit en 95 procent van die groep een virale lading heeft die zo laag is dat hiv niet meer overgedragen kan worden. Testen is cruciaal in de strijd tegen de hiv-pandemie, maar een ander cruciaal luik in die strijd tegen de verdere verspreiding van die pandemie is preventie en de voorbije jaren zijn daarin gigantische stappen gezet, onder andere te danken aan de preventieve PrEP-medicatie waarover de voorliggende resolutie gaat. Mits juiste inname – dat kan dagelijks of periodiek zijn – biedt PrEP een bescherming van 99 procent tegen

quotidiennement ou périodiquement, la PrEP offre une protection à 99 % contre une contamination au VIH. Elle peut dès lors changer la donne dans la lutte contre la propagation du VIH. Cela suppose toutefois de respecter des conditions strictes : il faut que toute personne qui s'expose à un risque de contamination au VIH soit suffisamment motivée et disposée à utiliser la PrEP, et qu'elle y ait aussi accès. Aujourd'hui, cet accès n'est pas suffisamment garanti.

J'affirme sans exagérer que la prophylaxie pré-exposition est à l'origine de la plus grande émancipation au sein de la communauté homosexuelle, laquelle était encore confrontée il y a seulement quelques dizaines d'années à d'énormes pertes, du fait des multiples décès liés au VIH et au sida. Mais le VIH est naturellement une infection qui touche aussi beaucoup d'autres groupes. Sciensano, qui assure la surveillance épidémiologique du VIH et du sida en Belgique, conclut que malgré les avancées engrangées sur le plan de la prévention du VIH, l'épidémie n'est pas encore sous contrôle dans notre pays. C'est pourquoi nous estimons qu'il faut préserver et optimiser l'accès à toute la gamme des stratégies de prévention en la matière. Dans ce cadre, nous nous réfèrons explicitement à l'utilisation de la PrEP, qui doit encore être davantage accessible aux différents groupes cibles.

Les développements de la proposition de résolution donnent un aperçu complet de la réglementation actuelle relative à la PrEP, mais je me limiterai aujourd'hui à l'essentiel. En première instance, un médecin spécialiste rattaché à un centre de référence VIH doit vérifier si les candidats utilisateurs sont actuellement négatifs au VIH et s'ils présentent un risque accru d'infection. Le médecin pose un diagnostic et délivre ensuite aux candidats utilisateurs une attestation valable un an, sur la base des risques que l'INAMI a définis. Un traitement peut ensuite être prescrit sur cette base, qui ne sera l'objet d'un remboursement que s'il a été prescrit par un médecin spécialiste rattaché à l'un des centres de référence VIH. Ce médecin doit effectuer tous les trois mois un suivi de l'utilisateur, comprenant le dépistage des maladies sexuellement transmissibles (MST) mais aussi le contrôle des effets de la médication sur l'organisme, avant de pouvoir prescrire à nouveau un traitement remboursable. Cela signifie concrètement que chaque nouvel utilisateur de la PrEP doit faire l'objet d'un suivi quatre fois par an par un médecin spécialiste.

Sur le plan réglementaire, l'accès à la PrEP est aujourd'hui fortement centralisé auprès des centres de référence VIH. Dans la pratique, on observe un glissement partiel vers les médecins généralistes, mais l'INAMI n'a encore pris aucune disposition à ce sujet. Les obstacles à surmonter sont donc nombreux. Il faut compter un temps d'attente de plusieurs mois pour obtenir un premier rendez-vous chez le médecin de référence, vu la charge de travail à laquelle sont soumis les centres de référence VIH et les difficultés d'ordre géographique et pratique. Les rendez-vous ne sont, par exemple, possibles que pendant les heures de bureau. Et même si les centres sont bien répartis dans toute la Flandre, il n'y en a qu'un par province.

Les utilisateurs et les groupes cibles sont largement décrits dans le texte. En 2021, on comptait 5 277 utilisateurs de la PrEP, soit une augmentation d'un tiers par rapport à

besmetting door hiv en daarom kan het dus een gamechanger zijn in de strijd tegen de verdere verspreiding van hiv. Dat moet dan wel onder strikte voorwaarden gebeuren. Al wie het risico loopt op een hiv-besmetting moet ook voldoende gemotiveerd zijn en bereid zijn om PrEP op een juiste manier te gebruiken, op voorwaarde dat zij daar natuurlijk ook toegang toe hebben. Die toegang is vandaag nog niet voldoende gegarandeerd. Zonder overdrijven wil ik stellen dat deze PrEP-medicatie zorgt voor de grootste emancipatie binnen de homogemeenschap, die nog maar enkele decennia geleden geconfronteerd werd met enorme verliezen doordat enorm veel mensen overleden aan hiv en aan aids. Maar hiv is natuurlijk een besmetting die ook bij veel meer andere groepen voorkomt. Sciensano staat in voor de epidemiologische surveillance van hiv en aids in ons land en concludeert dat ondanks de geboekte vooruitgang op het vlak van hiv-preventie, de epidemie in ons land nog niet volledig onder controle is. Daarom vinden zij dat het volledige gamma van preventieve strategieën verder gehandhaafd en geoptimaliseerd moet worden. In dat kader verwijzen zij explicet naar het gebruik van PrEP, dat nog beter bij die verschillende doelgroepen moet terechtkomen.

In de resolutie wordt een uitgebreid overzicht gegeven van de huidige regelgeving omtrent de toegang tot PrEP, maar ik ga mij vandaag beperken tot de essentie. In eerste instantie moet een arts-specialist die is verbonden aan een hiv-referentiecentrum kandidaat-gebruikers screenen, bijvoorbeeld om na te gaan of zij momenteel hiv-negatief zijn en of zij een verhoogd risico op hiv-besmetting lopen. De arts geeft hierover een oordeel en kent vervolgens – op basis van risico's die het RIZIV heeft bepaald – aan de kandidaat-gebruikers een attest toe dat één jaar geldig is. Dan kunnen zij een voorschrift krijgen voor medicatie die enkel wordt terugbetaald indien die is voorgeschreven door een arts-specialist die aan één van de hiv-referentiecentra is verbonden. Die arts moet elke drie maanden een opvolging doen, waaronder soa-testen afnemen en de gevlogen van de medicatie op het lichaam controleren, voor hij opnieuw een voorschrift voor medicatie met terugbetaling kan geven. Dat betekent concreet dat er voor elke nieuwe PrEP-gebruiker vier keer per jaar een dergelijke opvolging nodig is door een arts-specialist. In de regelgeving is de toegang tot de PrEP vandaag sterk gecentraliseerd bij die hiv-referentiecentra. In de praktijk is er al een gedeeltelijke verschuiving naar de huisartsen, maar hierover bestaat nog geen regelgeving vanuit het RIZIV. Het resultaat is dat er heel wat drempels zijn. Vandaag is er een wachtlijst van enkele maanden voor die eerste afspraak bij die referentiearts. Dat heeft te maken met hoge werkdruk en geografische en praktische drempels, bijvoorbeeld dat men een afspraak moet maken tijdens de kantooruren op locaties die geografisch wel over heel Vlaanderen verspreid zijn, maar die in de praktijk toch nog steeds beperkt zijn tot één per provincie.

De gebruikers en de doelgroepen zijn uitgebreid in de tekst beschreven. In 2021 waren er 5 277 PrEP-gebruikers, wat een stijging was met een derde ten opzichte van het jaar voordien en die trend heeft zich in de voorbije jaren voortgezet.

Wat we in die cijfers zien en wat opvalt, is dat PrEP haast

l'année précédente, et cette tendance s'est poursuivie les années précédentes.

Les chiffres font apparaître de manière surprenante que la PrEP est quasi exclusivement utilisée par des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Sur le groupe des personnes ayant commencé la PrEP en 2021, pas moins de 98 % étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, alors que ce groupe cible ne représentait même pas la moitié des cas d'infection au VIH nouvellement enregistrés. Nous voyons également que les nouveaux cas d'infection au VIH proviennent pour 45 % d'une transmission hétérosexuelle chez des personnes d'origine subsaharienne, tant chez les femmes que chez les hommes, alors qu'elles n'utilisent pratiquement pas la PrEP. Cela montre que dans la lutte contre l'extension de la pandémie, il existe encore un énorme potentiel pour toucher ces groupes cibles.

Le projet PROMISE a été lancé grâce à l'appui financier de l'autorité flamande. Ce projet a entre-temps abouti et contient des recommandations concrètes sur la façon d'éliminer les obstacles à la prophylaxie pré-exposition. Ces recommandations, combinées à l'identification des obstacles décrits ci-dessus, ont servi de base à l'élaboration de la proposition de résolution à l'examen.

Nous avons traité cette problématique en commission et sollicité divers avis écrits à cet effet. Sur la base de ces avis, tous les groupes politiques ici présents ont amendé cette proposition pour affiner encore le texte. L'objectif de la présente résolution est très clairement d'éliminer les obstacles à l'accès à la prophylaxie pré-exposition. Vu le caractère transversal de cette matière, le Sénat est le cénacle idéal pour se prononcer. L'INAMI est notamment responsable de l'analyse des risques et du remboursement, mais la politique de santé préventive relève de la compétence des entités fédérées.

Les principaux obstacles que nous avons identifiés et que nous souhaitons lever par cette résolution sont les suivants. Tout d'abord, le groupe qui entre en considération pour la PrEP est défini de manière trop stricte. En deuxième lieu, se pose la question du remboursement, qui n'est en principe prévu que si la PrEP a été prescrite par un médecin spécialiste attaché à un centre de référence VIH. Troisièmement, le suivi trimestriel engendre une gigantesque charge de travail pour les médecins spécialistes et allonge les délais d'attente. À cela s'ajoute le coût assez élevé de ces parcours de suivi. Les tests de dépistage des MST et du VIH ne sont que partiellement remboursés et leur coût est très variable en fonction des laboratoires qui les effectuent. De ce fait, les utilisateurs ne peuvent pas toujours savoir clairement à l'avance quels seront les coûts, ce qui ne contribue pas à faciliter l'accès aux centres de référence VIH.

Quelles sont les alternatives ? Nous pouvons nous inspirer des pays voisins, comme les Pays-Bas, l'Allemagne et la France, qui misent sur un modèle combinant la délivrance par les médecins généralistes et la délivrance par le biais de centres de santé sexuelle librement accessibles. Sur cette base, nous demandons au gouvernement fédéral, par cette proposition de résolution, d'analyser les délais d'attente entre la première inscription auprès d'un centre de

uitsluitend wordt gebruikt door mannen die seks hebben met mannen. De nieuwe PrEP-gebruikers in 2021 kwamen voor 98 procent uit die doelgroep en we zien dat mannen die seks hebben met mannen nog niet de helft uitmaken van de nieuwe hiv-geïnfecteerden. We zien ook dat 45 procent van de nieuwe hiv-infecties voorkomen bij heteromensen, zowel mannen als vrouwen, met Sub-Saharaanse afkomst, maar zij zijn bijna geen PrEP-gebruikers. Dat toont aan dat er nog een enorm groot potentieel zit in het bereiken van die doelgroepen in de strijd tegen een verdere verspreiding van hiv.

Met financiële steun van de Vlaamse overheid werd het PROMISE-project gelanceerd. Dat is intussen opgeleverd en daarin staan concrete aanbevelingen over hoe wij die drempels tot die PrEP-medicatie kunnen wegnemen. Die aanbevelingen hebben, samen met de zonet beschreven drempels, aanleiding gegeven tot het voorliggende voorstel van resolutie.

We hebben dat in de commissie behandeld en daar nog verschillende schriftelijke adviezen voor opgevraagd. Op basis van die adviezen vanuit alle hier aanwezige fracties hebben we dit voorstel geamendeerd om de tekst verder te verfijnen. Het doel van deze resolutie is heel duidelijk om de obstakels voor toegang tot die PrEP-medicatie weg te werken. Gezien het transversale karakter hiervan is deze Senaat het ideale gremium om ons hierover uit te spreken. Het RIZIV is namelijk verantwoordelijk voor de risico-analyse en voor de terugbetaling, maar onze deelstaten zijn verantwoordelijk voor de preventieve gezondheidszorg.

De belangrijkste obstakels die we geïdentificeerd hebben en die we in deze resolutie vragen om weg te werken, zijn de volgende. Ten eerste, is de groep die in aanmerking komt voor PrEP, te strikt afgebakend. Ten tweede, is er de terugbetaling die in principe enkel is voorzien indien PrEP werd voorgescreven door een arts-specialist verbonden aan een hiv-referentiecentrum. Ten derde, komt er door de driemaandelijkse opvolging een gigantische druk op de artsen-specialisten en nemen de wachttijden toe. Bovendien zijn die opvolgingstrajecten redelijk duur. Soa- en hiv-testen worden slechts gedeeltelijk terugbetaald en de kostprijs daarvan is afhankelijk van welk labo dat uitvoert. Daardoor is het voor gebruikers niet altijd op voorhand duidelijk wat de kosten zullen zijn en komt dit de toegankelijkheid van die hiv-referentiecentra niet ten goede.

Hoe het anders kan? We kunnen daarover inspiratie opdoen bij de ons omringende landen, zoals Nederland, Duitsland en Frankrijk, waar wordt ingezet op een combinatie van verstrekking zowel via huisartsen als via laagdrempelige en toegankelijke seksuele gezondheidscentra. Op basis van al die zaken vragen wij in deze resolutie aan de federale regering om een analyse te maken van de wachttijden tussen het moment van eerste aanmelding bij een hiv-referentiecentrum voor de opstart van PrEP-gebruik en de feitelijke opstart van het PrEP-gebruik. Ten tweede, vragen we maatregelen om te vermijden dat mensen besmet raken met hiv in de wachtperiode en om in uitzonderlijke gevallen al met PrEP te kunnen starten. Ten derde, vragen we dat de capaciteit van de hiv-referentiecentra wordt opgevolgd, en vooral dat maatregelen worden genomen om die lange wachttijden terug te dringen. Ten vierde, vragen

référence VIH en vue de commencer une PrEP et le début effectif de l'utilisation de la PrEP. En deuxième lieu, nous demandons de prendre des mesures pour éviter que des personnes soient infectées par le VIH durant la période d'attente d'une PrEP et, dans certains cas exceptionnels, nous demandons de faire en sorte que la PrEP puisse déjà commencer. En troisième lieu, nous demandons que la capacité des centres de référence VIH fasse l'objet d'un suivi et, surtout, que des mesures soient prises pour réduire les longs délais d'attente. Quatrièmement, nous demandons d'uniformiser le ticket modérateur facturé au patient et de généraliser le remboursement si la prophylaxie est prescrite par les médecins généralistes. Nous formulons également d'autres demandes au gouvernement fédéral et aux gouvernements des entités fédérées afin de sensibiliser en priorité les personnes d'origine subsaharienne à l'utilisation de la PrEP. Celles-ci constituent actuellement un grand groupe de personnes infectées au VIH, mais elles restent encore trop souvent hors de portée des campagnes de sensibilisation.

Il est également nécessaire de prévoir une information et un soutien ciblés concernant l'utilisation de la PrEP à l'attention des médecins généralistes et de mettre en place des projets pilotes de centres de tests librement accessibles, en s'inspirant de l'exemple allemand.

J'espère qu'avec cette résolution, nous pourrons arriver à une prophylaxie pré-exposition plus accessible et, partant, à une meilleure prévention du sida. La Belgique est en bonne voie d'atteindre les objectifs du programme ONUSIDA, mais elle peut encore faire mieux. J'espère que nous pourrons y contribuer avec cette résolution.

Mme Nadia El Yousfi (PS). – Les quatre propositions de résolution à l'ordre du jour témoignent de la préoccupation des sénatrices et des sénateurs d'améliorer la santé des citoyennes et des citoyens.

Ce 8 mars, les femmes sont à l'honneur en cette journée de rassemblement à travers le monde. Il s'agit aussi de l'occasion de dresser un bilan de leur situation.

En matière de santé, les femmes ne bénéficient pas toujours d'une écoute et d'une information suffisantes. Elles sont souvent moins bien diagnostiquées et moins rapidement soignées que les hommes. Beaucoup de femmes échappent encore et toujours aux radars médicaux. La faute en incombe encore en partie aux stéréotypes de genre, malheureusement encore trop présents dans le domaine médical. C'est là un des objectifs de la présente proposition que j'ai cosignée : cibler davantage les groupes et sous-groupes qui n'ont pas encore suffisamment accès à la pilule préventive anti-sida. Les femmes – et plus encore celles issues de l'immigration subsaharienne – ne sont quasiment pas atteintes par la PrEP. En effet, comme le met en exergue l'étude *Optimize PrEP to Maximize Impact*, réalisée notamment par l'Institut de Médecine tropicale, l'utilisation de la PrEP en Belgique n'est pas optimale, dans la mesure où celle-ci est utilisée à 99 % par des hommes belges ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pourtant, les personnes issues de l'immigration sont largement représentées dans les chiffres du nouveau diagnostic du VIH, qui font apparaître que tant les femmes que les hommes ayant des relations sexuelles avec les

we een harmonisering van het remgeld en de veralgemeening van de terugbetaling indien de medicatie wordt voorgeschreven door huisartsen. Verder vragen we nog enkele andere punten aan de federale regering en aan de deelstaatregering om voornamelijk werk te maken van sensibilisering omtrent dat PrEP-gebruik, in de eerste plaats bij de mensen van Sub-Saharaanse afkomst die vandaag een grote groep uitmaken van de hiv-geïnfecteerden, maar onvoldoende worden bereikt.

Het is ook nodig om gerichte info en ondersteuning te voorzien omtrent PrEP-gebruik voor huisartsen en pilotprojecten op te zetten voor laagdrempelige testcentra met vrije inloop naar het Duitse voorbeeld.

Ik hoop dat we met deze resolutie verdere stappen kunnen zetten naar een toegankelijker PrEP-medicatie en daardoor ook in de preventie van de verdere verspreiding van hiv. België is goed op weg om de UNAIDS-doelstellingen in dat verband te halen, maar het kan nog beter en ik hoop dat we daar met deze resolutie aan kunnen bijdragen.

Mevrouw Nadia El Yousfi (PS). – De vier voorstellen van resolutie die op de agenda staan tonen aan dat de senatoren bekommert zijn om de verbetering van de gezondheid van de burgers.

Vandaag, op 8 maart, worden de vrouwen gehuldigd op de Internationale Vrouwendag. Het is dan ook gepast de balans op te maken van hun situatie.

Op het vlak van gezondheid wordt er niet altijd voldoende geluisterd naar vrouwen en krijgen ze onvoldoende informatie. Ze krijgen minder vaak een juiste diagnose en worden minder vlug behandeld dan mannen. Veel vrouwen blijven nog onder de medische radar. Dat is gedeeltelijk te wijten aan genderstereotypen, die jammer genoeg nog te veel bestaan op medisch gebied. Dat is precies een van de doelstellingen van dit voorstel van resolutie dat ik mee heb ondertekend: de groepen en subgroepen die nog onvoldoende toegang hebben tot de preventieve anti-aids� nog meer trachten te bereiken. Vrouwen – en zeker vrouwen afkomstig uit Sub-Sahara – krijgen nauwelijks PrEP. Immers, zoals de studie Optimize PrEP to Maximize Impact van het Instituut voor Tropische Geneeskunde onderstreept, is het gebruik van PrEP in België niet optimaal, aangezien 99 % van de gebruikers Belgische mannen zijn die seks hebben met mannen. Nochtans zijn personen met een migratieachtergrond ruim vertegenwoordigd in de cijfers van de nieuwe hiv-diagnoses waaruit blijkt dat zowel vrouwen als mannen met seksuele relaties met mannen ondervertegenwoordigd zijn in de groep van de PrEP-gebruikers.

hommes sont sous-représentés parmi les utilisateurs de la PrEP.

Les vulnérabilités socioéconomiques telles que les problèmes financiers et les conditions de vie instables jouent un rôle majeur, de même que le tabou sur le VIH et la sexualité, ainsi que l'accès à l'information sur la PrEP. Ces facteurs expliquent en grande partie ce déséquilibre. Afin de mieux répondre aux besoins des utilisateurs de la pilule de prévention du VIH et de réduire le seuil pour les groupes vulnérables, il est essentiel de repenser l'analyse de risques. Il est également nécessaire que les modèles de soins soient plus flexibles, pour être aussi plus accessibles. Dès lors, dans un souci de développer davantage les modèles de soins collaboratifs, certaines associations de groupes-cibles ainsi que l'Observatoire du SIDA et des sexualités recommandent d'envisager une collaboration avec les centres de planning familial et les maisons médicales. De telles structures sont plus largement fréquentées par les femmes migrantes qui sont actuellement absentes du système d'administration de la PrEP, mais auprès desquelles l'incidence du VIH est en augmentation. Nous avons dès lors veillé à adapter la proposition dans ce sens pour inclure l'ensemble de ces partenaires dans le projet-pilote de soins collaboratifs à venir.

En conclusion, malgré les indéniables batailles remportées par les acteurs de la lutte contre le VIH et le SIDA ces dernières décennies, tant en matière de prévention et de dépistage que d'accès aux traitements, l'épidémie est encore loin d'être éradiquée. C'est là une grande préoccupation pour mon groupe. C'est pourquoi, avec cette proposition de résolution, nous demandons à l'autorité fédérale et aux autorités fédérées de prendre des mesures supplémentaires pour atteindre celles et ceux qui sont très vulnérables au VIH mais qui n'ont pas encore trouvé le chemin de la PrEP.

M. Philippe Dodrimont (MR). – Malgré les avancées sur les plans de la prévention et du traitement médical, le sida n'est pas encore sous contrôle dans notre pays. Il reste indispensable, pour la santé publique, de maintenir le cap pour contenir et éradiquer cette épidémie.

Il appert dès lors plus que nécessaire d'améliorer, encore et toujours, les politiques de prévention, le dépistage précoce du VIH, l'accès rapide aux soins et au traitement pour les personnes exposées au risque d'infection.

En effet, en 2022, on estimait à 19 230 le nombre de personnes vivant avec le VIH en Belgique. En 2022 encore, 11 personnes par semaine ont été diagnostiquées avec le VIH en Belgique, soit 597 personnes exactement sur l'ensemble de notre territoire.

En 2022 toujours, outre les 597 personnes ayant reçu un nouveau diagnostic de VIH, 455 personnes ont reçu la confirmation d'un diagnostic préexistant.

Sciensano, qui s'appuie sur plus d'un siècle d'expertise scientifique, insiste pour que l'on progresse encore en ce qui concerne le diagnostic précoce et l'utilisation effective de l'éventail des stratégies de prévention, notamment l'utilisation de la PrEP (prophylaxie pré-exposition) par les personnes exposées au risque d'infection par le VIH.

Kwetsbare sociaal-economische situaties zoals financiële problemen en onstabiele levensomstandigheden spelen een belangrijke rol, evenals het taboe op hiv en seksualiteit en de toegang tot informatie over PrEP. Die factoren verklaren grotendeels dat onevenwicht. Om beter tegemoet te komen aan de behoeften van gebruikers van de anti-hiv-pil en de drempel voor kwetsbare groepen te verlagen, is het essentieel om de risicoanalyse te herzien. De zorgmodellen moeten ook flexibeler zijn, zodat ze toegankelijker worden. Met het oog op de verdere ontwikkeling van collaboratieve zorgmodellen, bevelen sommige verenigingen van doelgroepen en het Observatoire du SIDA en des Sexualités aan om samenwerking met de centra voor gezinsplanning en medische huizen te overwegen. Dergelijke centra worden vaker gebruikt door migrantenvrouwen, die nu geen deel uitmaken van het systeem voor het toedienen van PrEP, maar onder wie de incidentie van hiv toeneemt. We hebben daarom het voorstel aangepast om al die partners te betrekken bij het toekomstige proefproject voor collaboratieve zorg.

Tot slot, ondanks de onbetwistbare successen in de strijd tegen hiv en aids de afgelopen decennia, zowel op het gebied van preventie, screening als de toegang tot behandeling, is de epidemie nog lang niet uitgeroeid. Dit is een belangrijk bekommernis voor mijn fractie. Daarom vragen we met dit voorstel van resolutie aan de federale overheid en de deelstaten om bijkomende maatregelen te nemen om diegenen te bereiken die zeer kwetsbaar zijn voor hiv, maar die de weg naar PrEP nog niet hebben gevonden.

De heer Philippe Dodrimont (MR). – Ondanks de vooruitgang in preventie en medische behandeling is aids nog niet onder controle in ons land. Voor de volksgezondheid blijft het essentieel om op koers te blijven om deze epidemie in bedwang te houden en uit te roeien.

Daarom lijkt het meer dan nodig om het preventiebeleid, vroege hiv-opsporing en snelle toegang tot zorg en behandeling voor mensen die het risico lopen besmet te raken, te blijven verbeteren.

In 2022 werd het aantal mensen met hiv in België immers op 19 230 geschat. In 2022 nog kregen 11 mensen per week, of precies 597 mensen, over heel België de diagnose hiv.

In 2022 kregen, naast de 597 mensen met een nieuwe hiv-diagnose, 455 mensen een bevestiging van een al bestaande diagnose.

Sciensano, dat steunt op meer dan een eeuw wetenschappelijke expertise, dringt aan op verdere vooruitgang in vroege diagnose en het effectieve gebruik van de volledige waaier van preventiestrategieën, waaronder het gebruik van PrEP (pre-exposure prophylaxis) door mensen die risico lopen op een hiv-infectie.

Pour cela, il est nécessaire de procéder à certaines adaptations, par exemple en intensifiant les activités de dépistage dans les villes et les milieux où le VIH est plus présent, mais aussi en approchant de manière proactive les populations clés, afin d'optimiser l'utilisation de la prévention combinée.

En effet, la PrEP est précieuse. C'est ce fameux médicament actif, pris en traitement préventif contre le VIH, qui est proposé aux personnes séronégatives fortement exposées au risque d'infection au VIH. Il est à prendre avant un risque pour empêcher le VIH de se développer et de se fixer dès son entrée dans le corps.

Notre pays a bien compris la valeur de cet outil, puisque l'élargissement de l'accès à la PrEP est une des priorités du plan national VIH 2020-2026 issu de la Conférence interministérielle des ministres de la Santé du 20 octobre 2022.

C'est également dans cette voie que s'inscrit la proposition de résolution qui nous est soumise aujourd'hui. Notre groupe s'est montré particulièrement attentif à cette problématique en commission. Pour une raison simple : l'axe de la prévention permet d'épargner des vies, des couples et des familles. La prévention a également un impact considérable et positif sur notre sécurité sociale dans la mesure où l'impact sur celle-ci est moindre dans le cadre d'une prévention que dans celui d'une prise en charge des soins pour lutter contre la maladie. Je pense que nous en sommes tous convaincus.

Par le dépôt de 14 amendements enrichis sur la base des auditions menées au sein de cette assemblée, mon groupe a tenté d'affiner encore davantage le texte proposé par les auteurs. Nous les remercions d'ailleurs de nous avoir donné l'occasion d'approfondir cette thématique de santé.

Ces amendements ont permis d'insister notamment sur quatre éléments importants à nos yeux :

- la nécessité de mettre en place une stratégie collaborative avec le réseau PrEP de Sciensano, les généralistes, les infirmiers et infirmières attachés à un centre de soins de santé ;
- la nécessité de trouver une solution, avec toutes les parties prenantes, pour les personnes qui n'ont pas d'assurance maladie, pour qu'elles puissent, elles aussi, accéder à la PrEP ;
- l'impact en termes de coûts de la PrEP pour la sécurité sociale dans la conception du modèle d'expansion de ce médicament qui serait mis en place ;
- les causes des temps d'attente dans les centres de prise en charge pour identifier les meilleures pratiques.

Parce qu'il vaut mieux prévenir que guérir et que la PrEP participe à cette logique, notre groupe soutiendra par son vote cette proposition de résolution, même s'il est opportun en parallèle de rappeler, dans toute campagne de prévention menée, que la PrEP protège uniquement du VIH et pas des autres infections sexuellement transmissibles.

M. Fourat Ben Chikha (Ecolo-Groen). – Je tiens à remercier M. Van de Wauwer pour cette importante initiative. Cela fait longtemps que je m'occupe du dossier

Daartoe moeten bepaalde aanpassingen gebeuren, bijvoorbeeld door meer screeningactiviteiten in steden en gebieden waar hiv meer voorkomt en door de doelgroepen proactief te benaderen om het gebruik van gecombineerde preventie te optimaliseren.

PrEP is zeer waardevol. Het gaat om het beroemde werkzame medicijn, dat wordt ingenomen als preventieve behandeling tegen hiv en wordt aangeboden aan hiv-negatieve mensen met een hoog risico op hiv-infectie. Het moet worden ingenomen vóór blootstelling aan een risico om te voorkomen dat hiv zich ontwikkelt en zich kan nestelen zodra het virus het lichaam binnendringt.

In ons land heeft men de waarde van dit hulpmiddel duidelijk ingezien, aangezien een bredere toegang tot PrEP een van de prioriteiten is van het nationale hiv-plan 2020-2026, dat het resultaat is van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 20 oktober 2022.

Het voorliggende voorstel van resolutie heeft dezelfde strekking. Onze fractie heeft in de commissie bijzondere aandacht besteed aan die problematiek, om een eenvoudige reden: preventie redt levens, paren en gezinnen. Preventie heeft ook een aanzienlijke en positieve invloed op ons socialezekerheidsstelsel, aangezien preventie een minder zware impact heeft op de sociale zekerheid dan de zorg om de ziekte te bestrijden. Ik denk dat we daar allemaal van overtuigd zijn.

Door 14 amendementen in te dienen die gebaseerd zijn op de inzichten verworven tijdens de hoorzittingen in deze assemblee, heeft mijn fractie geprobeerd de door de auteurs voorgestelde tekst verder te verfijnen. We willen hen overigens bedanken dat ze ons de kans hebben gegeven om dit gezondheidsthema grondiger te onderzoeken.

Dankzij die amendementen konden volgens ons vier punten worden onderstreept:

- de noodzaak een collaboratieve strategie te hanteren met het PrEP- netwerk van Sciensano, huisartsen en verpleegkundigen die verbonden zijn aan een centrum voor gezondheidszorg;*
- de noodzaak met alle belanghebbenden een oplossing te vinden voor de mensen die geen ziekteverzekering hebben zodat ook zij toegang tot PrEP krijgen;*
- de impact van de kosten van PrEP voor de sociale zekerheid bij het ontwerpen van een uitbreidingsmodel dat zou worden ingevoerd voor dat geneesmiddel;*
- de oorzaken van de wachttijden in de zorgcentra om de beste praktijken te bepalen.*

Omdat voorkomen beter is dan genezen, en PrEP deel uitmaakt van die aanpak, zal onze fractie voor dit voorstel van resolutie stemmen, ook al is het nuttig om er in elke preventiecampagne op te wijzen dat PrEP alleen beschermt tegen hiv en niet tegen andere seksueel overdraagbare aandoeningen.

De heer Fourat Ben Chikha (Ecolo-Groen). – Ik wil collega Van de Wauwer bedanken voor dit belangrijke initiatief. Ik ben al lang bezig met het dossier rond PrEP.

relatif à la PrEP. C'est un des derniers dossiers que je suis parvenu à transformer en priorité politique lorsque je travaillais encore pour Sensoa, en 2016. J'ai l'impression que c'était il y a un siècle. Depuis lors, beaucoup de choses ont changé, et en bien. Mais il reste encore quelques difficultés à surmonter, surtout quant à l'accès et aux coûts, en particulier pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), mais aussi pour les profils vulnérables, comme les personnes issues de la communauté subsaharienne.

La PrEP est disponible en Belgique depuis 2017, où elle est également remboursée à condition que la personne concernée présente un risque accru avéré d'infection au VIH. La PrEP protège à 99 % d'une nouvelle infection au VIH. Ce haut degré de protection et l'efficacité de la PrEP sont très importants, car cela fait déjà plusieurs années que nous constatons que les chiffres des nouvelles infections au VIH ne sont toujours pas sous contrôle. En dépit des efforts continus déployés par des organisations telles que Cavaria, Sensoa, la Plateforme Prévention Sida et Ex aequo, il est absolument indispensable de continuer à mettre en œuvre toutes les stratégies possibles pour protéger tout particulièrement les HSH et d'autres profils vulnérables de la transmission du VIH.

Le remboursement dépend de la mesure dans laquelle une personne est évaluée comme patient à haut risque. À l'heure actuelle, ce screening s'effectue généralement uniquement dans un centre de référence sida. Dans la pratique, nous constatons que chaque province ne dispose pas d'un tel centre et qu'en outre, ces centres ne sont pas toujours accessibles à tous : les horaires d'ouverture et de visites ne sont pas toujours adaptés à la vie normale de bon nombre de nos citoyens. Les listes d'attente sont aussi particulièrement longues et les centres manquent de moyens et de personnel pour les raccourcir. C'est la raison pour laquelle il faut une approche différente et différenciée. Nous voyons de bons exemples à l'étranger, mais aussi dans notre pays, où certains médecins traitants prennent déjà ce rôle à cœur d'offrir à leurs patients la protection supplémentaire nécessaire. Malheureusement, à l'heure actuelle, il n'y a pas encore de convention claire à propos des remboursements, si bien qu'il subsiste beaucoup d'incertitude pour les patients et pour les médecins sur la question de savoir qui peut jouer quel rôle et sur le mode d'intervention du médecin dans les remboursements. Les personnes qui déclarent avoir besoin de la PrEP savent très bien ce qu'elles font et sont parfois mieux informées que leur propre médecin traitant. Elles ne demandent pas la PrEP à la légère, mais pour se protéger elles-mêmes, et leurs partenaires. Voilà pourquoi il est important qu'un médecin de famille puisse jouer ce rôle et effectuer cette évaluation comme il se doit. Enfin, le médecin traitant est l'intervenant qui connaît le mieux le dossier médical et le patient, et qui peut donc réaliser l'évaluation comme nul autre.

D'ailleurs, il ne s'agit pas uniquement du remboursement de la PrEP, mais aussi des différents tests de dépistage des MST et du VIH, et de tous les autres tests qui sont nécessaires pour effectuer une bonne évaluation de la santé et de l'incidence de la prise de la PrEP. Dans la pratique, l'on relève de nombreux écarts entre les prix réclamés, qui

Het was één van de laatste dossiers die ik op de politieke agenda kreeg toen ik nog werkte voor Sensoa in 2016. Het lijkt al een eeuwigheid geleden. Sindsdien is er veel veranderd, ten goede. Toch blijven er nog zaken die aangepakt moeten worden, zeker wat betreft toegankelijkheid en betaalbaarheid, in het bijzonder voor mannen die seks hebben met mannen (MSM) maar ook voor kwetsbare profielen, zoals mensen uit de Sub-Saharaanse gemeenschap.

PrEP is al sinds 2017 beschikbaar in België en wordt ook terugbetaald, op voorwaarde dat is vastgesteld dat de betrokkenen een verhoogd risico heeft op een hiv-infectie. PrEP beschermt voor 99 % tegen nieuwe hiv-infecties. Die hoge beschermingsgraad en de effectiviteit van PrEP zijn heel belangrijk, want we zien al verschillende jaren dat de cijfers van nieuwe hiv-infecties nog steeds niet onder controle zijn. Ondanks de blijvende inspanningen van organisaties zoals Cavaria, Sensoa, Plateforme Prévention Sida, Ex aequo, blijven alle mogelijke strategieën die MSM en andere kwetsbare profielen extra kunnen beschermen tegen overdracht, echt meer dan nodig.

De terugbetaalbaarheid hangt af van de mate waarin iemand wordt ingeschatt als hoogriscopatiënt. Op dit moment kan dit meestal alleen gebeuren in een aidsreferentiecentrum. In de praktijk zien we dat er niet in elke provincie een centrum is en bovendien zijn die centra niet altijd even toegankelijk: de inloop- en bezoektijden zijn niet altijd aangepast aan het normale leven van heel wat van onze burgers. De wachtrijen zijn ook bijzonder lang en er zijn niet genoeg middelen en personeel aanwezig om die wachtrijen korter te maken. Vandaar dat er een andere en gedifferentieerde aanpak nodig is. We zien goede voorbeelden in het buitenland maar ook in ons land zien we al huisartsen die rol opnemen om hun patiënten de nodige extra bescherming te bieden. Helaas zijn er daarrond op dit moment geen duidelijke afspraken, waardoor er voor de patiënten en de arts veel onduidelijkheid blijft over wie welke rol kan spelen en over de mate waarin de dokter kan instaan voor terugbetaling. Mensen die aangeven PrEP nodig te hebben, weten zeer goed waarmee ze bezig zijn en zijn soms beter geïnformeerd dan hun eigen huisarts. PrEP aanvragen doe je niet lichtzinnig, maar om jezelf en je partners te beschermen. Daarom is het belangrijk dat een huisarts die rol wel kan spelen en die inschatting naar behoren kan maken. Tenslotte is het de huisarts die het medisch dossier en de patiënt door en door kent, en dus de inschatting als geen ander kan maken.

Het gaat trouwens niet alleen om de terugbetaling van PrEP, maar ook over de terugbetaling van de verschillende soa- en hiv-testen en alle andere testen die nodig zijn om de gezondheid en de impact van de inname van PrEP goed in kaart te brengen. In de praktijk blijkt er veel verschil te zitten in de prijszetting, wat te maken heeft met de verschillende prijzen die labo's hanteren. Ik denk dat het heel belangrijk is om de prijzen uniform te krijgen, want het kan niet zijn dat je pech hebt met het labo dat je huisarts of referentiecentrum gebruikt en daardoor meer moet betalen dan in een andere provincie. Dat lijkt mij niet correct.

Te vaak ook hebben mannen die om PrEP vragen het gevoel dat ze moeten solliciteren. Heel vaak is dat een gigantische drempel. Ze hebben vaak het gevoel dat ze hun

trouvent leur source dans les différents prix que pratiquent les labos. Je pense qu'il est très important d'aboutir à une uniformisation des prix, car il n'est pas admissible que le patient doive payer davantage que dans une autre province parce qu'il a la malchance que son médecin traitant ou son centre de référence sida travaille avec un laboratoire pratiquant des prix plus élevés. Cela me paraît incorrect.

Trop souvent, les hommes qui demandent la PrEP ont l'impression de devoir passer un entretien d'embauche. Ils sont très souvent extrêmement réticents à la demander. Ils ont souvent le sentiment de devoir mettre leur âme à nu et se voient aussi parfois confrontés à une stigmatisation, très souvent mêlée à un sentiment de honte. Tout cela doit cesser si nous voulons faire en sorte que les hommes qui présentent un risque élevé d'infection au VIH puissent faire les meilleurs choix possibles.

Un autre groupe que j'ai cité tout à l'heure et qui mérite notre attention, ce sont les hommes issus de la communauté subsaharienne. Trop souvent, ils ne savent même pas que la PrEP existe et s'ils le savent, ils ont très souvent des difficultés ou se montrent très réticents à aborder ce sujet avec leur médecin traitant, mais en outre, il leur est aussi simplement difficile de briser le tabou concernant leur vie sexuelle. Je me souviens que quand je travaillais pour Sensoa, j'ai rencontré un médecin traitant qui m'a parlé d'un de ses patients, un homme d'origine subsaharienne qui avait deux MST, qui furent évoquées pendant la consultation. L'homme n'osait pas reconnaître qu'il avait peut-être été infecté à l'occasion d'un contact sexuel avec un autre homme. Il a fallu à ce médecin traitant beaucoup de temps et d'énergie avant que cet homme ose l'admettre. Ce patient a eu beaucoup de chance de tomber sur un médecin qui a continué à le questionner, qui a voulu briser le tabou, et qui a surtout pu continuer à communiquer en prenant en compte sa diversité culturelle. Tout le monde n'a pas cette chance et il est plus que jamais nécessaire que les médecins puissent prodiguer des soins qui prennent en compte les diversités culturelles.

Je terminerai par deux réflexions. Nous avons de très bons exemples qui nous viennent de l'étranger : aux Pays-Bas, nous voyons que les médecins traitants collaborent particulièrement bien avec les centres de santé, notamment avec les services de santé communaux à Amsterdam et en d'autres lieux. L'Allemagne est aussi très inspirante : elle a mis en place en différents endroits des centres de test de première ligne, que j'ai visités à l'époque, où l'on peut demander une consultation pour la PrEP ou pour d'autres choses. J'espère donc que nous pourrons plaider, chers collègues, pour un avenir accueillant favorablement de telles initiatives, et qui mettra en place de tels centres de première ligne, qui font vraiment la différence et qui permettent surtout de briser les tabous.

Je tiens encore à lancer un dernier appel. Aujourd'hui, nous avons parlé de la PrEP. L'accès aux médicaments contre le VIH est également une thématique que nous devons aborder. Dans notre pays, cet accès est particulièrement bien réglementé, mais nous voyons que ce n'est pas le cas dans de nombreux pays en développement. Si nous voulons faire en sorte que l'épidémie de VIH reste sous contrôle dans le reste du monde, nous devons également nous montrer solidaires par rapport à l'accès à

ziel op tafel moeten leggen, soms ook dat ze met een stigma geconfronteerd worden en er heerst ook heel vaak een gevoel van schaamte. Dat moet allemaal verdwijnen als we er willen voor zorgen dat mannen die een hoog risico lopen op een hiv-infectie de best mogelijke keuzes kunnen maken.

Een andere groep die daarnet ook werd vermeld en onze aandacht verdient, zijn de mensen uit de Sub-Saharaanse gemeenschap. Te vaak weten ze niet eens dat PrEP bestaat en als ze het al weten, hebben ze heel vaak moeite, of ervaren ze drempels om dat enigszins bespreekbaar te maken bij hun huisarts, maar verder hebben ze het ook gewoon zelf moeilijk om hun seksueel leven bespreekbaar te maken. Ik herinner mij uit de tijd dat ik bij Sensoa werkte een verhaal van een huisarts die mij vertelde over een Sub-Saharaanse man die twee soa's had die tijdens het consult werden besproken. De man durfde niet toegeven dat hij die wellicht had opgelopen bij seksueel contact met een man. Het heeft heel veel tijd en energie gevraagd van de huisarts vooraleer die man dat durfde toegeven. Die man heeft geluk gehad met een huisarts die wel is blijven doorvragen, die taboedoornbrekend en vooral zeer cultuursensitief heeft kunnen communiceren. Niet iedereen heeft dat geluk, dus meer dan ooit is het nodig dat artsen aan cultuursensitieve zorg kunnen doen.

Ik sluit af met twee zaken. We hebben heel goede voorbeelden uit het buitenland: in Nederland verloopt de samenwerking van huisartsen met de gezondheidscentra, de GGD's in Amsterdam en op andere plaatsen, bijzonder goed. Duitsland is ook zeer inspirerend: daar heb je op verschillende plaatsen, die ik indertijd heb bezocht, inloopcentra, waar men een consult kan krijgen voor PrEP en andere zaken. Ik hoop dus collega's, dat we kunnen pleiten voor een toekomst met dat soort initiatieven, met dat soort inloopcentra, die echt een verschil maken en vooral drempelverlagend werken.

Ik wil nog een laatste oproep lanceren. Vandaag hebben we het gehad over PrEP. We moeten het ook hebben over de toegankelijkheid van hiv-medicatie. Op dit moment is dit in ons land bijzonder goed geregeld, maar we zien dat dit in veel ontwikkelingslanden niet het geval is. Als we ervoor willen zorgen dat de hiv-epidemie in de rest van de wereld onder controle raakt, moeten we ook solidair zijn met betrekking tot de toegankelijkheid van hiv- en PrEP-medicatie in verschillende ontwikkelingslanden.

la PrEP et aux médicaments contre le VIH dans plusieurs pays en développement.

M. Ludwig Vandenhove (Vooruit). – *Je tiens tout d'abord à remercier M. Van de Wauwer d'avoir pris l'initiative d'introduire cette résolution, que Vooruit soutiendra très volontiers.*

S'il est vrai qu'en Belgique, le nombre de diagnostics du VIH affiche une tendance à la baisse depuis ces dix dernières années, l'épidémie n'est certainement pas encore sous contrôle. C'est la raison pour laquelle il y a lieu de maintenir, et même d'intensifier, tous les efforts déjà accomplis, tant préventifs que curatifs.

La prévention et le dépistage précoce du VIH sont importants, mais il faut également qu'ils s'accompagnent d'un accès aisément aux soins et d'une disponibilité suffisante des médicaments PrEP pour les groupes cibles et sous-groupes cibles spécifiques les plus exposés à une infection au VIH.

Comme l'ont souligné les orateurs précédents, notre pays compte actuellement environ 7 000 utilisateurs de la PrEP, et nous nous attendons à ce que ce chiffre augmente au cours des prochaines années. Notre modèle de soins et les dispensateurs de soins concernés – surtout les médecins traitants et le personnel infirmier – doivent s'y préparer au maximum, en s'associant notamment à un centre de référence VIH.

Dans ce contexte, il est important de savoir que les nouveaux diagnostics de VIH comptent également des infections contractées à l'étranger. Il s'agit donc de personnes qui arrivent en Belgique alors qu'elles ont été infectées, mais qui l'ignorent. Compte tenu de la problématique de l'asile et des migrations, ces nombres augmenteront plus qu'ils ne diminueront.

Le remboursement de la PrEP pèse lourdement sur la sécurité sociale, même si le prix de ces médicaments a diminué depuis 2017. Le modèle actuel de délivrance de la PrEP est très décentralisé et passe par les centres de référence VIH. Cela ne favorise pas vraiment l'accessibilité pour l'utilisateur. C'est donc un point qu'il faudra certainement surveiller.

En résumé, il convient d'augmenter l'accessibilité à la PrEP et d'en réduire les charges administratives et le coût.

C'est pour toutes ces raisons, ainsi que pour quelques autres, que Vooruit a codéposé cette proposition de résolution. Le texte demande qu'une série de mesures soient prises tant par le gouvernement fédéral que par les gouvernements des entités fédérées, en l'occurrence les Communautés.

– **La discussion est close.**

– **Il sera procédé ultérieurement au vote sur la proposition de résolution.**

De heer Ludwig Vandenhove (Vooruit). – Allereerst wil ik collega Van de Wauwer bedanken omdat hij het initiatief heeft genomen deze resolutie in te dienen, die Vooruit heel graag steunt.

Het aantal hiv-diagnoses vertoont in België de afgelopen tien jaar weliswaar een neerwaartse trend, maar de epidemie is zeker nog niet onder controle. Daarom moeten alle inspanningen, zowel preventief, als curatief behouden blijven en zelfs worden opgedreven.

Preventie en vroegtijdige hiv-screening zijn belangrijk, maar moeten ook worden gevolgd door een vlotte toegang tot zorg en een voldoende beschikbaarheid van PrEP-medicatie voor de specifieke doelgroepen en subdoelgroepen met de hoogste kans op een hiv-infectie.

Zoals de vorige sprekers aanhaalden, zijn er momenteel in ons land een 7 000-tal PrEP-gebruikers en we verwachten dat dit aantal de komende jaren zal toenemen. Ons zorgmodel en de betrokken zorgverstrekkers – vooral huisartsen en verpleegkundigen – moeten daar maximaal op voorbereid zijn, onder andere via een verbondenheid aan een hiv-referentiecentrum.

Belangrijk in dit verband is te weten dat onder de nieuwe hiv-diagnoses ook infecties zitten die in het buitenland zijn opgelopen. Het gaat dus om personen die in België aankomen met een bestaande, maar niet gekende infectie. Gezien de asiel- en migratieproblematiek zullen die aantallen eerder toe- dan afnemen.

De terugbetaling van PrEP-medicatie is zeer belastend voor de sociale zekerheid, ook al zijn de kosten voor deze geneesmiddelen sinds 2017 gedaald. Het huidige PrEP-verstrekkingssmodel verloopt zeer gedecentraliseerd via de hiv-referentiecentra. Dat komt de toegankelijkheid voor de gebruiker niet echt ten goede. Dat moet dus zeker worden bekeken.

Samenvattend: de bereikbaarheid van de PrEP-medicatie moet verhogen en de administratieve last en de kostprijs ervan moeten naar beneden.

Om al deze en nog een aantal redenen heeft Vooruit deze resolutie mee ingediend. Ze vraagt een reeks maatregelen van zowel de federale regering, als de deelstaatregeringen, in casu de gemeenschappen.

– **De besprekking is gesloten.**

– **De stemming over het voorstel van resolutie heeft later plaats.**

Proposition de résolution relative à une approche complémentaire culturelle et non médicamenteuse dans le cadre de l'offre de soins dans le domaine de la santé mentale et plus particulièrement le « caring museum » (de M. Julien Uyttendaele, Mme Fatima Ahalouch et MM. Ludwig Vandenhove, Bert Anciaux, Gaëtan Van Goidsenhoven et Philippe Dodrimont ; Doc 7-482)

Discussion

(Pour le texte adopté par la commission des Matières transversales, voir document 7-482/4.)

Mme Nadia El Yousfi (PS), rapporteuse. – Chers collègues, en tant que rapporteuse de ce dossier, il me semble important de vous faire aujourd’hui la synthèse de nos travaux et plus particulièrement des auditions très intéressantes organisées en commission.

L'auteur principal de la proposition de résolution à l'examen, M. Uyttendaele, n'a pas manqué de rappeler les enjeux importants liés à la santé mentale et aux défis à venir. Il a rappelé tout l'intérêt de la prescription sociale, dont les activités artistiques et culturelles, dans le cadre d'une approche multisectorielle des maladies mentales. Dans sa présentation, il définit le *caring museum* comme une méthode thérapeutique individuelle ou collective qui consiste en l'exploitation de l'environnement muséal à des fins de bien-être physique, psychologique et social. M. Uyttendaele a rappelé les premières expériences menées en la matière au Royaume-Uni et aux États-Unis, au MoMa pour ne citer que celui-là, mais également aujourd’hui dans certains de nos musées, tant à Bruxelles que dans le nord et le sud de notre pays. M. Uyttendaele ne manquera pas d'approfondir dans son intervention l'ensemble des raisons qui l'ont amené à déposer cette proposition de résolution.

Dans le cadre de nos discussions générales, Mme Hoessen s'est dite convaincue par les thérapies non médicamenteuses dans les soins de santé mentale. Une expérience artistique et la thérapie créative peuvent certainement être salutaires pour les personnes souffrant de problèmes mentaux. M. De Roo a admis que la participation à la culture pouvait certainement avoir un effet positif et bénéfique sur le bien-être mental. Il lui semblait cependant excessif et prématuré que des politiques préconisent une visite au musée comme thérapie pour des personnes présentant des problèmes psychiques et a fortiori que des médecins doivent prescrire une telle thérapie. Quant à M. Schiltz, il avait un avis plus réservé dans la mesure où il s'interrogeait sur le caractère transversal de la proposition. Pour lui, il s'agit en effet d'une compétence exclusive des Communautés. Il aurait en outre souhaité ouvrir ce texte à d'autres secteurs, tels que celui du sport. Tout comme M. Schiltz, M. Dodrimont s'est dit ouvert à l'extension à d'autres secteurs. Il a également exprimé ses préoccupations concernant l'impact budgétaire de la prescription muséale sur les soins de santé. En réponse, M. Uyttendaele a rappelé qu'une prescription, même

Voorstel van resolutie betreffende een aanvullende culturele en niet-medicamenteuze benadering in het zorgaanbod op het gebied van geestelijke gezondheid, in het bijzonder het “caring museum” (van de heer Julien Uyttendaele, mevrouw Fatima Ahalouch en de heren Ludwig Vandenhove, Bert Anciaux, Gaëtan Van Goidsenhoven en Philippe Dodrimont; Doc. 7-482)

Besprekking

(Voor de tekst aangenomen door de commissie voor de Transversale Aangelegenheden, zie doc. 7-482/4.)

Mevrouw Nadia El Yousfi (PS), rapporteur. – Collega's, als rapporteur voor dit dossier wil ik u vooral een samenvattend overzicht geven van onze werkzaamheden en in het bijzonder van de bijzonder interessante hoorzittingen die we in de commissie hebben gehouden.

De heer Uyttendaele heeft als hoofdindiner van het voorliggende voorstel van resolutie het belang van de geestelijke gezondheid geschat evenals de uitdagingen die er op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg zullen zijn in de toekomst. Hij lichtte het sociaal voorschrijven toe, waarbij kunst- en cultuurparticipatie een belangrijk aspect kunnen zijn van een multisectoriële benadering van geestesziekten. Hij omschreef het caring museum als een individuele of collectieve therapeutische methode die gebruik maakt van de museumomgeving om het lichamelijke, mentale en sociale welzijn te bevorderen.

De heer Uyttendaele zette de eerste experimenten uiteen die in dit verband gevoerd werden in het Verenigd Koninkrijk en in de Verenigde Staten, in het MoMa bijvoorbeeld, maar tegenwoordig ook in sommige van onze musea, zowel in Brussel als in het noorden of het zuiden van ons land. Ongetwijfeld zal de heer Uyttendaele straks in zijn tussenkomst de redenen voor de indiening van deze resolutie zelf verder toelichten.

Tijdens de algemene besprekking zei mevrouw Hoessen dat ze overtuigd is van het nut van niet-medicamenteuze behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg.

Kunstbeleving en creatieve therapie kunnen zeker helend zijn voor wie met mentale problemen kampert. De heer De Roo erkende dat cultuurparticipatie zeker een positief en helend effect kan hebben op het mentale welzijn. Maar een museumbezoek vanuit de politiek naar voor schuiven als een therapie voor mensen met psychische problemen is vele stappen verder en voorbarig, laat staan dat een arts zulks zou moeten voorschrijven. De heer Schiltz was meer terughoudend en stelde zich vragen bij het transversale karakter van het voorstel: het gaat hier immers om een loutere gemeenschapsbevoegdheid. Verder zou hij hier ook andere sectoren bij betrokken willen zien, zoals de sport.

De heer Dodrimont trad die gedachte van het opentrekken naar andere sectoren bij. Hij drukte ook zijn bezorgdheid uit met betrekking tot de budgettaire impact van het sociaal voorschrijven op de gezondheidsfactuur.

De heer Uyttendaele antwoordde dat een voorschrift, ook

médicamenteuse, n'était pas obligatoire. Toute personne qui se voit délivrer une prescription, que ce soit pour un médicament ou pour une visite au musée, est libre d'aller à la pharmacie ou au musée.

En ce qui concerne les médecins, l'auteur a précisé que certains d'entre eux étaient déjà sensibilisés à cette question. Il estime que ces nouvelles méthodes devraient être mieux connues des médecins, dont les médecins généralistes qui sont souvent en contact avec le proche entourage du patient. L'auteur du texte a également rappelé que dans notre pays, la majorité des mutuelles participaient déjà, et depuis longtemps, à la prise en charge totale ou partielle des interventions de prescription sociale qui peuvent porter sur l'exercice physique, l'éducation, mais aussi les activités créatives, culturelles, voire linguistiques.

En ce qui concerne la question relative à la compétence de notre assemblée, M. Uyttendaele a souligné la transversalité du dossier relativement aux soins et à la prévention dans la mesure où la santé est bien une matière fédérale, via notamment le remboursement des prescriptions par l'INAMI, et où la prévention relève aussi des entités fédérées. Il a également précisé que la résolution concernait toutes nos institutions culturelles, qu'elles soient fédérales – comme les Musées royaux des Beaux-Arts de Belgique –, communautaires ou communales. Pour lui, la transversalité est suffisamment démontrée.

L'ensemble des intervenants ont demandé à pouvoir consulter différents experts. Au cours de sa réunion du 15 janvier 2024, la commission a ainsi entendu Mme Emma Nardi, présidente du Conseil international des musées (ICOM). Celle-ci a précisé que le Conseil international des musées était une organisation non gouvernementale regroupant 50 000 membres à travers le monde et disposant de 140 comités nationaux, parmi lesquels le comité belge. Pour Mme Nardi, les musées (soignants) doivent pouvoir s'adresser aux personnes âgées, retraitées, isolées ou en difficulté physique ou mentale. Elle a également souligné que la réussite passait par une collaboration entre les Communautés, les associations, les aidants proches, les médecins et les musées.

Mme Nardi a insisté tout particulièrement sur l'importance d'inclure les aidants proches dans la démarche de la prescription muséale. La présidente de l'ICOM s'est ensuite attardée sur les initiatives existantes, comme celles du MoMA ou de la Galerie nationale d'art moderne et contemporain de Rome. Elle a indiqué qu'au Royaume-Uni, la Fondation Rothschild avait mis en place un programme destiné aux enseignants à la retraite.

Mme Nardi s'est engagée aussi à inviter le réseau de l'ICOM à lui transmettre des exemples d'expériences concrètes afin d'enrichir la documentation destinée à notre commission.

La commission a aussi entendu Mme Isabelle Vanhoonacker, présidente, et Mme Véronique van Cutsem, représentante du Comité national belge de l'ICOM.

Mme Véronique van Cutsem a abordé le lien entre musées et soins, en rappelant que trois actes étaient au cœur même de ce lien, je cite : « Le musée soigne parce qu'il aide le visiteur à se retrouver, à se reconnecter à lui-même et à se

voor geneesmiddelen, niet verplicht is. Elke persoon die een voorschrijft ontvangt, hetzij voor geneesmiddelen, hetzij voor een museumbezoek, is vrij om al dan niet bij de apotheek langs te gaan of het museum te bezoeken.

Wat de artsen betreft, vermeldde de indiener dat sommige onder hen zich al bewust waren van de mogelijkheden van deze aanpak. Hij is van mening dat artsen die mogelijkheden beter moeten leren kennen, vooral de huisartsen die de mensen uit de omgeving van de patiënt meestal goed kennen. De indiener van de tekst wees er voorts op dat in ons land de meeste ziekenfondsen reeds alle of een deel van de kosten dekken van interventies op het vlak van social prescribing, waaronder lichaamsbeweging, onderwijs, maar ook creatieve, culturele of zelfs taalkundige activiteiten.

Wat de bevoegdheid van de Senaat betreft zei de heer Uyttendaele dat het een transversaal dossier betreft omdat de volksgezondheid een federale materie is, onder meer vanwege de terugbetaling van de zorgverstreking door het RIZIV, en de preventieve gezondheidszorg een bevoegdheid is van de gemeenschappen. Hij wees er ook op dat de resolutie alle culturele instellingen aangaat, of ze nu federaal zijn, zoals de Koninklijk Musea voor Schone Kunsten van België, dan wel afhangen van de gemeenschappen of van de gemeenten. Wat hem betreft is het transversaal karakter aldus voldoende aangetoond.

Alle sprekers hadden gevraagd om verschillende experts te kunnen raadplegen. Tijdens de vergadering van 15 januari 2024 hoorde de commissie mevrouw Emma Nardi, voorzitster van de International Council of Museums (ICOM). Zij legde uit dat de ICOM een niet-gouvernementele organisatie is met vijftigduizend leden wereldwijd die honderdvierig nationale comités omvat, waaronder het Belgisch comité. Voor mevrouw Nardi moeten de musea zich als zorgverleners ook kunnen richten tot ouderen, gepensioneerden, eenzame mensen of mensen met fysieke of mentale problemen. Dat vereist een samenwerking tussen gemeenschappen, verenigingen, mantelzorgers, artsen en musea.

Mevrouw Nardi benadrukte dat het sociaal voorschrijven ook heel belangrijk kan zijn voor de mantelzorgers. De ICOM-voorzitster gaf dan enkele voorbeelden van bestaande initiatieven, zoals bij het MoMA of de Galleria nazionale d'arte moderna e contemporanea van Rome. Spreekster gaf vervolgens een voorbeeld uit het Verenigd Koninkrijk waar de Rothschild Foundation een programma voor gepensioneerde leerkrachten heeft uitgewerkt.

Mevrouw Nardi beloofde het ICOM-netwerk te vragen haar voorbeelden door te sturen van concrete experimenten ten behoeve van de commissie.

De commissie hoorde ook mevrouw Isabelle Vanhoonacker, voorzitster, en mevrouw Véronique van Cutsem, vertegenwoordigster van het Belgisch nationaal ICOM-comité.

Mevrouw Véronique van Cutsem had het over de band tussen musea en zorg, en dat daarin drie aspecten een rol spelen: « Het museum zorgt voor de bezoeker, want het helpt hem zichzelf terug te vinden, zich te verbinden met zichzelf en weer open te staan voor bepaalde

rouvrir à certaines perceptions. Il soigne parce qu'il aide le visiteur à retrouver des liens avec la société et il apporte un mieux-être et un bien-être au visiteur. » Elle a ensuite rappelé qu'au cours de ces trente dernières années, les musées avaient développé énormément de savoirs et de connaissances pour améliorer les expériences que les publics peuvent vivre au sein des expositions ainsi que pour pouvoir s'adapter à des publics plus spécifiques comme celui des personnes souffrant d'une maladie mentale.

Elle a encore précisé qu'en Région flamande, de nombreuses expériences avaient déjà été développées, notamment au Musée du jouet à Malines, au *Red Star Line Museum*, etc. Certaines ont déjà fait l'objet de publications et sont nées de collaborations avec des universités, des centres de soins psychiatriques, des maisons de repos ou encore des associations d'intégration en milieu urbain.

En ce qui concerne la Région bruxelloise, la représentante de l'ICOM-Belgique a indiqué que deux expériences coexistaient, à savoir celle du « Musée sur mesure » proposée par les Musées royaux des Beaux-Arts de Belgique et celle développée entre les quatre musées de la ville de Bruxelles et le service psychiatrique du Centre hospitalier universitaire Brugmann. Les médecins de cet hôpital ont ainsi pu prescrire des visites au musée aux patients à titre individuel, ce qui est novateur.

En Région wallonne, diverses initiatives ont également vu le jour, notamment au Musée L de Louvain-la-Neuve, et ce, en collaboration avec l'Université catholique de Louvain. Enfin, l'intervenante a conclu en précisant que les projets de « *caring museum* » ne devaient pas se référer et se construire uniquement entre les secteurs médical et muséal, mais devaient impliquer aussi le secteur socioculturel, les maisons de repos, les autres centres de soins qui peuvent contribuer largement au développement de ce domaine.

Mme Isabelle Vanhoonacker a ajouté qu'il était important de développer davantage les initiatives actuelles dans le monde muséal et de les consolider. Elle a précisé qu'un plan était en cours d'élaboration, notamment en collaboration avec la *Katholieke Universiteit Leuven* (KUL) et la *Vrije Universiteit Brussel* (VUB), en vue de permettre aux médecins de prescrire une visite de musée à leurs patients.

Quant aux projets pilotes entre la KU Leuven, le musée PARCUM et les Musées royaux des Beaux-Arts de Belgique, ils visent à évaluer les visites guidées et à mesurer l'impact de celles-ci sur les patients.

Enfin, les deux intervenantes ont insisté sur le fait qu'il était crucial que le secteur des soins et les pouvoirs publics reconnaissent le musée comme un véritable lieu de rencontre qui permet une expérience active de l'art et du patrimoine pour les patients souffrant de maladies mentales.

Mme Catherine Vanandruel, représentante de l'association Culture & Démocratie, a précisé que l'objectif du groupe de travail Art et Santé était de rassembler des artistes, des institutions médicales et des soignants afin de soutenir le développement durable et professionnel des liens entre l'art et les milieux de soins et, parallèlement, la reconnaissance de la singularité de ces artistes.

waarnemingen. Het museum draagt zorg voor de bezoeker omdat het hem helpt de banden aan te halen met de samenleving, zich beter te voelen en als museumbezoeker meer welbeinden en welzijn te ervaren.” Ze voegde eraan toe dat tijdens de voorbije dertig jaar musea enorm veel ervaring en kennis hebben opgedaan om tentoonstellingen zo vorm te geven dat de bezoekerservaring van het publiek rijker en interessanter wordt en dat ze zich ook beter lenen tot aanpassingen voor specifieke doelgroepen, zoals mensen met een mentale aandoening. Ze vermeldde dat in het Vlaams Gewest al heel wat experimenten zijn ontwikkeld zoals het Speelgoedmuseum in Mechelen, het Red Star Line Museum, enz. Over sommige daarvan zijn al artikels gepubliceerd en sommige zijn ontstaan uit een samenwerking met universiteiten, centra voor psychiatrische zorg, woonzorgcentra of stedelijke verenigingen voor integratie.

Mevrouw van Cutsem vermeldde twee experimenten in het Brussels Gewest. Het betreft “Museum op maat”, dat in de Koninklijke Musea voor Schone Kunsten van België wordt aangeboden, en een project dat ontwikkeld werd door de vier musea van de stad Brussel en de dienst voor psychiatrische zorg van het Universitair Verplegingscentrum Brugmann. Artsen van dit ziekenhuis schrijven op individuele basis museumbezoeken voor aan patiënten en dat is een heel vernieuwende aanpak.

In het Waals Gewest zijn er diverse initiatieven ontstaan, met name in het Museum L van Louvain-la-Neuve en dit in samenwerking met de Université catholique de Louvain. Tot slot gaf spreekster nog aan dat de projecten van “caring museum” niet enkel bedacht en vormgegeven moeten worden als een samenwerking tussen de medische wereld en de museumsector, maar dat daarbij ook de socioculturele sector moet betrokken worden, alsook de woonzorgcentra en andere zorgcentra, die op hun beurt veel kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van deze zorgconcepten.

Mevrouw Isabelle Vanhoonacker voegde daaraan toe dat het belangrijk is om de huidige initiatieven in de museumwereld verder uit te bouwen en te consolideren. Ze vermeldde een plan dat momenteel wordt uitgewerkt waarbij artsen patiënten een museumbezoek kunnen voorschrijven in samenwerking met de Katholieke Universiteit Leuven (KUL) en de Vrije Universiteit Brussel (VUB).

Met het pilotproject tussen KU Leuven, PARCUM en de Koninklijke Musea voor Schone Kunsten van België is het de bedoeling om de geleide bezoeken te evalueren en om de impact ervan op de patiënten te meten.

Beide spreeksters onderstreepten dat het van cruciaal belang is dat de zorgsector en de overheid het museum als een echte ontmoetingsplaats erkennen, als een plaats voor actieve kunst- en patrimoniumbeleving voor patiënten met mentale aandoeningen.

Mevrouw Catherine Vanandruel, vertegenwoordiger van Culture & Démocratie legde uit dat in de werkgroep Art et Santé kunstenaars, medische instellingen en zorgpersoneel in Brussel worden bijeengebracht om de duurzame en professionele ontwikkeling van banden tussen kunst en het

Elle a précisé que l'engagement culturel seul ne pouvait être l'unique cause de l'amélioration des indicateurs de santé observée dans les travaux de l'OMS. Son expérience l'a amenée à souligner que la médiation culturelle emboîtée dans d'autres sphères sociales et médicales est essentielle pour maintenir un réel lien de confiance sur le long terme entre les bénéficiaires et les artistes médiateurs. Selon elle, le fait de prescrire une visite de musée sans dispositif de médiation a par conséquent peu de sens en soi.

Pour conclure, Mme Vanandruel a précisé que Culture & Démocratie suggérait d'élargir l'approche proposée à l'offre globale culturelle en Belgique avec les bibliothèques et les centres culturels, sans oublier le milieu rural. Elle a ajouté que le renforcement des expertises de leur territoire sur les questions de santé mentale semblerait être un véritable levier dans la prévention et l'accompagnement. En conclusion, elle a souligné qu'il était fondamental que ces passerelles mises en place entre santé mentale et approche non médicamenteuse de la santé visent la vie culturelle et la création en général, dans un sens qui ne se limite pas aux seuls musées des grands centres-villes.

Il convient enfin de préciser qu'un avis écrit sur la proposition de résolution a en outre été fourni par Mme Sarah de Liamchine, présidente de Solidaris Wallonie. Je vous renvoie à cet égard à l'annexe du rapport établi par la commission.

La commission a ensuite terminé la discussion de la proposition et a procédé aux votes lors de sa réunion du 2 février 2024.

M. Dodrimont a déposé un amendement visant à demander l'avis du KCE sur l'opportunité du système proposé, ainsi qu'à analyser les modes de financement possibles.

M. Uyttendaele et Mme Ahallouch ont déposé plusieurs amendements, notamment sur la base de l'avis écrit de Solidaris, visant entre autres à mettre sur pied un projet pilote de remboursement de prescriptions culturelles, dont la prescription muséale. Il s'agissait également de répondre aux craintes formulées par Mme Vanandruel. D'autres amendements ont encore été déposés par leurs soins, en vue d'étendre le cadre de la prescription muséale aux aidants proches en tant que partie à la communauté de guérison.

Tous les amendements ont été adoptés et la proposition de résolution telle qu'amendée a été adoptée dans son ensemble par 4 voix contre 3 et 4 abstentions.

M. Julien Uyttendaele (PS). – Je souhaite rappeler en préambule que la santé mentale ne peut être réduite à un état binaire, selon lequel on serait soit en bonne santé mentale, soit en mauvaise santé mentale. La santé mentale est influencée par de très nombreux facteurs familiaux, sociaux, environnementaux ou économiques, qui peuvent

zorgmilieu te ondersteunen, en parallel daarmee ook de erkenning van de unieke kenmerken van die kunstenaars.

Ze gaf aan dat het niet vaststaat of culturele betrokkenheid op zich de enige oorzaak kan zijn van de betere gezondheidsindicatoren die worden waargenomen in onderzoeken van de WHO. Uit ervaring weet ze dat culturele bemiddeling, in samenhang met andere sociale en medische domeinen, essentieel is om een echte vertrouwensband op lange termijn te behouden tussen de begunstigen en de kunstenaars-bemiddelaars. Een museumbezoek voorschrijven zonder een bemiddelingssysteem heeft op zich dus weinig zin, aldus de spreker.

Bij wijze van besluit zei mevrouw Vanandruel nog dat Culture & Démocratie voorstelt om op deze wijze aan de slag te gaan met het volledige cultuuraanbod in België, de bibliotheken en de culturele centra, ook op het platteland. Een versterking van hun lokale expertise over geestelijke gezondheidskwesties zou een echte hefboom kunnen zijn voor preventie en begeleiding. Het is dus van fundamenteel belang dat de bruggen die worden geslagen tussen mentale gezondheid en een niet-medicamenteuze behandeling van gezondheid, gericht zijn op het culturele leven en creativiteit in het algemeen, en niet beperkt blijven tot de musea in grote stadscentra.

Verder moet nog vermeld worden dat er over het voorstel van resolutie een schriftelijk advies werd verleend door mevrouw Sarah de Liamchine, voorzitster van Solidaris Wallonie, dat in de bijlage bij het commissieverslag is opgenomen.

De besprekking van het voorstel van resolutie werd afgerond en het werd ter stemming aan de commissie voorgelegd op 2 februari 2024.

De heer Dodrimont diende een amendement in dat ertoe strekte aan het KCE een advies te vragen over de relevantie van een dergelijk aanvullend systeem op het medicamenteuze voorschrijf alsook een analyse van de financieringsmogelijkheden.

De heer Uyttendaele en mevrouw Ahallouch hebben verschillende amendementen ingediend, onder meer op basis van het schriftelijke advies van Solidaris, waarbij de suggestie wordt gedaan om ook cultuur op voorschrijf, waaronder musea op voorschrijf, terug te betalen en hieromtrent een pilootproject op te starten. Daarmee wordt ook ingegaan op de bekommernissen die geuit werden door mevrouw Vanandruel. Andere amendementen gingen over de uitbreiding van het sociaal voorschrijven tot de mantelzorgers als deelgenoten van de helende gemeenschap.

Alle amendementen werden aangenomen en het geamendeerde voorstel van resolutie werd in zijn geheel aangenomen met 4 stemmen tegen 3 bij 4 onthoudingen.

D. heer Julien Uyttendaele (PS). – Geestelijke gezondheid is geen binaire toestand waarbij ziek zijn en gezond zijn elkaar afwisselen. Geestelijke gezondheid hangt ook af van tal van factoren zoals familiale, maatschappelijke, omgevings- en economische factoren, die een positieve of negatieve invloed kunnen uitoefenen op de globale mentale

avoir une influence tant positive que négative sur la santé mentale globale de chaque individu.

Bien que les représentations de la santé mentale aient évolué au fil des décennies, et en particulier ces deux dernières décennies, la stigmatisation des troubles mentaux demeure un enjeu majeur de santé publique mais aussi un enjeu très important sur le plan sociétal. Elle entrave l'accès aux soins, affecte l'estime de soi, restreint l'accès au logement, à l'emploi, aux loisirs, et altère les interactions sociales dans leur ensemble.

Selon un rapport mondial de l'OMS sur la santé mentale en 2022, il est crucial de reconnaître que la santé mentale est essentielle partout et pour tous. Néanmoins, l'OMS souligne qu'une proportion significative, allant de 35 à 50 %, des personnes souffrant de troubles mentaux sévères ne reçoivent aucun traitement, qu'il soit médicamenteux ou non médicamenteux.

De 70 à 80 % des individus atteints de troubles psychiatriques graves sont exclus du marché du travail, et ont jusqu'à 13 fois plus de risques de subir des violences physiques, sans parler des violences morales. Des statistiques alarmantes soulignent que 30 % des sans-abris sont confrontés à des troubles psychiatriques graves, contribuant ainsi à leur précarité et renforçant même celle-ci.

La Belgique ne fait pas exception à cette tendance croissante des problèmes de santé mentale, qui représentent chaque année 5 % du produit intérieur brut.

D'ici à 2030, la dépression deviendra la principale cause d'invalidité dans les pays à revenu élevé, en ce compris la Belgique.

Les jeunes sont particulièrement touchés, a fortiori depuis la pandémie de Covid-19. En mars 2022, environ un quart de la population présentait des troubles anxieux et/ou dépressifs. Les répercussions des crises et des conflits successifs que nous connaissons ne font qu'aggraver ces tristes constats.

Heureusement, des initiatives sont prises pour répondre à ces défis. En janvier 2023, le Parti socialiste a proposé une résolution visant à protéger les droits et le bien-être de la « génération confinement » dans la société post-covid. Les adolescents sont particulièrement touchés, avec plus de 16,3 % des jeunes âgés de 10 à 19 ans diagnostiqués avec un trouble mental en Belgique en 2022.

La demande de services d'aide psychologique dans les universités est également en forte hausse, tout comme le risque de dépression chez les jeunes, qui pourrait avoir un impact sur le marché du travail à long terme.

La mauvaise santé mentale a des répercussions étendues sur les plans économique, social, éducatif, pénal et judiciaire. Malgré cela, les recherches et les financements dans ce domaine restent tout à fait insuffisants.

Pourtant, selon un rapport récent de l'OCDE et de la Commission européenne, des efforts accrus pour promouvoir la santé mentale de tous les citoyens pourraient améliorer la vie de millions de citoyens européens et stimuler la croissance économique.

gezondheid van elk individu.

Hoewel de maatschappelijke perceptie van geestelijke gezondheid de afgelopen decennia, en vooral de voorbije twintig jaar, aanzienlijk is geëvolueerd, blijft het stigma dat kleeft aan mentale aandoeningen een belangrijk probleem voor de volksgezondheid, maar ook een zeer belangrijk maatschappelijk probleem. Het vertraagt de toegang tot zorg, beïnvloedt het gevoel van eigenwaarde, vermindert de toegang tot huisvesting, werk en vrijetijdsbesteding en tast sociale relaties aan.

Volgens het wereldrapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) over geestelijke gezondheid van 2022 is het uiterst belangrijk te erkennen dat “geestelijke gezondheid overal en voor iedereen essentieel is”. Toch onderstreept de WHO dat een aanzienlijk deel – 35 tot 50 % – van de patiënten met ernstige mentale stoornissen helemaal geen behandeling, al dan niet medicamenteus, krijgt.

70 tot 80 % van de mensen met ernstige psychiatrische stoornissen heeft geen toegang tot werk en heeft tot dertien keer meer kans om slachtoffer te worden van fysiek geweld, zonder nog te spreken van psychisch geweld. Uit alarmerende statistieken blijkt dat 30 % van de daklozen ernstige psychiatrische stoornissen heeft en dat dergelijke stoornissen het risico op armoede vergroten.

Ook in België nemen geestelijke gezondheidsproblemen gestaag toe, en de kosten daarvan bedragen jaarlijks 5 % van het bruto binnenlands product.

Tegen 2030 zal depressie de belangrijkste oorzaak van invaliditeit vormen in landen met een hoog inkomen, ook in België.

Jongeren worden bijzonder getroffen, vooral sinds de covidpandemie. In maart 2022 kampte ongeveer één op de vier mensen met een angst- en/of depressieve stoornis. De weerslag van opeenvolgende crisissen en conflicten die we doormaken, maken de situatie alleen erger.

Gelukkig worden er initiatieven genomen om een antwoord te bieden op die uitdagingen. In januari 2023 heeft de PS een voorstel van resolutie ingediend betreffende de rechten en het welzijn van de “lockdowngeneratie” in de post-Covid samenleving. Adolescenten worden bijzonder getroffen, met meer dan 16,3 % van de jongeren tussen 10 en 19 jaar in België die de diagnose van een geestelijke stoornis hebben gekregen in 2022.

De vraag naar psychologische begeleiding aan de universiteiten is ook sterk toegenomen, net zoals het risico op depressie bij jongeren, hetgeen op lange termijn een invloed kan hebben op de arbeidsmarkt.

Geestelijke gezondheidsproblemen hebben tal van gevolgen op economisch, sociaal, educatief, strafrechtelijk en gerechtelijk vlak. Desondanks blijven onderzoek en financiering op dat gebied echter volkomen ontoereikend.

Nochtans, volgens een nieuw rapport van de Organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling (OESO) en de Europese Commissie zouden meer inspanningen om de geestelijke gezondheid van alle burgers te bevorderen het leven van miljoenen burgers kunnen verbeteren en de

En matière de santé, les politiques de prévention demeurent trop souvent délaissées au profit quasi exclusif du curatif. La santé mentale n'y fait pas exception.

Nous connaissons pourtant tous ce vieil adage d'un bon sens évident : mieux vaut prévenir que guérir.

Nous avons, au sein même de cette assemblée, déjà pris des mesures sur les risques liés à certaines prises de médicaments, notamment les opioïdes qui sont prescrits trop rapidement, trop facilement et de manière trop généralisée, alors qu'il s'agit d'une solution de facilité dont les conséquences sont dramatiques. Or nous observons également une surconsommation de psychotropes pour les mêmes raisons : antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères, psychostimulants sont ainsi devenus le quotidien de patients qui n'en ont pas tous réellement besoin.

Comme nous l'avons dit en préambule, la santé mentale dépend de nombreux facteurs et une approche multisectorielle s'impose nécessairement afin de proposer des services et de l'accompagnement qui dépassent le strict cadre du traitement curatif.

Largement plébiscité par l'OMS, un autre type de prescription existe : la prescription sociale. Les prescriptions sociales sont des interventions qui cherchent à répondre aux besoins sociaux. Elles sont un moyen d'action sur les déterminants sociaux de la santé qui complètent les systèmes de santé traditionnels et fonctionnent parallèlement à ceux-ci pour améliorer la santé des patients et accroître les comportements de santé positifs. Dans un avis de 2013, le Conseil supérieur de la Santé belge rappelle la possibilité de traiter certains troubles anxieux par une approche non médicamenteuse et la nécessité d'instaurer de meilleures conditions de vie pour tous. Désormais, l'OMS recommande également d'intégrer des activités artistiques et culturelles dans les programmes de soins de santé au niveau national.

Parmi les mesures proposées et en alternative à cette approche médicamenteuse, qui reste importante, il existe un accompagnement culturel particulièrement intéressant : le *caring museum*.

Comme la rapporteuse l'a déjà expliqué, il s'agit d'une méthode thérapeutique individuelle ou collective qui consiste en l'exploitation de l'environnement muséal à des fins de bien-être physique, psychologique et social.

Si les arts et l'exercice sur ordonnance existent depuis le début des années 1990, les musées sont un élément relativement nouveau dans la prescription sociale avec des événements pilotes qui débutent en 2008 au Royaume-Uni. Le rapport de l'Art Fund « *Calm and Collected* » confirme clairement que la fréquentation récurrente des musées a un effet positif sur le sentiment général d'équilibre et d'épanouissement personnel.

Plusieurs études portent également sur les variations du taux de cortisol, une hormone couramment utilisée comme marqueur biologique au niveau du stress. Chez les personnes atteintes de démence, une réduction des symptômes de dépression et une amélioration de la fonction cognitive sont constatées lors de la visite d'un musée d'art. Ainsi, au cours de la dernière décennie, il y a eu une prise

economische groei kunnen stimuleren.

Op het gebied van gezondheid wordt het preventiebeleid maar al te vaak verwaarloosd ten gunste van curatieve maatregelen, en geestelijke gezondheid vormt hierop geen uitzondering.

We kennen nochtans allemaal het oude gezegde waaruit zoveel gezond verstand spreekt: "voorkomen is beter dan genezen".

We hebben in deze assemblee actie ondernomen tegen de risico's van sommige medicijnen, in het bijzonder opioïden, die te snel, te makkelijk en te vaak worden voorgeschreven hoewel dat een gemakkelijkheidsoplossing vormt met dramatische gevolgen. Toch zien we ook een overconsumptie van psychofarmaca om dezelfde redenen: antidepressiva, angststremmers, slaapmiddelen en psychostimulantia zijn dagelijkse kost geworden voor patiënten die ze niet echt nodig hebben.

Zoals we in de inleiding al aangaven, hangt geestelijke gezondheid af van veel factoren en een multisectorale benadering is nodig om dienstverlening en ondersteuning te bieden die verder gaan dan een louter curatieve behandeling.

Er bestaat nog een andere manier van voorschrijven, die sterk wordt aangeraden door de WHO: sociaal voorschrijven. Bij sociaal voorschrijven gaat het om interventies die proberen in te spelen op sociale behoeften. Ze zijn een middel om in te grijpen in de sociale determinanten van gezondheid, dat een aanvulling vormt op en werkt naast traditionele gezondheidszorgsysteem om de gezondheid van patiënten te verbeteren en positief gezondheidsgedrag te bevorderen. In een advies uit 2013 herinnerde de Belgische Hoge Gezondheidsraad aan de mogelijkheid om bepaalde angststoornissen zonder medicatie te behandelen en aan de noodzaak om "betere levensomstandigheden voor iedereen" te creëren. De WHO beveelt nu aan om kunst en culturele activiteiten te integreren in nationale programma's voor gezondheidszorg.

Een van de maatregelen die worden voorgesteld als alternatief voor medicatie, die belangrijk blijft, is een bijzonder interessante vorm van culturele begeleiding: het caring museum.

Zoals de rapporteur al heeft uiteengezet, betreft het een individuele of collectieve therapeutische methode die gebruik maakt van de museumomgeving om het lichamelijke, mentale en sociale welzijn te bevorderen.

Kunst en beweging op voorschrift bestaan al sinds het begin van de jaren negentig, maar musea zijn een relatief nieuw element in sociaal voorschrijven, met proefprojecten die in 2008 van start zijn gegaan in het Verenigd Koninkrijk. Het rapport Calm and Collected van het Art Fund bevestigt duidelijk dat regelmatig museumbezoek een positief effect heeft op het algemene gevoel van evenwicht en persoonlijke ontwikkeling.

Verschillende onderzoeken hebben ook variaties in cortisolniveaus bestudeerd, een hormoon dat vaak wordt gebruikt als biologische marker van stressniveaus. Bij mensen met dementie is aangetoond dat een bezoek aan een

de conscience croissante de la relation entre les arts et la santé dans le grand public et, aujourd’hui, de nombreuses institutions muséales tentent de faire valoir les liens entre culture et santé à travers des thérapies culturelles, visant à apaiser les souffrances mentales, l’anxiété, le stress, la morosité quotidienne, les troubles autistiques et langagiers, la dépression, l’isolement et les maladies chroniques, et essaient ainsi de favoriser le bien-être, l’introspection et l’échange.

À titre d’exemple, chaque année, plus de dix mille personnes porteuses de handicap ou atteintes de la maladie d’Alzheimer bénéficient directement des programmes du MoMa. Le musée met différentes ressources à la disposition des professionnels des arts et de la santé pour rendre l’art accessible aux personnes atteintes de démence avec des approches pédagogiques spécifiques.

Par le biais d’activités ciblées, les musées favorisent un environnement d’inclusion sociale, un moteur clé pour soutenir une population en meilleure santé, et luttent contre les inégalités en garantissant à tous l’accès à l’art. Cet accès à l’art me semble un droit fondamental même s’il ne figure pas dans la Convention européenne des droits humains. Et ce, quels que soient l’âge, les capacités, l’héritage culturel ou le niveau social.

Plus près de chez nous, en 2021, la Ville de Bruxelles et le service de psychiatrie du CHU Brugmann ont lancé ensemble un projet pilote de prescriptions muséales. Les médecins prescripteurs qui participent à ce projet pilote, sur une base volontaire, sont libres de prescrire des visites muséales.

Ils fournissent de manière volontaire toute la documentation nécessaire à une demande de prescription muséale au patient concerné qui choisit, sur une base volontaire, de suivre ou non cette prescription. On a eu l’occasion par ailleurs, lors de nos auditions, d’entendre que de nombreuses autres expériences existent, que ce soit en Wallonie, en Flandre ou à travers le monde, et qui vont dans le même sens.

Je me permets de rappeler la très importante Recommandation de l’Unesco de 2015 concernant la protection et la promotion des musées et des collections, qui insiste particulièrement sur le rôle social des musées : « Les musées sont des espaces publics vitaux qui devraient être destinés à toute la société et peuvent, à ce titre, jouer un rôle important dans le développement des liens et de la cohésion de la société, la construction de la citoyenneté et la réflexion sur les identités collectives. »

Rappelons enfin que, dans notre pays, la majorité des mutuelles participent en réalité déjà, et depuis longtemps, à la prise en charge totale ou partielle des interventions de prescription sociale, qui peuvent évidemment aussi porter sur l’activité physique, l’éducation, mais également sur les activités créatives, culturelles, voire linguistiques.

Dès lors, il est primordial de promouvoir la conception la plus globale possible de la notion de « thérapeutique » dans la perspective de laquelle les prises en charge médicamenteuses, mais également non médicamenteuses, sont perçues comme complémentaires, dans un objectif qui

kunstmuseum de symptomen van depressie vermindert en de cognitieve functies verbetert. In de afgelopen tien jaar is het grote publiek zich steeds meer bewust geworden van de relatie tussen kunst en gezondheid, en tegenwoordig proberen tal van musea de banden tussen cultuur en gezondheid te bevorderen door middel van culturele therapie, met het oog op het verlichten van geestelijk lijden, angst, stress, dagelijkse neerslachtigheid, autistische stoornissen, taalstoornissen, depressie, isolement en chronische ziekten, en het aanmoedigen van meer welbevinden, introspectie en interactie.

Elk jaar maken bijvoorbeeld meer dan tienduizend mensen met een handicap of de ziekte van Alzheimer direct gebruik van de programma’s van het MoMa. Het museum stelt een reeks hulpmiddelen ter beschikking aan kunst- en gezondheidsprofessionals om kunst toegankelijk te maken voor mensen met dementie, met behulp van specifieke pedagogische benaderingen.

Via gerichte activiteiten bevorderen musea een omgeving voor sociale inclusie, een belangrijke factor in de ondersteuning van een gezondere bevolking, en bestrijden ze ongelijkheid door iedereen toegang te geven tot kunst. De toegang tot kunst lijkt me een grondrecht, zelfs al staat het niet in het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, ongeacht leeftijd, vaardigheden, achtergrond of sociale status.

Dichter bij huis hebben de stad Brussel en de afdeling psychiatrie van het Universitair Verplegingscentrum (UVC) Brugmann in 2021 de handen in elkaar geslagen om een proefproject “museum op voorschrijf” te lanceren. De voorschrijvende artsen die op vrijwillige basis deelnemen aan dat pilootproject zijn vrij om al dan niet museumbezoeken voor te schrijven.

Ze bezorgen op vrijwillige basis aan de betrokken patiënten alle nodige documentatie om een voorschrijf voor een museumbezoek aan te vragen. De patiënt kiest dan, op vrijwillige basis, of hij dat voorschrijf al dan niet volgt. We hebben trouwens tijdens de hoorzittingen vernomen dat er talrijke andere gelijkaardige experimenten bestaan, in Wallonië, in Vlaanderen en over heel de wereld.

Ik zou willen wijzen op de zeer belangrijke Unesco-aanbeveling van 2015 aangaande de bescherming en bevordering van musea en collecties, waarin de maatschappelijke rol van de musea wordt onderstreept: ‘Museums are vital public spaces that should address all of society and can therefore play an important role in the development of social ties and cohesion, building citizenship, and reflecting on collective identities.’

Tot slot wijs ik erop dat in ons land de meeste ziekenfondsen in feite al lang geheel of gedeeltelijk bijdragen in de kosten van initiatieven in het kader van het sociaal voorschrijven. Het kan gaan om fysieke activiteiten of onderwijs, maar ook om creatieve of culturele activiteiten of zelfs activiteiten op het vlak van taal.

Daarom is het uiterst belangrijk een zo breed mogelijke opvatting van het begrip “therapeutisch” aan te moedigen waarbij medicamenteuze en niet-medicamenteuze zorg als complementair worden gezien, met zowel een curatieve als

est à la fois curatif et préventif.

Pour cela, il sera nécessaire d'améliorer l'information des professionnels de la santé parce que, sans eux, tout cela n'a pas beaucoup de sens, mais également l'information des patients sur ces thérapies non médicamenteuses. Il faudra aussi favoriser l'adhésion des professionnels de la santé, en associant notamment les médecins généralistes, qui sont les premiers points de contact des patients.

Il faudra également améliorer l'accès à l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses et promouvoir, dans la prise en charge de la santé mentale, une approche culturelle dans l'offre de soins par des campagnes de communication et de sensibilisation.

Enfin, il faudra poursuivre le développement de la promotion et de la prévention en santé mentale en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, et en incluant l'approche culturelle.

Je voudrais terminer en vous signalant le court mais excellent reportage de Séverine Agi et Eric Nappi, diffusé cette année sur Arte.tv, et encore disponible en replay, « *Ordonnances muséales : l'art pour soigner* », ainsi que l'émission Twist du 5 février 2023 intitulée « *L'art sur ordonnance* », et diffusée sur la même chaîne, et qui relate justement l'expérience qui a été menée par le CHU Brugmann et la Ville de Bruxelles.

Autre initiative importante : la deuxième conférence internationale « Culture & Santé mentale », qui aura lieu à Gand, les 28 et 29 novembre 2024, et qui est soutenue par l'UGent, l'University College London Arts & Sciences, et le FARO, Interface flamande pour le patrimoine culturel, qui travaille activement dans ce domaine. L'un des sujets portera plus précisément sur les musées et les initiatives artistiques et culturelles dans ce domaine, qui visent à assurer une plus grande inclusion, une plus grande cohésion sociale.

Le Sénat est un lieu où nous pouvons amener de nouveaux débats, de nouvelles idées, de nouveaux angles d'analyse, de nouvelles solutions aux défis de notre société, et la santé mentale est et sera une question fondamentale de ces prochaines décennies. Il s'impose donc que nous osions nous remettre en question, s'agissant des réponses à apporter à de tels phénomènes. La médecine et les médicaments sont évidemment indispensables, mais parfois, en complément ou en alternative, d'autres solutions existent.

L'OMS le rappelle à qui veut l'entendre : les problèmes de santé mentale sont multifactoriels et protéiformes, et les réponses doivent l'être également.

Mme Hélène Ryckmans (Ecolo-Groen). – La proposition de résolution que nous soutiendrons est une occasion de présenter de manière approfondie une piste intéressante pour les soins de santé mentale, celle de la thérapie non médicamenteuse. Les soins de santé mentale sont plus que jamais indispensables aujourd'hui. C'est une évidence eu égard aux impacts du covid, du burn-out professionnel, de la précarité et de la déprivation sociale, du manque de sens et de perspectives pour les jeunes, de l'isolement et du sentiment d'inutilité pour les plus âgés. Comme l'a rappelé

een preventieve doelstelling.

Daartoe is het noodzakelijk betere informatie over die niet-medicamenteuze therapieën te verschaffen aan de gezondheidsprofessionals – omdat zonder hen dit alles niet veel zin heeft – alsook aan de patiënten. We moeten er ook voor zorgen dat de gezondheidsprofessionals dit steunen, door de huisartsen, die het eerste contactpunt van de patiënten zijn, erbij te betrekken.

We moeten ook de toegang tot het aanbod aan niet-medicamenteuze therapieën verbeteren en een culturele benadering in het zorgaanbod voor de mentale gezondheid bevorderen door middel van communicatie en bewustmakingscampagnes.

Tot slot moeten we de mentale gezondheidsbevordering en -preventie blijven uitbouwen door in te spelen op de sociale gezondheidsfactoren en door er een culturele benadering aan toe te voegen.

Ik wil afsluiten met de vermelding van een korte maar uitstekende reportage van Séverine Agi en Eric Nappi, dit jaar uitgezonden op Arte.tv en nog beschikbaar in replay, met name *Ordonnances muséales: l'art pour soigner*, en ook het programma *Twist* van 5 februari 2023 met de titel *L'art sur ordonnance*, uitgezonden op hetzelfde kanaal. Het gaat over het experiment dat werd opgezet door UVC Brugmann en de stad Brussel.

Een ander belangrijk initiatief: de tweede internationale conferentie Culture & Mental Health, in Gent op 28 en 29 november 2024, gesteund door UGent, de University College London Arts & Sciences en FARO, Vlaams steunpunt voor cultureel erfgoed, dat actief is op dat vlak. Een van de onderwerpen zal precies gaan over musea en artistieke en culturele initiatieven die een grotere inclusie, een betere sociale cohesie beogen.

De Senaat is een plaats waar we nieuwe debatten, nieuwe ideeën, nieuwe invalshoeken, nieuwe oplossingen voor de uitdagingen van onze samenleving naar voor kunnen brengen. Mentale gezondheid is een fundamenteel vraagstuk en zal dat blijven de komende decennia. Het is dus belangrijk dat we onszelf durven in vraag stellen bij het zoeken naar antwoorden voor dergelijke fenomenen. De geneeskunde en medicijnen zijn uiteraard onmisbaar, maar soms zijn er, als aanvulling of als alternatief, andere oplossingen.

De WHO zegt het aan wie het wil horen: mentale gezondheidsproblemen zijn multifactorieel en veelvormig, en de antwoorden moeten dat ook zijn.

Mevrouw Hélène Ryckmans (Ecolo-Groen). – Het voorstel van resolutie dat we zullen steunen is een gelegenheid om dieper in te gaan op een waardevolle vorm van zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg, namelijk de niet-medicamenteuze therapie. Er is vandaag overduidelijk meer dan ooit nood aan geestelijke gezondheidszorg, als gevolg van de gevolgen van de coronapandemie en de toename van het aantal burn-outs, maar ook van de kansarmoede van sociaal kwetsbaren, het gebrek aan zingeving en perspectief bij jongeren of het sociaal

Culture & Démocratie lors des auditions, il est donc parfaitement pertinent de renforcer l'accès à la culture sous toutes ses formes.

Les auteurs de la résolution se sont intéressés à la manière dont l'art dans les musées pouvait être utile et facilité. Il est pertinent de nous interroger sur les besoins en matière de soins de santé mentale. La vision des soins de santé – mentale – que nous avons en tant qu'écologistes est qu'il faut élargir l'approche clinique étroite de la médecine classique pour inclure la personne dans son ensemble. Il ne fait aucun doute que l'expérience de l'art – actif ou passif – peut être curative et même thérapeutique et que toute plainte ne devrait pas immédiatement être traitée avec des pilules.

La mise en avant de la culture, et notamment des visites de musées, comme alternative aux médicaments est dès lors une piste intéressante. Les expériences artistiques et culturelles sont certainement à prendre en considération. Cela a du sens d'intégrer et de promouvoir la prescription sociale dans les soins de santé – mentale –, où la thérapie créative est acceptée aux côtés d'autres formes de thérapies non médicamenteuses. Plus encore que l'accès à l'art et à sa consommation, la culture a tout son sens lorsqu'elle est active, ce qui inclut toutes les formes de créativité collective. Il importe donc de recréer ou de renforcer la culture de proximité et l'expression artistique comme modes de soins. La quinzaine de demandes formulées dans la résolution invitent à un examen plus approfondi des répercussions du *caring museum* et en font une voie intéressante à explorer.

Comme l'a rappelé M. Uyttendaele, diverses formes de soins non médicamenteux sont à renforcer. Aux yeux des écologistes, il existe également de nombreux arguments scientifiques en faveur d'autres types de soins, que je voudrais évoquer en marge de cette résolution sur le recours aux musées. Il y a d'abord celui de la nature sur ordonnance. On sait depuis longtemps – mais on l'a aussi oublié pendant longtemps – combien l'accès à la nature est important et ressourçant et constitue une forme de soin réparateur. La nature nous procure des soins de santé physique et mentale : songeons à l'accès aux arbres, à l'air pur et aux aménités de la nature. On peut aussi citer les bienfaits de l'art dans les soins et les services de santé. Je crois qu'il n'est plus nécessaire de rappeler la plus-value des interventions artistiques en milieu hospitalier. Nous sommes l'un des pays où l'intervention artistique en soins de santé est la plus élaborée. C'est une autre piste à suivre.

Par l'adoption de la résolution à l'examen, le Sénat peut envoyer un message volontariste pour que la prévention non médicale bénéficie à l'avenir de l'attention qu'elle mérite. Des voies originales telles que le *caring museum* peuvent être explorées pour prendre soin de soi et des autres. Il est dès lors essentiel que ces diverses réflexions et études puissent se concrétiser. C'est une évolution que nous appelons de nos vœux.

M. Gaëtan Van Goidsenhoven (MR). – Les chiffres relatifs à la santé mentale sont inquiétants en Belgique, comme ils le sont d'ailleurs dans d'autres pays d'Europe. La crise covid, les inondations en région liégeoise, le

isolement en gevoel van nutteloosheid bij ouderen. De vertegenwoordiger van Culture & Démocratie, wees er tijdens de hoorzittingen op dat het raadzaam is de toegang tot cultuur op alle mogelijke manieren te stimuleren.

De indieners van de resolutie hebben zich gebogen over de vraag op welke manier kunstbeleving in musea nuttig kan zijn en gefaciliteerd kan worden. Het is van belang ons af te vragen waaraan de geestelijke gezondheidszorg nood heeft. Als groenen vinden wij dat de enge, klinische en klassieke medische kijk op de geestelijke gezondheidszorg moet opengetrokken worden tot een holistische benadering van de persoon. Het lijdt geen twijfel dat (actieve of passieve) kunstbeleving helend en therapeutisch kan zijn en dat niet elke klacht met geneesmiddelen moet worden bestreden.

Cultuurparticipatie en museumbezoek in het bijzonder als alternatief voor medicijnen is bijgevolg een interessant denkspoor. Mensen laten proeven van kunst en cultuur is dus zeker het overwegen waard. Het is zinvol om het sociaal voorschrijven te bevorderen, zeker als het gaat om de geestelijke gezondheidszorg, waar creatieve therapievormen naast andere niet-medicamenteuze behandelwijzen aanvaard worden. Meer nog dan de toegang tot het ervaren van kunst is actieve cultuurparticipatie heel zinvol, met inbegrip van alle vormen van collectieve uitingen van creativiteit. Het komt er dus op aan om het cultuuraanbod dat dicht bij de mensen staat en de artistieke expressie als helende tijdsbestedingen te zien. Aan de hand van een vijftiental aanbevelingen nodigt de resolutie uit om de potentieel weldadige invloed van een caring museum van naderbij te bekijken en verder te onderzoeken.

De heer Uyttendaele zei het al: verschillende niet-medicamenteuze vormen van therapie kunnen verder uitgewerkt worden. De groenen zijn van oordeel dat er veel wetenschappelijke argumenten kunnen aangevoerd worden ten voordele van andere vormen van zorg, die ik ook graag aan bod zou laten komen in de marge van deze resolutie over de toegang tot musea. Om te beginnen is er de natuurbeleving op voorschrift. Men weet al lang – en men is het ook lange tijd vergeten – hoezeer de natuur helend kan zijn en bevorderlijk voor herstel. De natuur is goed voor ons fysiek en ons psychisch evenwicht, denk maar aan het effect van bomen, zuivere lucht en een natuurlijk landschap op ons welzijn. Dat geldt evenzeer voor de kunstbeleving. Ook over de meerwaarde van de aanwezigheid van kunst in ziekenhuizen bestaat er een consensus. In ons land wordt daar ook terecht zeer veel aandacht aan besteed.

Door de goedkeuring van het voorliggend voorstel van resolutie kan de Senaat een voluntaristische boodschap uitsturen opdat aan niet-medische preventie in de toekomst de nodige aandacht wordt besteed. Originele uitgangspunten zoals het caring museum kunnen verkend worden om goed zorg te dragen voor elkaar. Al die denksporen verdienen het om concreet te worden uitgewerkt. Dat is ook wat wij wensen.

De heer Gaëtan Van Goidsenhoven (MR). – De cijfers over de geestelijke gezondheidszorg in België zijn nogal verontrustend en dat geldt ook voor andere landen in Europa. De coronacrisis, de overstromingen in de Luikse

contexte socioéconomique difficile et les tensions internationales anxiogènes y sont évidemment pour quelque chose.

Les différentes enquêtes menées mettent en lumière un degré croissant de détresse psychique dans toutes les catégories d'âge, chez les hommes comme chez les femmes, et ce n'est encore que la partie visible de l'iceberg.

Ces troubles de la santé mentale ont des répercussions importantes sur la vie quotidienne et professionnelle de toutes ces personnes en difficulté et, bien entendu, sur leur entourage. Notre groupe a d'ailleurs déjà déposé ici au Sénat une proposition de résolution en vue d'améliorer durablement la santé mentale des Belges.

Cette nouvelle proposition de résolution sur nos bancs aujourd'hui est complémentaire aux pistes envisagées dans notre texte en vue d'une politique de prise en charge cohérente, coordonnée et surtout efficace. C'est dans cette optique que nous l'avons cosignée.

La santé mentale est également un cheval de bataille de l'OMS, de l'UNICEF, de l'OCDE, du Conseil supérieur de la santé, qui tous tirent la sonnette d'alarme. Aucune piste de solution n'est donc à négliger.

Les possibilités qu'offre une approche non médicamenteuse sont à développer et à promouvoir auprès des professionnels de la santé. En effet, des études de plus en plus nombreuses depuis 2010 démontrent les avantages des interventions non médicamenteuses pour ralentir l'évolution de certaines maladies chroniques, pour améliorer l'état général de santé, pour éviter les comorbidités, pour optimiser l'observance des traitements biomédicaux, pour améliorer la qualité de vie des patients et, enfin, pour éviter des hospitalisations non programmées. Les recherches et les innovations dans le domaine s'accélèrent.

Il ne s'agit pas ici de prévention, mais bien de soins complémentaires qui nécessitent un accompagnement qu'il conviendra de mettre en place.

Ainsi, au CHU de Montpellier, par exemple, les personnes à qui sont adressées ces prescriptions bénéficient au musée d'un programme complet associant visite de l'exposition en cours et ateliers pratiques conduits par un artiste invité. Il est démontré, par les médecins concernés, que le fait de fréquenter les lieux de culture diminue l'incidence de la dépression.

Les études récentes utilisant la neuro-imagerie montrent que le fait de contempler des œuvres d'art stimule des régions cérébrales reproduisant l'intention de l'artiste et active le système de récompense associé au plaisir, ainsi que le réseau du « mode par défaut », celui de l'introspection. À cela il faut ajouter que la muséothérapie, pratiquée en groupe au sein d'un lieu ouvert au public, permet de lutter contre la solitude, d'autant plus marquée chez les patients déprimés.

Les dernières évaluations réalisées auprès de quarante patients du CHU de Montpellier mettent en évidence une amélioration de leurs symptômes dépressifs. L'art agirait comme un tremplin existentiel. En amenant les personnes à développer une sensibilité artistique et des compétences

regio, de moeilijke sociaal-economische context en de angstwekkende internationale spanningen zitten daar natuurlijk voor iets tussen.

Uit verschillende peilingen blijkt dat er bij mensen van alle leeftijden een toenemende mate van psychische stress heerst, zowel bij mannen als bij vrouwen en dat is nog maar het topje van de ijsberg.

Mentale gezondheidsproblemen hebben een weerslag op het dagelijks leven, thuis en op het werk, van al die mensen die zich niet goed in hun vel voelen. Ook op hun naasten is dat van invloed. Onze fractie heeft in de Senaat al een voorstel van resolutie ingediend met het oog op een duurzame verbetering van de geestelijke gezondheid van de Belgen.

Dit nieuwe voorstel van resolutie is zeker complementair met onze voorstellen voor een coherentere, beter aangepaste en vooral efficiëntere geestelijke gezondheidszorg. Daarom hebben we deze tekst ook medeondertekend.

De geestelijke gezondheid is een strijdpunt voor de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), voor UNICEF, voor de OESO, allemaal organisaties die aan de alarmbel trekken. Daarom mag geen enkele mogelijke oplossing onverkend blijven.

De mogelijkheden van niet-medicamenteuze benaderingen moeten verder ontwikkeld en gepromoot worden bij de gezondheidswerkers. Steeds meer onderzoeken tonen sinds 2010 aan dat niet-medicamenteuze behandelingen beterschap kunnen teweegbrengen bij sommige chronische ziekten, of om de algemene gezondheidstoestand te verbeteren, om comorbiditeit tegen te gaan, om een beter resultaat te bereiken bij biomedische behandelingen, om de levenskwaliteit van patiënten op te krikken en ook om niet-geplande ziekenhuisopnames te voorkomen. Er is steeds meer onderzoek en snellere innovatie op dit gebied.

Het gaat hierbij niet om preventie maar om aanvullende zorg die nog zal moeten omkaderd worden.

Zo krijgen in het UZ van Montpellier personen in het bezit van een voorschrift een volledig uitgewerkt programma in het museum aangeboden dat het bezoek aan de lopende tentoonstelling omvat, maar ook workshops door kunstenaars. De dokters bevestigen dat die cultuurparticipatie het voorkomen van depressie vermindert.

Uit recente studies die gebruik maken van neurologische beeldvorming blijkt dat het bekijken van kunst hersenzones stimuleert die aansluiten bij de intentie van de kunstenaar en het beloningscentrum activeert, dat verbonden is met het ervaren van genot, evenals het 'default' netwerk van de introspectie. Bovendien kan met een museumbezoek in groep het isolement, dat typisch is voor depressieve patiënten, doorbroken worden.

De laatste evaluaties bij veertig patiënten van het UZ van Montpellier tonen aan dat hun depressieve klachten afnemen. Kunst fungeert dan als een existentiële springplank. Door mensen oog te laten krijgen voor kunst of ze ertoe aan te zetten zelf creatief aan de slag te gaan kan men hen helpen om meer zin te krijgen in het leven,

créatives, on les aiderait à retrouver un sens, un but, une identité, telle est l'analyse des spécialistes responsables du projet.

En France, la Haute Autorité de Santé est d'avis, je cite, que « le fait de sortir d'une prise en charge essentiellement centrée sur le médicament et de l'influence symbolique qu'il exerce constitue un enjeu de santé publique. C'est le cas en particulier pour les personnes souffrant de maladies chroniques pour lesquelles les thérapeutiques non médicamenteuses sont souvent recommandées comme traitement de fond, par exemple dans la prise en charge de l'insomnie. À terme, la meilleure reconnaissance des thérapies complémentaires devrait permettre de réduire la consommation de médicaments. »

Ce dispositif novateur a évidemment un coût. Cette dimension n'est certainement pas à négliger. C'est pourquoi nous avons soutenu l'idée d'un projet pilote de remboursement de prescriptions culturelles, comme proposé par nos collègues, et nous avons déposé un amendement pour solliciter l'avis du KCE quant aux modes de financement de ces prescriptions par la sécurité sociale, sachant que cela pourrait se faire aussi par le biais des mutuelles ou des compagnies d'assurance.

Aujourd'hui, les médecins reconnaissent unanimement que le fait de conserver ou de retrouver la santé ne passe pas obligatoirement par la prise de médicaments, loin de là. Nous soutenons cette logique et donc cette résolution.

M. Kris Poelaert (CD&V). – *Nous sommes d'accord que les efforts en matière de participation à la culture peuvent être intensifiés, notamment parce que celle-ci a un effet positif sur le bien-être mental. Nous sommes aussi persuadés que cela peut être salutaire pour les personnes souffrant de certains problèmes mentaux. Une meilleure coordination entre le secteur culturel et celui des soins de santé mentale nous paraît utile pour explorer et mieux exploiter les possibilités dans ce domaine.*

Il nous semble cependant excessif et prématuré que des politiques préconisent une visite au musée comme thérapie pour des personnes présentant des problèmes psychiques, et a fortiori que des médecins se voient ainsi chargés d'une tâche supplémentaire dans le domaine du traitement des problèmes de santé mentale.

Nous estimons qu'il faut davantage déléguer les tâches. Dans les futures pratiques de médecine générale, un patient présentant des troubles mentaux légers ne sera plus envoyé chez le médecin généraliste, mais sera orienté par un assistant de pratique vers les soins de santé mentale. Personne n'ignore qu'en différents endroits de la Flandre, il y a une grande pénurie de généralistes, qui n'acceptent plus de nouveaux patients. Charger les généralistes des tâches supplémentaires envisagées ne s'inscrit pas dans la vision future de ce qu'un généraliste est supposé faire.

Le but ne saurait être de charger le généraliste de prescrire une visite au musée au motif que celle-ci serait ainsi remboursée, tout comme un médicament. Si ce sont les coûts qui posent problème, il y a d'autres options envisageables, par exemple la carte avantages flamande UitTPAS.

zich een doel te stellen, hun identiteit te ontwikkelen, aldus de specialisten die het project begeleiden.

In Frankrijk is de Haute Autorité de Santé van mening dat het verlaten van het denkbeeld dat een behandeling vooral berust op de toediening van geneesmiddelen een uitdaging is voor de volksgezondheid. Dat geldt zeker voor mensen met chronische aandoeningen en voor wie een niet-medicamenteuze behandeling vaak wordt aanbevolen als basistraject, bijvoorbeeld voor het verhelpen van slapeloosheid. Op termijn kan een betere erkenning van aanvullende therapieën de vermindering van het geneesmiddelenverbruik in de hand werken.

Deze vernieuwende aanpak heeft wel een kostprijs. Deze dimensie mag zeker niet genegeerd worden. Daarom steunen we de idee van een pilotproject voor de terugbetaling van cultureel voorschrijven, zoals onze collega's dat voorstellen, en hebben we een amendement ingediend om het advies te vragen van het KCE met betrekking tot de financiering van deze manier van voorschrijven door de sociale zekerheid, wetende dat dit ook door ziekenfondsen of verzekерingsmaatschappijen zou kunnen gebeuren.

Dokters zijn het er vandaag over eens dat je gezondheid behouden of terugvinden niet in alle gevallen een zaak is van geneesmiddelen slikken. Die stelling willen we zeker ondersteunen en dus steunen we ook deze resolutie.

De heer Kris Poelaert (CD&V). – Laat me beginnen met te stellen dat we het erover eens zijn dat sterker kan worden ingezet op cultuurparticipatie, onder meer omdat dit een positief effect heeft op het mentaal welzijn. Ook zijn we ervan overtuigd dat voor mensen die al met bepaalde mentale problemen te kampen hebben, dit voorstel een helend effect kan hebben. Meer afstemming tussen de geestelijke gezondheidzorg en de cultuursector, om de mogelijkheden op dat vlak te verkennen en beter te benutten, lijkt ons dan ook iets om niet tegen te zijn.

Een museumbezoek vanuit de politiek naar voren schuiven als therapie voor mensen met psychische problemen, lijkt ons dan weer héél veel stappen verder en lijkt ons iets te voorbarig, laat staan dat een arts ook dat al zou moeten gaan doen en er een extra taak bij krijgt op het vlak van behandeling van mentale gezondheidsproblemen.

Ons inziens zou er meer moeten worden ingezet op meer taakdelegatie. In de huisartsenpraktijk van de toekomst zal een persoon met lichte mentale problemen niet meer naar de huisarts worden gestuurd, maar door een praktijkassistent worden doorgestuurd naar de geestelijke gezondheidzorg. U weet allen maar al te goed dat we vandaag op verschillende plekken in Vlaanderen met een patiëntentop zitten en er een groot tekort is aan huisartsen. Dergelijke taken bijkomend in het mandje van de huisarts leggen, past niet helemaal in die toekomstvisie op wat een huisarts hoort te doen.

Het kan toch ook niet de bedoeling zijn dat de taak bij de huisarts wordt gelegd omdat een museumbezoek dan kan worden terugbetaald, net zoals een medicament. Als de kosten het probleem zijn, dan kunnen ook andere opties bekeken worden. In Vlaanderen kennen we bijvoorbeeld de

Les personnes qui sont les mieux aptes à accompagner les patients présentant des troubles de santé mentale sont, d'après nous, les thérapeutes. C'est à eux qu'il incombe de choisir quelle thérapie est adaptée au patient. Si leur choix se porte sur une thérapie comportementale, celle-ci peut prendre la forme d'une visite muséale, mais aussi d'une excursion à la mer ou d'une promenade en forêt.

La participation à la culture a un effet positif sur la santé mais elle n'est pas accessible à tout le monde de la même manière. Si on commence à offrir des billets gratuits pour les musées dans le cadre des soins de santé mentale, on peut craindre un effet Matthieu. On constate déjà une surconsommation de soins dans certains groupes. La classe moyenne a davantage recours aux soins de santé mentale, et ce pour des problèmes parfois moins graves que ceux dont souffrent les personnes issues des groupes socioéconomiques inférieurs.

Si on continue sur la lancée actuelle, en renforçant la médicalisation et en faisant intervenir des professionnels des soins, il faudra, d'ici 2040, qu'un adulte sur trois travaille dans le secteur des soins, comme il ressort d'une analyse du Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn. En tant que responsables politiques, ne contribuons pas à une congestion en attendant toujours plus des soins professionnels. Commençons par trouver une solution pour la pénurie de généralistes et par prévoir un renvoi rapide vers les professionnels de la santé mentale, de sorte que les patients ne soient pas obligés d'attendre des mois pour pouvoir voir un psychologue, psychiatre ou psychothérapeute. Faisons en sorte que cette forme d'aide soit suffisamment accessible financièrement.

La résolution à l'examen est noble, certes, mais prématurée et excessive. C'est la raison pour laquelle le groupe cd&v ne la votera pas.

M. Bert Anciaux (Vooruit). – Je trouve la proposition de résolution particulièrement intéressante, surtout parce qu'elle remet les soins de santé mentale sous le feu des projecteurs.

Suivez-moi et retournez quelques décennies en arrière. Auparavant, chaque village s'occupait des personnes confuses mentalement. La communauté villageoise s'occupait des personnes souffrant de problèmes psychiques. Je rejoins les propos tenus par mon prédécesseur. Pendant longtemps, mon père a été le médecin de famille du village et je me rappelle que pendant mon enfance, nous nous amusions à distraire les patients présents dans sa salle d'attente par toutes sortes d'activités d'ordre moins culturel, mais aussi par des petits spectacles et des chants, etc. Les gens consultaient leur médecin de famille pas uniquement pour une maladie quelconque, mais surtout pour des problèmes psychiques. Le médecin de famille du village était la personne à qui s'adresser en cas de difficultés, y compris d'ordre social. Il jouait un rôle à forte dimension sociale. Peut-il encore le faire aujourd'hui ? Probablement pas.

Nous devons aussi tirer des enseignements de l'histoire récente. La crise du coronavirus a créé une onde de choc

UiTPAS.

De personen die bij uitstek geschikt zijn om mensen met mentale gezondheidsproblemen te begeleiden, zijn volgens ons de therapeuten. Welke therapie voor wie geschikt is, dat is een inschatting die therapeuten moeten maken. Wordt er voor een gedragstherapie gekozen, dan mag dit van ons gerust een museumbezoek zijn, maar het kan even goed een uitstap naar zee of een wandeling in het bos zijn.

Cultuurparticipatie heeft een positief effect op de gezondheid maar ze is niet voor iedereen even toegankelijk. Als we in het kader van de geestelijke gezondheidszorg gratis museumtickets gaan geven, dan vrezen we voor een mattheuseffect. We zien nu al een overconsumptie van zorg bij bepaalde groepen. De middenklasse maakt veel meer gebruik van de geestelijke gezondheidszorg, en dat voor problemen die soms minder ernstig zijn dan die van mensen uit de lagere sociaal-economische groepen.

Indien we verder doen zoals we nu bezig zijn en almaar meer zaken medicaliseren en in handen van de professionele zorg leggen, dan moet tegen 2040 1 op de 3 volwassenen in de zorg werken. Dat zijn gegevens van een analyse van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn. Laten we dan ook als politici vooral niet bijdragen tot een zorginfarct, en altijd maar meer van die zorg en die professionele zorg verwachten. *First things first:* eerst het tekort aan huisartsen oplossen en zorgen voor een voldoende snelle doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg-professional, zodat de mensen niet maanden moeten wachten op een psycholoog of een psychiater of een psychotherapeut. Meer nog: laten we liever en eerder ervoor zorgen dat deze vorm van hulpverlening voldoende financieel toegankelijk is.

Met andere woorden: deze resolutie is voor ons nobel maar iets te voorbarig en heel veel stappen verder. Dat is dan ook de reden waarom de cd&v-fractie dit voorstel vandaag niet zal steunen.

De heer Bert Anciaux (Vooruit). – Ik vind het een bijzonder interessante resolutie. Vooral omdat ze geestelijke gezondheidszorg opnieuw een beetje meer onder de aandacht brengt.

Ik neem jullie even mee in de tijd. Vroeger zorgde elk dorp voor mensen die het geestelijk moeilijk hadden. Mensen met psychische problemen werden opgevangen door de dorpsgemeenschap. Ik pik even in op de vorige spreker. Mijn vader was lang geleden huisarts van het dorp en ik herinner me hoe wij als kinderen de patiënten in de wachtzaal onderhielden met allerlei minder culturele activiteiten, maar ook met toneeltjes en zingen, etc. De mensen kwamen niet alleen wegens een of andere ziekte naar de huisarts, maar vooral ook wegens psychische problemen. De huisarts was het aanspreekpunt in het dorp voor mensen die het moeilijk hadden, ook sociaal. Het was een heel sociale rol. Kunnen we dat vandaag nog doen? Wellicht niet.

We moeten ook leren uit de recente geschiedenis. De covidcrisis heeft een schok door onze samenleving gejaagd met enorm zware implicaties voor heel wat groepen in onze samenleving. Jongeren hebben een schoolachterstand opgelopen, hebben psychische problemen opgelopen omdat

qui a ébranlé notre société et qui a eu des conséquences extrêmement graves pour de nombreuses catégories sociales. Les jeunes ont accumulé un retard scolaire et ont souffert de problèmes psychiques parce qu'ils ne pouvaient plus se voir. Ils se sont retrouvés enfermés, ne pouvant pas profiter de la liberté si essentielle pour les enfants et les jeunes. Il faut en tirer les leçons. Nous devons veiller à ce que nos jeunes qui ont des problèmes psychiques soient aidés beaucoup plus facilement.

La résolution propose une solution draconienne, mais intéressante, parce qu'elle plaide fortement pour une approche multidisciplinaire. J'ai personnellement un peu d'expérience en matière de soins aux personnes âgées, catégorie de personnes sur lesquelles le coronavirus a aussi eu une incidence majeure. Nous avons surtout appris que les centres de soins pour personnes âgées ne doivent pas les isoler, les éloigner de la société, que nous devons abattre les murs élevés autour de nos seniors. Ma tâche actuelle est de faire d'un centre de soins résidentiels un centre de vie, ouvert à la société, et dont on renverse les murs. Il faudrait en faire de même pour la jeunesse. Fort de mon expérience personnelle, je vois que nous investissons beaucoup plus dans les soins de santé mentale, sans toujours les nommer comme tels. Notre centre de soins résidentiels a certes engagé un psychologue et recruté des orthopédagogues, des travailleurs sociaux et des pédagogues. Mais nous y avons aussi fait rentrer la culture et d'autres activités. Depuis 2000, nous avons fait en sorte d'y organiser chaque année un véritable festival d'été. Nous avons transformé notre jardin en théâtre de verdure. Nous veillons à y attirer la vie associative, nous faisons en sorte de proposer aussi aux riverains les services offerts par le centre de soins résidentiels, nous effectuons des visites à domicile, en privilégiant aussi les personnes souffrant de solitude, le mal du siècle, en les réintégrant à la vie du quartier. En fait, nous sommes en train de devenir un centre multidisciplinaire.

C'est un défi quotidien de veiller à ce que des personnes puissent continuer à vivre leur vie en toute liberté, en toute transparence, et sans devoir passer de leur vie à une autre vie, à leur fin de vie. Les personnes doivent pouvoir poursuivre leur vie en continuant à pratiquer leurs hobbies, en conservant leurs centres d'intérêt, leurs coups de cœur littéraires, leurs activités théâtrales, etc. Nous avons mis sur pied des projets de coopération avec les théâtres bruxellois KVS, avec l'orchestre symphonique Brussels Philharmonic et avec l'ensemble de musique de chambre Oxalys. Nous allons également lancer des projets de collaboration avec des musées, afin que la maison de repos et de soins devienne pour ainsi dire une extension de la salle d'exposition de musées, comme Kanal l'est pour le Centre Pompidou, mais dans une moindre mesure. Nous devons oser regarder par-dessus les murs, avec un esprit ouvert. C'est pour moi la philosophie de la présente résolution, extraire en partie les soins de santé mentale de la sphère purement médicale. Nous ne pouvons certainement pas – et le risque est réel – faire des maisons de repos et de soins des hôpitaux miniatures privilégiant exclusivement des soins médicaux qui visent l'excellence. J'entends parfois dire dans mon entourage, y compris de la part de représentants du réseau de soins de santé mentale Zorgnet-Icuro, que seules les personnes fortement

ze elkaar niet konden zien. Ze zaten opgesloten, ze konden niet de vrijheid beleven die zo essentieel is voor kinderen en jongeren. We moeten daar conclusies uit trekken. We moeten ervoor zorgen dat jongeren op een veel gemakkelijkere manier geholpen kunnen worden als er psychische problemen zijn.

De resolutie voorziet in een vrij drastische, maar interessante oplossing omdat er sterk gepleit wordt voor een multidisciplinaire aanpak. Ikzelf heb een beetje ervaring in de ouderenzorg, waar covid ook een enorme invloed heeft gehad. We hebben vooral geleerd dat ouderenzorg niet mag worden geïsoleerd en niet losstaat van de samenleving, dat de muren die errond zijn gebouwd, moeten worden gesloopt. Mijn opdracht vandaag is om van een woonzorgcentrum een leefcentrum te maken, waar de samenleving binnengetrokken wordt en de muren gesloopt. Hetzelfde zou ook voor de jeugd moeten gebeuren. Vanuit mijn eigen ervaring zie ik dat we veel meer inzetten op geestelijke gezondheidszorg, zonder dat altijd zo te noemen. Ja, wij hebben een psycholoog aangeworven, ja we hebben orthopedagogen en maatschappelijk werkers aangetrokken, en pedagogen. Maar we hebben ook cultuur en andere activiteiten binnengebracht. Zo zorgden we ervoor dat er sinds 2000 jaarlijks een heus zomerfestival doorgaat. We hebben onze tuin omgebouwd tot een groentheater. We zorgen ervoor dat het verenigingsleven daarbinnen wordt getrokken, dat er ook dienstverlening vanuit het woonzorgcentrum aan de wijk wordt aangeboden, dat we op huisbezoek gaan, vooral ook bij mensen in eenzaamheid – een grote problematiek – en dat we hen terug betrekken bij de wijk. We zijn eigenlijk een multidisciplinair centrum aan het worden.

Het is een dagelijkse uitdaging om ervoor te zorgen dat mensen hun leven kunnen voortzetten in alle vrijheid, in alle openheid, en ze niet een stap moeten zetten vanuit hun leven naar een ander leven, het einde van hun leven. Mensen moeten hun leven kunnen voortzetten, met hun hobby's, hun interesses, hun literaire wensen, theater enz. We hebben samenwerkingsprojecten opgezet met de KVS, met Brussels Philharmonic, met Oxalys. We gaan ook met musea samenwerkingsprojecten opzetten, zodat het WZC een stuk tentoonstellingsruimte van musea wordt, zoals Kanal dat is voor het Centre Pompidou, maar dan in het klein. We moeten durven over de muurtjes kijken, met een open geest. Dat is voor mij de filosofie van deze resolutie, dat we geestelijke gezondheidszorg voor een stuk uit de louter medische sfeer halen. We mogen zeker niet – en dat gevaar is reëel – van WZC's kleine ziekenhuizen gaan maken, waar alleen heel goede medische zorg wordt gegeven. Ik hoor soms in mijn omgeving zeggen, ook van mensen bij Zorgnet-Icuro, dat we erop moeten toezien dat alleen de zwaarste zorgbehoeden nog een plaats krijgen. Ja en neen. Geestelijke gezondheidszorg is ook essentieel. Zorgen dat er terug een leven kan gecreëerd worden voor mensen is even essentieel. Vandaar dat ik pleit voor leefcentra.

Hetzelfde geldt voor jongeren: zij moeten in alle vrijheid kunnen opgroeien. Daarvoor moeten we zorg voor hun specifieke problemen aan iedereen kunnen aanbieden, en dus niet alleen aan kinderen die in een gezin of familie wonen waar ze goed opgevangen worden. We moeten terug

dépendantes doivent encore recevoir une place. Oui et non. Les soins de santé mentale sont aussi essentiels. Il est tout aussi essentiel de veiller à pouvoir recréer une vie pour ces personnes. Voilà pourquoi je plaide pour des centres de vie.

Il en va de même pour les jeunes : ils doivent pouvoir grandir en toute liberté. C'est la raison pour laquelle nous devons pouvoir offrir des soins adaptés aux problèmes spécifiques de chacun d'eux, et donc pas seulement à des enfants habitant dans une famille où ils sont bien accueillis. Nous devons rétablir la prise en charge des personnes en difficulté par l'ensemble de la communauté. C'est pour moi la philosophie qui sous-tend la présente résolution, qui recueillera dès lors le soutien de notre groupe.

M. Julien Uyttendaele (PS). – J'aimerais réagir brièvement à l'intervention de M. Poelaert. Soit je n'ai pas bien compris son intervention, soit il n'a pas bien compris ma résolution.

Je partage évidemment les constats formulés par M. Poelaert concernant la saturation des soins de santé ou les pénuries de personnel dans ce secteur, mais la présente résolution, qu'il juge inopportun si je l'ai bien compris, vise précisément à décentraliser, à offrir des alternatives aux parcours médicaux et médicamenteux classiques et à alléger la pression qui pèse sur le secteur des soins de santé.

Monsieur Poelaert, n'hésitez pas à me corriger si je n'ai pas bien compris votre intervention.

En réalité, cette résolution n'exclut pas d'autres types de prescriptions sociales, qu'il s'agisse de sport, de musique ou que sais-je. L'objectif est ici d'attirer l'attention sur une thématique qui existe déjà depuis très longtemps dans d'autres pays. Nous voulons simplement la mettre en évidence dans notre pays.

Quant à l'inquiétude dont vous faites part en ce qui concerne l'aspect financier, je puis vous assurer qu'une prescription muséale va coûter nettement moins cher que la prescription de pilules à des gens durant toute leur vie pour qu'ils se sentent un peu mieux.

On le sait, la dépression et le burn-out sont le mal de notre siècle. Face à ce fléau, soit on continue, comme c'est le cas aujourd'hui, à « anesthésier » les gens, soit on essaye de trouver d'autres solutions. Je ne dis pas que certaines personnes n'ont pas besoin de traitements médicamenteux à vie, mais beaucoup de gens s'en voient prescrire alors qu'ils n'en ont pas besoin. On peut certes anesthésier les gens, mais ce n'est pas le modèle que je défends.

Je pense qu'en tant que responsables politiques, nous devons essayer de faire en sorte que les gens soient, avant tout, heureux de vivre. Et si l'on peut offrir des solutions autres que de les anesthésier avec des médicaments, alors on aura fait une partie du boulot.

M. Rik Daems (Open Vld). – *Notre groupe est partagé entre plusieurs opinions. Je suis naturellement mal placé et je suis confronté à un « demi-conflit d'intérêts », étant moi-même professionnellement actif dans le secteur culturel. Il y a cependant beaucoup à dire sur la culture et l'art en tant qu'alternative à proposer aux personnes en difficulté. L'approche multidisciplinaire défendue par*

vanuit de hele gemeenschap zorg dragen voor mensen die het moeilijk hebben. Dat is voor mij de filosofie achter deze resolutie, die onze fractie dan ook zal steunen.

De heer Julien Uyttendaele (PS). – *Ik wil kort reageren op wat de heer Poelaert heeft gezegd. Ofwel heb ik zijn betoog niet goed begrepen, ofwel heeft hij mijn resolutie niet goed begrepen.*

Ik ben het er met hem natuurlijk over eens als hij vaststelt dat de gezondheidsdiensten overbevraagd zijn en te kampen hebben met grote personeelstekorten, maar met deze resolutie, die hij niet opportuun vindt als ik hem goed heb begrepen, willen we juist een gedecentraliseerde en aanvullende niet-medicamenteuze behandeling promoten, waardoor de druk op de medische sector enigszins wordt weggenomen.

Mijnheer Poelaert, corrigeer mij gerust mocht ik u verkeerd begrepen hebben.

Deze resolutie betekent geenszins dat andere vormen van sociaal voorschrijven, bijvoorbeeld met betrekking tot sport, muziek of nog andere zaken, zouden zijn uitgesloten. Ons doel is de aandacht te vestigen op een thema dat al geruime tijd in andere landen leeft. We willen het ook in ons land bespreekbaar maken.

U maakt zich zorgen over de financiële gevolgen, maar ik kan u verzekeren dat een voorschrift voor een museumbezoek veel minder zal kosten dan het levenslang voorschrijven van geneesmiddelen aan mensen die zich een beetje beter in hun vel willen voelen.

Depressie en burn-out nemen in deze eeuw hand over hand toe. Daartegenover staat dat de vaststelling dat men mensen vandaag “plat spuit” en dan is de vraag of dat zo wel verder moet, dan wel of er andere oplossingen mogelijk zijn. U hoort mij niet zeggen dat voor sommige mensen een langdurige behandeling niet aangewezen zou zijn, maar er zijn ook veel mensen die pillen slikken wanneer dat niet nodig is. De mensen aangenaam verdoven is een optie, maar dat is niet het model dat ik wens te verdedigen.

Als politici moeten we er alles aan doen dat mensen vooral graag leven. Als we daarvoor andere handvatten kunnen aanreiken dan medicamenteuze pijnstilling, dan hebben we al een deel van het werk gedaan.

De heer Rik Daems (Open Vld). – Binnen onze fractie is het zo dat er verschillende meningen zijn. Ik ben natuurlijk slecht geplaatst en zit met een belangenconflict, aangezien ik in de kunstsector professioneel actief ben. Er valt echter wel wat voor te zeggen om het culturele, de kunst, als een alternatief aan te bieden voor het behandelen van mensen die het moeilijk hebben. Het multidisciplinaire waar

M. Anciaux est intéressante, selon plusieurs autres orateurs et selon moi-même, compte tenu de ma propre expérience dans le domaine. Il faut évidemment tenir compte des considérations pratiques et financières formulées par le cd&v. Pour l'heure, je peux difficilement préjuger de l'incidence qu'aura cette résolution. Si cela vient en complément de ce qui existe déjà et que cela signifie qu'un médecin traitant doit en quelque sorte procéder à une analyse de qualité, c'est-à-dire juger ce qui constitue l'art et la culture, je pense que cela ne sera pas évident. Néanmoins, j'estime qu'il pourrait être intéressant d'envisager l'idée d'une telle approche alternative. En ce sens, et sous la réserve que je formule concernant d'éventuels surcoûts administratifs pour la sécurité sociale, déjà confrontée à pas mal de difficultés, j'ai envie de donner une chance à cette proposition. Je sais en effet ce que l'art et la culture peuvent apporter aux gens, et je soutiendrai donc cette résolution.

– La discussion est close.

– Il sera procédé ultérieurement au vote sur la proposition de résolution.

Proposition de résolution visant à prendre en compte le sexe et le genre dans le domaine de la santé (de Mme Latifa Gahouchi, M. Philippe Courard, Mmes Els Ampe et Stephanie D'Hose et M. Ludwig Vandenhove ; Doc 7-421)

Discussion

(Pour le texte adopté par le Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes, voir document 7-421/4.)

Mme Véronique Durenne (MR), rapporteuse. – Je me réfère à mon rapport écrit.

Mme France Masai (Ecolo-Groen). – Les inégalités de santé entre les femmes et les hommes ne sont pas seulement imputables à des différences d'ordre biologique. Les facteurs biologiques et les facteurs déterminants liés à l'environnement social, économique et culturel s'enchevêtrent. Parmi ceux-ci, le genre occupe une place centrale. Les représentations sociales liées au genre influencent le comportement des patients, les pratiques médicales et la recherche.

Or nous voulons l'égalité d'accès aux soins de santé pour les hommes et les femmes.

Nous devons comprendre que les rapports de genre peuvent avoir des conséquences déterminantes sur la façon de soigner et de se faire soigner et nous devons donner des réponses politiques à cet état de fait.

Ce phénomène s'illustre à travers le dépistage différencié des maladies cardiovasculaires, par exemple, ou de l'ostéoporose selon le sexe des patients. Les maladies cardiaques sont la première cause de mortalité des femmes dans le monde. En Belgique, 31 % des décès de femmes sont dus aux maladies cardiovasculaires et il y a davantage

de heer Anciaux het over had is volgens andere sprekers en ook volgens mij, vanuit mijn eigen ervaring binnen de sector, wel interessant. Er zijn natuurlijk praktische en financiële overwegingen die ook de cd&v heeft gemaakt. Ik kan op dit ogenblik zelf moeilijk inschatten wat de impact van deze resolutie is. Als dit *en surplus* komt en betekent dat een huisarts een kwaliteitsinschatting moet maken, dus moet inschatten wat kunst en cultuur is, dan vind ik dat niet vanzelfsprekend. Omgekeerd vind ik het zelf meer dan interessant genoeg om het mee in overweging te nemen. In die zin, en met het voorbehoud dat ik maak in verband met eventuele bijkomende administratieve kosten voor de sociale zekerheid die het al moeilijk heeft, ben ik er zeker wel in geïnteresseerd om dit een kans te geven. Ik weet immers persoonlijk wat kunst en cultuur voor positiefs kunnen teweegbrengen in het leven van de mensen. Daarom ga ik persoonlijk deze resolutie ondersteunen.

– De bespreking is gesloten.

– De stemming over het voorstel van resolutie heeft later plaats.

Voorstel van resolutie om inzake gezondheid rekening te houden met geslacht en gender (van mevrouw Latifa Gahouchi, de heer Philippe Courard, de dames Els Ampe en Stephanie D'Hose en de heer Ludwig Vandenhove; Doc 7-421)

Bespreking

(Voor de tekst aangenomen door het Adviescomité voor gelijke kansen voor vrouwen en mannen, zie doc. 7-421/4.)

Mevrouw Véronique Durenne (MR), rapporteur. – Ik verwijss naar mijn schriftelijk verslag.

Mevrouw France Masai (Ecolo-Groen). – De ongelijkheid op het vlak van gezondheid tussen vrouwen en mannen is niet uitsluitend toe te schrijven aan biologische verschillen. Het gaat om een samenspel van biologische factoren en factoren die verband houden met de sociale, economische en culturele omgeving. Hierin staat gender centraal. Gendergerelateerde maatschappelijke weergaven beïnvloeden het gedrag van patiënten, de medische praktijken en het onderzoek.

Wij willen echter een gelijke toegang tot gezondheidszorg voor mannen en vrouwen.

We moeten begrijpen dat genderverhoudingen een beslissende invloed kunnen hebben op de manier van verzorgen en zich laten verzorgen en we moeten hiervoor politieke antwoorden bieden.

Dit fenomeen komt tot uiting bij een verschillende opsporing van onder meer hart- en vaatziekten of van osteoporose naargelang van het geslacht van de patiënt. Hartziekten zijn wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaak onder vrouwen. In België is 31 % van de sterfgevallen bij vrouwen te wijten aan hart- en vaatziekten en er sterven

de femmes que d'hommes qui en meurent. Pourtant, parce qu'elles sont considérées comme des maladies « masculines » caractéristiques des hommes d'âge moyen, fumeurs et sédentaires, ces maladies sont très souvent sous-diagnostiquées chez les femmes qui, de surcroît, présentent souvent des symptômes – grande fatigue, nausées, douleurs dans le haut du dos ou dans la mâchoire – qui sont différents de ceux rapportés par les hommes, qui font plus souvent état de douleurs thoraciques, par exemple. Cela a pour conséquence que le délai de prise en charge est plus long pour les femmes dans ce genre de cas. Bien que documenté depuis les années 1990, ce phénomène peine encore à être pris en compte. À l'inverse, l'ostéoporose a longtemps été considérée comme une maladie « féminine », ce qui a engendré de nombreux sous-diagnostic pour cette pathologie chez les hommes en Europe et aux États-Unis. Or un tiers des fractures de la hanche est dû à l'ostéoporose chez les patients masculins.

Les femmes ont longtemps été exclues des tests thérapeutiques sur les médicaments pour deux raisons principales. D'une part, parce qu'une femme qui se soumet à ce type d'expérimentation pourrait être enceinte et prendre un risque pour le fœtus ; d'autre part, parce que les effets d'un médicament seraient plus difficilement mesurables sur le corps d'une femme soumis à des variations hormonales cycliques. Jusqu'il y a peu, les firmes pharmaceutiques considéraient l'individu masculin comme la norme et adaptaient le dosage des produits en fonction du poids généralement plus faible des femmes. En Europe, ce n'est que depuis une quinzaine d'années que les revendications du mouvement pour la santé des femmes commencent à être entendues, rendant obligatoires les essais cliniques sur des sujets des deux sexes. Mais ces avancées sont beaucoup trop lentes.

Mme Nathalie Bajos, directrice de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, France), pointe toutefois le risque de confusion quand aujourd'hui « des chercheurs pensent travailler la question du genre, alors qu'ils font des statistiques sexuées : ils remplacent dans les tableaux « femmes/hommes » par « genre ». Or en faisant cela, ils ne prennent pas le genre comme une caractéristique sociale – l'appartenance sociale de sexe –, mais plutôt démographique et biologique – le sexe ».

Il convient de prendre en compte les rapports dynamiques qui lient le genre à d'autres facteurs : la classe sociale, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, l'âge, le handicap, etc. Le genre s'articule en effet à d'autres déterminants sociaux qui conditionnent la santé des femmes et des hommes.

Nous avons tout intérêt à voir le monde à travers les lunettes de l'intersectionnalité. Ce concept consiste « à appréhender de façon globale la complexité de l'identité d'une personne au départ du prisme des inégalités croisées qu'elle subit ». Ainsi, certains problèmes de santé sont aggravés chez les femmes touchées par la pauvreté : « Leurs situations économiques et sociales les exposent davantage dans la vie privée – ruptures conjugales, monoparentalité – comme dans la vie professionnelle – emploi peu qualifié, temps partiel subi. Les conséquences sur leur santé sont évidentes : le stress chronique,

meer vrouwen dan mannen aan. Omdat die ziekten echter worden aanzien als “mannelijk”, typisch voor mannen van middelbare leeftijd, die roken en een sedentaire levensstijl hebben, worden ze heel vaak ondergediagnosticeerd bij vrouwen, die bovendien vaak ook nog eens andere symptomen vertonen – extreme vermoeidheid, misselijkheid, pijn in de bovenrug of de kaak – dan mannen, die vaker melding maken van onder meer pijn op de borst. Dit heeft tot gevolg dat het in dergelijke gevallen langer duurt voor vrouwen worden behandeld. Dit is reeds gedocumenteerd sinds de jaren negentig, maar toch wordt er nog steeds maar moeilijk rekening mee gehouden. Omgekeerd werd osteoporose lang als een “vrouwenziekte” beschouwd, waardoor mannen in Europa en de Verenigde Staten vaak worden ondergediagnosticeerd voor die aandoening, terwijl een derde van de heupfracturen bij mannelijke patiënten te wijten is aan osteoporose.

Vrouwen zijn lange tijd uitgesloten geweest van therapeutische geneesmiddelentests, voornamelijk om twee redenen. Enerzijds omdat het zou kunnen dat vrouwen die aan dit soort experimenten meewerken zwanger zijn en er dan een risico voor de fœtus bestaat; anderzijds omdat de effecten van geneesmiddelen moeilijker te meten zouden zijn bij een vrouwelijk lichaam, dat onderhevig is aan cyclische hormoonwisselingen. Tot voor kort beschouwden de farmaceutische bedrijven de man als norm en pasten ze de productdosering voor vrouwen aan op basis van hun algemeen lagere gewicht. In Europa vinden de eisen van de beweging voor de gezondheid van de vrouw pas sinds een vijftiental jaar gehoor, waardoor het verplicht wordt om klinische tests op personen van beide geslachten uit te voeren. Die vooruitgang verloopt echter veel te langzaam.

Mevrouw Nathalie Bajos, onderzoeksdirecteur aan het Franse Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) wijst er echter op dat er een risico op verwarring bestaat wanneer hedendaagse onderzoekers denken dat ze aan het genderprobleem werken, terwijl ze alleen statistieken uitsplitsen naar geslacht: in de tabellen vervangen ze “vrouwen/mannen” door “geslacht”. Op die manier houden ze echter geen rekening met gender als een sociaal kenmerk (het sociale aspect van het geslacht), maar eerder als een demografisch en biologisch kenmerk (het geslacht).

Er moet rekening worden gehouden met de dynamische verhouding tussen gender en andere factoren: sociale klasse, etnische afkomst, seksuele geaardheid, leeftijd, handicap, enz. Gender is immers gekoppeld aan andere sociale determinanten die de gezondheid van vrouwen en mannen beïnvloeden.

We hebben er alle belang bij om de wereld vanuit het intersectioneel of kruispuntdenken te bekijken. Dit concept bestaat erin de complexiteit van de identiteit van een persoon globaal te benaderen omdat de verschillende ongelijkheden die iemand ondervindt elkaar kruisen. Zo worden bepaalde gezondheidsproblemen ernstiger bij vrouwen in armoede: hun economische en sociale situatie maakt hen kwetsbaarder, zowel in hun privéleven – stukgelopen huwelijk, alleenstaand ouderschap – als in hun beroepsleven – laaggeschoold werk, onvrijwillig deeltijds werk. Dat heeft onmiskenbare gevolgen voor hun

l'alimentation déséquilibrée du fait d'horaires atypiques ou d'un pouvoir d'achat réduit, le renoncement aux soins et aux examens de dépistage ont pour conséquence des pathologies diagnostiquées souvent tardivement. »

Dans cette proposition de résolution sont formulées des recommandations importantes concernant les politiques de santé, la recherche, les soins, l'enseignement, la formation. Je voudrais pointer trois enjeux qui me sont particulièrement chers. Premier enjeu : encourager la prise de conscience des acteurs. L'amélioration de la santé globale passe par la prise de conscience que la santé des femmes ne se limite pas aux questions reproductive, que la surmortalité des hommes jusqu'à 65 ans ne doit pas être considérée comme une fatalité, que la santé des personnes intersexes ne se limite pas aux opérations d'assигnation de sexe, et que la santé des personnes trans ne se limite pas aux questions de changement de sexe.

Deuxième enjeu : une meilleure prise en considération des usagers de la santé, et principalement des usagères de la santé. La mise en œuvre des politiques de santé doit se construire avec les populations concernées, avec les acteurs, notamment les acteurs associatifs. Il faut agir vers et avec ces populations, dès lors qu'elles présentent un risque d'être difficilement atteintes sans action particulière, notamment en raison de la vulnérabilité associée à leur sexe, à leur identité de genre ou de toute autre difficulté d'ordre social ou médico-social aggravée par ces facteurs. Cela passe par la mobilisation, par des partenariats et la coconstruction. En ce sens, les acteurs institutionnels doivent agir en collaboration avec le monde associatif, dans le but d'améliorer la santé des personnes, de mieux les atteindre, en allant vers les populations concernées et en les mobilisant dans l'action.

Troisième enjeu : faire évoluer les formations initiales et continues, tant dans le champ social que dans le champ médico-social ou sanitaire. L'offre de formations en santé doit être absolument complétée pour intégrer les différences liées au sexe ou au genre, et tendre vers une approche plus globale des personnes intégrant une perspective de genre.

Le groupe Ecolo-Groen soutiendra ce texte de ses votes.

M. Philippe Courard (PS). – J'aimerais avant tout remercier toutes les personnes qui ont permis l'examen de la proposition de résolution visant à prendre en compte le sexe et le genre dans le domaine de la santé. Ce texte a été déposé par ma collègue, Mme Latifa Gahouchi, en décembre 2022 et a été cosigné par Mmes Els Ampe et Stephanie D'Hose, M. Ludwig Vandenhove et moi-même. Au nom de mon groupe, je les remercie pour leur soutien, ainsi que Mme Durenne, qui a endossé la mission de rapporteuse dans ce dossier. Je salue également le travail remarquable effectué comme toujours par les services du Sénat et nos collaborateurs politiques.

« Sexe, genre et santé » : tel est le sujet au cœur du texte soumis aujourd'hui à l'examen de notre Assemblée. Si la santé de la population est globalement bonne en Belgique, de grands écarts persistent entre les femmes et les hommes.

gezondheid: chronische stress, onevenwichtige voeding als gevolg van onregelmatige werkijken of verminderde koopkracht, niet gebruikmaken van gezondheidszorg en screenings, en aandoeningen die vaak laat worden gediagnosticeerd.

In dit voorstel van resolutie worden belangrijke aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot gezondheidsbeleid, onderzoek, zorg, onderwijs, vorming. Ik licht er drie uitdagingen uit die me na aan het hart liggen. Eerste uitdaging: de actoren aanzetten tot meer bewustwording. Een verbetering van de algehele gezondheid vereist de bewustwording van het feit dat de gezondheid van vrouwen niet enkel gaat over voortplantingskwesties, dat de oversterfte bij mannen tot 65 jaar niet als onvermijdelijk moet worden gezien, dat de gezondheid van intersekse personen zich niet beperkt tot de operaties met het oog op geslachtstoekenning, en die van transpersonen niet tot de geslachtswijziging.

Tweede uitdaging: meer rekening houden met de zorggebruikers, voornamelijk met vrouwen. De uitvoering van het gezondheidsbeleid moet gebeuren in samenspraak met de betrokken populaties en met de actoren, vooral de verenigingen. Er moet naar en met die populaties worden gewerkt aangezien ze anders onzichtbaar en onbereikbaar dreigen te blijven, door hun kwetsbaarheid wegens hun geslacht, hun genderidentiteit of vanwege andere sociale of medisch-sociale moeilijkheden die door die factoren worden verergerd. Hiervoor is een mobilisering nodig, er moeten partnerschappen worden aangegaan en aan gezamenlijke uitbouw gedaan. De institutionele actoren moeten samenwerken met de verenigingen om de gezondheid van mensen te verbeteren en hen beter te bereiken, door naar die populaties te gaan en hen aan te zetten tot actie.

Derde uitdaging: de basis- en vervolgopleidingen aanpassen, zowel in de sociale richtingen als op medisch-sociaal of gezondheidsgebied. In de gezondheidsopleidingen moet absoluut meer aandacht worden geschonken aan verschillen op het vlak van geslacht en gender en er moet worden toegewerkt naar een meer globale benadering van personen waarin rekening wordt gehouden met het genderperspectief.

De Ecolo-Groen-fractie zal deze tekst steunen.

De heer Philippe Courard (PS). – Allereerst wil ik iedereen bedanken die meegewerkt heeft aan het voorstel van resolutie om inzake gezondheid rekening te houden met geslacht en gender. Deze tekst werd in december 2022 ingediend door mijn collega Latifa Gahouchi en werd medeondertekend door de dames Els Ampe, Stephanie D'Hose, de heer Ludwig Vandenhove en mijzelf. Namens mijn fractie wil ik hen bedanken voor hun steun, evenals mevrouw Durenne, die in dit dossier optrad als rapporteur. Ik wil ook hulde brengen aan het opmerkelijke werk, zoals steeds, van de diensten van de Senaat en onze politieke medewerkers.

“Geslacht, gender en gezondheid”: dit staat centraal in de tekst die vandaag ter besprekking voorligt in onze assemblee. Hoewel de gezondheid van de Belgische bevolking globaal genomen goed is, blijven er grote

Certes, les femmes vivent plus longtemps que les hommes : l'espérance de vie est de 84 ans pour une femme, contre 79,2 ans pour un homme. L'écart se resserre toutefois si l'on considère l'espérance de vie en bonne santé : en 2018, l'espérance de vie en bonne santé, sans incapacité, à l'âge de 65 ans en Belgique était de 12,5 ans pour les hommes et de 12,4 ans pour les femmes. Cela signifie que les femmes passent leur « supplément de vie » en mauvaise santé. Il est ressorti des auditions que, malgré les avancées considérables déjà réalisées dans le secteur des soins de santé, l'inégalité des genres semble persister en matière de santé. Permettez-moi de citer quelques exemples.

Les parcours de soins des femmes sont parfois marqués par des retards de prise en charge, car les symptômes de certaines maladies chez les femmes sont plus difficilement identifiables pour différentes raisons, dont certaines encore inconnues. Les femmes ont également davantage tendance à « sacrifier » leurs rendez-vous médicaux pour des raisons familiales ou professionnelles. Des errances diagnostiques et thérapeutiques sont parfois constatées. On peut citer à cet égard l'exemple de la maladie de Lyme, qui est transmise par les tiques et peut avoir de graves conséquences sur le système nerveux central lorsqu'elle n'est pas traitée rapidement. Il a été mis en évidence au niveau européen que le diagnostic de cette maladie intervenait plus tardivement chez les femmes âgées de plus de 40 ans que chez les hommes. Cela s'explique par le fait que l'un des principaux signes de la maladie est une rougeur en forme d'anneau sur la peau, mais que les femmes ménopausées ne présenteraient pas ce symptôme classique, mais plutôt une « simple » petite tache rouge. Des tests immunologiques ont révélé que la réaction à une infection par la maladie de Lyme est liée aux hormones.

Par ailleurs, les femmes ont longtemps été sous-représentées dans les essais cliniques, voire exclues, d'une part parce que les menstruations rendaient les effets difficiles à étudier et, d'autre part, par souci de protéger les femmes des effets indésirables de médicaments en cas de – désir de – grossesse. Les choses se sont certes améliorées, mais les femmes ne représentaient encore, en 2009, que 38 % des sujets inclus dans les études bénéficiant d'un financement public publiées dans les journaux de médecine interne, alors qu'elles constituent 49,6 % de la population mondiale. Cela ne tient pas seulement à des facteurs biologiques. Les représentations sociales liées au genre masculin et au genre féminin jouent un rôle crucial. Les stéréotypes dans le domaine de la santé restent assez présents dans l'inconscient collectif – soignants, institutions, décideurs publics, usagers et population en général – et créent un carcan dont il est difficile de s'extraire. Cela est lié à notre histoire collective, à notre culture et aussi à l'histoire de la médecine, le savoir médical s'étant pendant longtemps construit sur le modèle d'un homme blanc de 70 kg et d'âge moyen.

Heureusement, les lignes bougent. Depuis le début des années 2000, on constate une prise de conscience que le sexe biologique et le genre social peuvent influencer la santé et qu'il faut en tenir compte, non seulement dans la recherche mais également à tous les stades de la prise en charge des patientes et des patients. Il convient de continuer sur cette voie. Bien que les professionnels soient de plus en

verschillen bestaan tussen mannen en vrouwen. Vrouwen leven inderdaad langer dan mannen: de levensverwachting voor een vrouw is 84 jaar, tegenover 79,2 jaar voor een man. De kloof wordt echter kleiner als we kijken naar de levensverwachting in goede gezondheid: in 2018 was in België de levensverwachting in goede gezondheid, zonder zware kwalen op 65-jarige leeftijd, 12,5 jaar voor mannen en 12,4 jaar voor vrouwen. Dit betekent dat vrouwen hun "extra levensduur" in slechte gezondheid doorbrengen. Uit de hoorzittingen kwam naar voren dat, ondanks de aanzienlijke vooruitgang die al geboekt is in de gezondheidszorg, genderongelijkheid nog steeds lijkt te bestaan als het op gezondheid aankomt.

Ik geef enkele voorbeelden. In het zorgtraject van vrouwen loopt de medische behandeling soms vertraging op omdat de symptomen van bepaalde ziekten bij vrouwen moeilijker te herkennen zijn om verschillende redenen, waarvan sommige nog onbekend zijn. Vrouwen hebben ook meer de neiging om hun medische afspraken "op te offeren" voor het gezin of hun werk. Ondermaatse diagnoses en therapieën worden soms vastgesteld. Een voorbeeld is de ziekte van Lyme, die wordt overgedragen door teken en ernstige gevolgen kan hebben voor het centrale zenuwstelsel als ze niet snel wordt behandeld. Op Europees niveau is aangetoond dat bij vrouwen boven de veertig de diagnose later wordt gesteld dan bij mannen. Dit komt doordat een van de belangrijkste symptomen van de ziekte een ringvormige, rode vlek op de huid is, maar vrouwen in de menopauze hebben dit klassieke symptoom niet, maar eerder een "gewone" kleine rode vlek. Immunologische testen hebben aangetoond dat de reactie op een infectie door de ziekte van Lyme verband houdt met hormonen.

Bovendien zijn vrouwen lang ondervertegenwoordig geweest in klinische onderzoeken, of zelfs uitgesloten, deels omdat de gevolgen moeilijker te studeren waren vanwege de menstruatie, en deels omdat men vrouwen wilde beschermen tegen de bijwerkingen van medicijnen ingeval van zwangerschap of de wens daartoe. De situatie is zeker verbeterd, maar in 2009 was slechts 38 % van de proefpersonen in door de overheid gefinancierde onderzoeken die in tijdschriften voor interne geneeskunde worden gepubliceerd, een vrouw, terwijl vrouwen 49,6 % van de wereldbevolking uitmaken. Dit is niet alleen het gevolg van biologische factoren. De maatschappelijke weergave van de man en de vrouw spelen een cruciale rol. Stereotypen inzake gezondheid leven nog vrij sterk in het collectief bewustzijn – bij zorgverleners, instellingen, beleidsmakers, gebruikers en het grote publiek – en creëren een keurslijf waaraan moeilijk te ontsnappen valt. Dit vloeit voort uit onze collectieve geschiedenis, onze cultuur en ook de geschiedenis van de geneeskunde, waar medische kennis lange tijd geënt is geweest op het model van een blanke man van middelbare leeftijd van 70 kg.

Gelukkig begint een en ander te bewegen. Sinds begin 2000 groeit het besef dat het biologisch en sociaal geslacht de gezondheid kunnen beïnvloeden en dat hiermee rekening moet worden gehouden, niet alleen in onderzoeken, maar ook in elke fase van de behandeling van de patiënten en patiëentes. We moeten doorgaan op de ingeslagen weg. Hoewel gezondheidswerkers steeds meer beseffen hoe belangrijk het is om rekening te houden met geslacht en

plus conscients de l'importance de la prise en compte du sexe et du genre dans le domaine de la santé et bien que les politiques de santé cherchent constamment à améliorer la santé de l'ensemble de la population, à protéger chaque personne et à garantir à chaque citoyenne et à chaque citoyen un accès à des soins de santé de qualité, force est de constater qu'il y a encore beaucoup de travail à faire pour déconstruire certaines idées reçues et pour favoriser une prise de conscience élargie de la société.

(*M. Fourat Ben Chikha, vice-président, prend place au fauteuil présidentiel.*)

C'est indéniable : les clichés sur la santé des hommes et des femmes ont la vie dure ! On dit : « L'ostéoporose, c'est une histoire de femme ! ». C'est faux. En effet, un homme sur cinq présente une fracture liée à l'ostéoporose après cinquante ans. Le fait est que l'ostéoporose est moins reconnue et moins bien traitée chez l'homme.

On entend dire aussi : « Les douleurs dans la poitrine chez les femmes, c'est le stress et l'angoisse ». Cela aussi, c'est faux ! Chez les femmes, les problèmes cardiaques et les infarctus sont souvent sous-diagnostiqués et confondus avec des crises d'angoisse. Tout cela est dû aux idées reçues au sujet de la santé mentale des femmes.

Voilà donc deux exemples très concrets qui témoignent que les différences entre les femmes et les hommes dans le domaine de la santé vont au-delà des questions sexuelles et reproductive.

La proposition de résolution appelle donc à une prise de conscience collective afin que les questions de sexe et de genre soient appréhendées de manière globale et nuancée, que les personnes soient encore mieux soignées et accompagnées et que les inégalités de santé disparaissent.

Je viens d'évoquer brièvement les stéréotypes et discriminations qui peuvent subsister dans le domaine de la santé entre les hommes et les femmes, mais je pense qu'il faut aussi évoquer les publics dits « plus vulnérables ». En effet, le sujet qui nous occupe aujourd'hui ne se limite pas à la binarité femme-homme.

Si les politiques de santé évoluent et se veulent de plus en plus inclusives, les personnes transgenres et les personnes intersexes, par exemple, peinent souvent à accéder au système de santé dans de bonnes conditions.

Les personnes intersexes naissent avec des caractéristiques sexuelles, telles que l'anatomie sexuelle, les organes reproducteurs, le fonctionnement hormonal ou le modèle chromosomique, qui ne correspondent pas aux définitions classiques de la masculinité ou de la féminité. Selon une étude de la Haute Autorité de Santé française, près de deux naissances sur cent sont intersexes, 1,7 % pour être précis.

Pour donner un ordre de grandeur, il y a donc autant de personnes intersexes que de personnes rousses. Or, la méconnaissance des nombreuses variations du développement sexuel contribue à invisibiliser les personnes intersexes. Il est donc nécessaire de renforcer la sensibilisation, la formation et la recherche pour un système de santé plus inclusif.

gender inzake gezondheid, en hoewel het gezondheidsbeleid er voortdurend naar streeft om de gezondheid van de hele bevolking te verbeteren, elk individu te beschermen en ervoor te zorgen dat elke burger toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg krijgt, is er toch nog veel werk aan de winkel om bepaalde clichés weg te werken en een breder bewustzijn in de samenleving te bevorderen.

(*Voorzitter: de heer Fourat Ben Chikha, ondervoorzitter.*)

Het valt niet te ontkennen: clichés over de gezondheid van mannen en vrouwen zijn hardnekkig! Men zegt: "Osteoporose is een vrouwenprobleem!" Maar dat is niet waar. In feite loopt één op de vijf mannen na zijn vijftigste een break op die door osteoporose wordt veroorzaakt. Feit is dat osteoporose bij mannen minder wordt herkend en minder goed wordt behandeld.

We horen ook: "Pijn op de borst bij vrouwen komt door stress en angst". Ook dat is niet waar! Hartkwalen en hartaanvallen bij vrouwen worden vaak niet gediagnosticeerd en verward met angstaanvallen. Dat komt allemaal door de heersende opvattingen over de geestelijke gezondheid van vrouwen.

Dit zijn twee heel concrete voorbeelden die aantonen dat de verschillen tussen vrouwen en mannen qua gezondheid niet louter betrekking hebben op seksuele en reproductive kwesties.

Het voorstel van resolutie roept dus op tot een collectieve bewustwording om geslacht- en genderkwesties op een algemene en genuanceerde manier aan te pakken, om mensen nog beter te verzorgen en te begeleiden en om de gezondheidskloof weg te werken.

Ik heb even de stereotypen en discriminatie aangestipt die inzake gezondheid blijven bestaan tussen mannen en vrouwen, maar ik denk dat we het ook moeten hebben over de zogenaamde "kwetsbaardere" groepen. Het onderwerp waarover we ons vandaag buigen, beperkt zich namelijk niet tot genderbinariteit.

Hoewel het gezondheidsbeleid verder evolueert en steeds inclusiever wordt, hebben transseksuele en intersekse personen bijvoorbeeld het vaak moeilijk om in goede omstandigheden toegang te krijgen tot het gezondheidszorgsysteem.

Intersekse mensen worden geboren met geslachtskenmerken, zoals seksuele anatomie, voortplantingsorganen, hormonale werking of chromosomaal model, die niet passen in de klassieke definitie van mannelijkheid of vrouwelijkheid. Volgens een onderzoek van de Franse Haute Autorité de Santé zijn bijna twee op de honderd geboorten intersekueel, 1,7 % om precies te zijn.

Om een orde van grootte te geven: er zijn evenveel intersekse mensen als roodharigen. Een gebrek aan kennis over de vele variaties in seksuele ontwikkeling draagt ertoe bij dat intersekse personen onder de radar blijven. Er moet dus werk gemaakt worden van bewustwording, opleiding en onderzoek voor een meer inclusieve gezondheidszorg.

Quant aux personnes transgenres, elles ont besoin, comme tout un chacun, d'un suivi général de leur santé. Les professionnels de santé devraient être davantage formés à leur accueil et leur prise en charge. Selon des enquêtes, 75 % des personnes transgenres ont déjà été mal à l'aise avec un médecin pour une raison liée à leur transidentité.

Je clôturerai mon intervention en insistant sur l'importance de prendre en compte chaque personne dans son individualité biologique et sociale, en s'affranchissant des idées reçues.

S'il est souvent pertinent de considérer les manifestations et les conséquences des maladies selon le sexe, il faut aussi prendre en compte les paramètres de genre et aller au-delà de la croyance selon laquelle certaines maladies seraient réservées à l'une ou l'autre catégorie de la population.

Par le biais de ses recommandations, le texte appelle tous les acteurs concernés à se saisir dans une plus large mesure de ces enjeux de société afin que les politiques de santé bénéficient à toutes et tous.

Les recommandations soulignent par ailleurs la nécessité d'adapter davantage encore la formation pour faire évoluer les pratiques professionnelles des soins et de l'accompagnement des patients.

Ces recommandations visent aussi à faire en sorte que le sexe et le genre soient davantage pris en compte dans la définition des questions de recherche, et à garantir une meilleure mixité dans les métiers de l'analyse des données.

Mme Véronique Durenne (MR). – Cette proposition de résolution est en mesure d'apporter une plus-value en faveur de la santé des femmes et donc de leur bien-être également. Elle veille à ce que soient prises en considération leurs spécificités pour un meilleur diagnostic de certaines pathologies et une meilleure prise en charge médicale.

On le sait, les disparités de santé, les facteurs socioéconomiques et les attitudes culturelles liées au genre peuvent affecter l'accès aux soins, les comportements de santé et les résultats médicaux. Intégrer une perspective de genre dans les politiques de santé permet dès lors de mieux répondre aux besoins diversifiés des populations et de promouvoir l'équité en matière de santé.

Les recommandations concernent à la fois la collecte de données axées sur le genre dans les politiques de santé, les évaluations des politiques de santé menées, l'intégration de la dimension du genre dans les essais cliniques, la sensibilisation et la formation des acteurs de la santé à cette dimension dans le cadre de la prise en charge des patients.

Cette dimension du genre dans les politiques de santé est, rappelons-le, recommandée dans plusieurs textes internationaux, tels que des recommandations du Conseil de l'Europe, des règlements du Parlement européen, le programme d'action de Beijing de 1995, des textes de l'OMS, le Plan wallon de prévention de la santé et bien d'autres.

Transgender personen hebben net als iedereen een algemene follow-up van hun gezondheid nodig. Zorgverleners zouden meer opleiding moeten krijgen over hoe ze met hen moeten omgaan en hen moeten behandelen. Uit bevragingen blijkt dat 75 % van de transgender personen zich al eens ongemakkelijk heeft gevoeld bij een arts vanwege hun transidentiteit.

Tot slot wil ik benadrukken hoe belangrijk het is om rekening te houden met de biologische en sociale individualiteit van elk persoon en te breken met de heersende opvattingen.

Hoewel het vaak relevant is om de uitbraak en gevolgen van ziekten te bekijken volgens geslacht, moet er ook rekening worden gehouden met genderparameters en moet men verder kijken dan de overtuiging dat bepaalde ziekten enkel voorkomen bij een bepaalde categorie van de bevolking.

Via de aanbevelingen roept de tekst alle betrokken actoren op om zich meer toe te leggen op deze maatschappelijke uitdagingen, zodat het gezondheidsbeleid iedereen ten goede komt.

De aanbevelingen benadrukken ook de noodzaak om de opleiding verder aan te passen om de zorg en de begeleiding van patiënten verder te ontwikkelen.

Deze aanbevelingen beogen ook dat er meer rekening wordt gehouden met geslacht en gender bij het definiëren van de onderzoeks vragen en dat er een grotere genderdiversiteit gewaarborgd wordt bij de gegevensanalisten.

Mevrouw Véronique Durenne (MR). – Dit voorstel van resolutie kan een meerwaarde voor de gezondheid van vrouwen zijn en dus ook voor hun welzijn. Het zorgt ervoor dat er rekening wordt gehouden met hun specifieke eigenschappen zodat men een betere diagnose van bepaalde pathologieën kan stellen en een betere medische behandeling kan geven.

We weten dat verschillen in gezondheid, sociaal-economische factoren en culturele houdingen inzake gender, een impact kunnen hebben op de toegang tot zorg, op het gezondheidsgedrag en op de medische resultaten. Door een genderperspectief in het gezondheidsbeleid te integreren, kan er beter worden ingespeeld op de verschillende behoeften van bevolkingsgroepen en kan gelijkheid inzake gezondheid worden bevorderd.

De aanbevelingen hebben betrekking op het verzamelen van gendergerelateerde gegevens in het gezondheidsbeleid, op de evaluatie van het gevoerde gezondheidsbeleid, op de integratie van de genderdimensie in klinische proeven en in de bewustmaking en opleiding van gezondheidswerkers in het kader van de behandeling van de patiënten.

We herinneren eraan dat deze genderdimensie in het gezondheidsbeleid wordt aanbevolen in verschillende internationale teksten, zoals aanbevelingen van de Raad van Europa, verordeningen van het Europees Parlement, het Actieprogramma van Peking van 1995, teksten van de WHO, het Plan wallon de prévention de la santé en vele andere.

Pour toutes ces raisons, le groupe MR soutiendra bien évidemment cette proposition de résolution votée à l'unanimité en commission.

Mme Karin Brouwers (CD&V). – *La santé est plus qu'une somme de données biologiques. Notre société prend de plus en plus conscience de cette réalité qui m'est également apparue de manière évidente lors des travaux préparatoires relatifs à la résolution sur la ménopause que nous examinerons tout à l'heure. Les plaintes liées aux affections qui touchent les femmes sont encore souvent taboues et sont minimisées car considérées comme faisant partie de la nature féminine. À cet égard aussi, il est apparu que les dimensions sociale et psychologique de la santé ont leur importance.*

Je me réjouis dès lors que la présente résolution offre l'occasion d'élargir le débat. La santé est en effet un bien trop précieux pour qu'on la néglige et il incombe aux responsables politiques que nous sommes de remédier aux lacunes de notre politique de santé liées à la dimension de genre de la santé. Le cadre attentif au genre dont nous discutons aujourd'hui est un premier pas dans cette direction.

Je tiens donc à apporter notre soutien à cette résolution, parce que nous avons l'espoir que ces recommandations nous feront évoluer vers une société où chacun pourra bénéficier du niveau de santé le plus élevé, quels que soient son genre ou son sexe. Cela fait en effet partie des droits humains.

M. Ludwig Vandenhove (Vooruit). – *Les femmes et les hommes peuvent-ils compter sur un traitement égal de leurs problèmes de santé ? Dans notre société occidentale, on penserait que oui, mais ce n'est apparemment pas le cas. Diverses formes de discrimination ont été combattues au fil du temps, ce dont nous pouvons nous réjouir en cette Journée internationale des femmes, mais les inégalités en matière de santé retiennent encore trop peu l'attention. La présente proposition de résolution est donc une initiative positive de mes collègues que je remercie.*

Pour la science médicale occidentale, c'est le corps de l'homme blanc qui est pour ainsi dire la norme. On ne prête pas ou guère attention au fait que le corps des femmes réagit différemment aux affections, maladies, traitements et médicaments. Les différences physiques entre les femmes et les hommes ne se limitent pas aux parties génitales et à la poitrine.

La recherche scientifique recourt elle aussi systématiquement à des cobayes masculins et beaucoup moins à des femmes. Cela n'est pas sans conséquence : pour toute une série de maladies et d'affections, les femmes sont diagnostiquées tardivement ou ne le sont même jamais. Il n'est pas rare que leurs plaintes soient considérées comme psychosomatiques ou atypiques. Lors d'une crise cardiaque, par exemple, les symptômes sont différents chez la femme, raison pour laquelle le risque de décès est deux fois plus élevé chez elle.

Il en va de même pour le TDAH. Ce trouble est plus souvent diagnostiqué chez les garçons et les hommes, sans que des raisons objectives expliquent qu'ils en soient plus souvent frappés que les femmes. Cela est-il dû au fait que les filles

Om al die redenen zal de MR-fractie dit voorstel van resolutie, dat in de commissie eenparig werd aangenomen, uiteraard steunen.

Mevrouw Karin Brouwers (CD&V). – Gezondheid is meer dan een optelsom van biologische gegevens. Dat bewustzijn vindt steeds meer ingang in onze maatschappij. Ook tijdens het voorbereidende werk voor de resolutie rond de menopauze, die we straks behandelen, werd dat voor mij al duidelijk. Klachten die voortkomen uit vrouwgerelateerde aandoeningen zijn vaak nog taboe of worden afgedaan als horend bij het vrouw-zijn. Ook hier werd duidelijk dat de sociale en psychologische dimensies van gezondheid er toe doen.

Ik ben dan ook blij dat met deze resolutie de discussie breder wordt gevoerd. Gezondheid is immers te belangrijk en te fundamenteel om links te laten liggen en hiaten in ons gezondheidsbeleid die te maken hebben met de genderdimensie van gezondheid, moeten we als beleidsmakers remedieren. Het gendersensitief kader dat we vandaag bespreken zet daartoe een eerste stap.

Ik wil dan ook onze steun voor deze resolutie uitspreken, omdat we de goede hoop hebben dat we met deze aanbevelingen een stap dichter komen bij een samenleving waarin iedereen kan rekenen op de hoogst haalbare gezondheidsstandaard, ongeacht gender of geslacht. Want dat is nu eenmaal een mensenrecht.

De heer Ludwig Vandenhove (Vooruit). – Kunnen vrouwen en mannen rekenen op een gelijke aanpak van hun medische problemen? In onze westerse samenleving zou je denken van wel, maar blijkbaar is dat niet het geval. In de loop der tijden zijn er al heel wat vormen van discriminatie aangepakt, en zeker op deze Internationale Vrouwendag kunnen we ons daarover verheugen, maar bij de ongelijkheid qua gezondheid wordt nog steeds te weinig stilgestaan. Dit voorstel van resolutie is dan ook een goed initiatief van de collega's en ik wil hen daarvoor danken.

Voor de westerse medische wetenschap is het witte mannenlichaam als het ware de norm. Er wordt geen of te weinig aandacht besteed aan het gegeven dat vrouwenlichamen anders reageren dan mannen op aandoeningen, ziektes, behandelingen en medicijnen. Vrouwen en mannen verschillen fysiek op meer vlakken dan enkel wat betreft de genitaliëen en de borsten.

Ook voor wetenschappelijk onderzoek wordt systematisch met mannelijke proefpersonen gewerkt en veel minder met vrouwen. Dat heeft gevolgen: vrouwen worden daardoor voor een hele reeks van ziektes en aandoeningen fout, laattijdig of zelfs nooit gediagnosticert. Hun klachten worden niet zelden bestempeld als psychosomatisch of atypisch. Bijvoorbeeld bij een hartaanval zijn de symptomen bij vrouwen anders dan bij mannen. Daardoor hebben vrouwen twee keer meer kans om te sterven.

Hetzelfde geldt voor ADHD. Er zijn geen objectieve redenen waarom jongens en mannen vaker door ADHD zouden worden getroffen, maar toch wordt bij hen die diagnose vaker gesteld. Komt dat omdat meisjes en vrouwen hun emoties vaker naar binnen richten? Alleszins

et les femmes expriment moins leurs émotions ? Quoi qu'il en soit, pour toutes ces raisons, celles-ci ne reçoivent pas l'aide et les soins dont elles ont besoin.

La situation n'est pas meilleure en ce qui concerne les médicaments : les femmes présentent plus souvent de sérieux effets secondaires.

Il faut remédier à ce problème, en commençant par la politique de recherche. Tant que les connaissances seront insuffisantes, une médecine attentive au genre ne sera pas possible. L'on pourrait, par exemple, imposer un critère de genre pour les études médicales et pharmacologiques et ventiler les données en fonction du genre.

La prise en compte du sexe et du genre doit concerner l'ensemble du processus de santé. Il s'agit de développer une médecine inclusive, de la recherche scientifique à la postcure, en passant par la formation, la prévention et les traitements. C'est l'ambition de cette résolution.

Vooruit y a donc contribué avec plaisir et la soutient pleinement.

Mme Stephanie D'Hose (Open Vld). – *Il n'est pas dans mes habitudes d'intervenir dans les débats, mais mon témoignage très personnel permettra peut-être de mettre en évidence l'importance du travail que nous réalisons aujourd'hui.*

Voici dix ans, j'ai été victime d'une première crise cardiaque. Lorsque j'ai été admise aux urgences, j'avais mal à la gorge et les médecins ne comprenaient pas bien ce qui se passait et m'ont donc renvoyée à la maison. Il est apparu par la suite que j'avais eu une crise cardiaque. Chez une femme, les symptômes sont tout à fait différents de ceux d'un homme, comme l'a dit M. Vandenhove. Je n'étais pas oppressée et n'avais aucune douleur dans le bras gauche. J'avais seulement mal à la gorge. Le diagnostic ayant été posé tardivement, mon cœur a subi des dommages irrémédiables. Heureusement, la deuxième fois que j'ai été admise aux urgences, le médecin a bien identifié les symptômes. Il y a dix ans, le médecin m'avait expliqué que l'on n'apprenait pas pendant la formation médicale comment se manifeste une crise cardiaque chez une femme. Les crises cardiaques sont donc nettement moins souvent diagnostiquées chez les femmes et la mortalité est d'autant plus importante chez elles. Je vous relate des faits qui remontent à dix ans, mais les statistiques citées par les collègues aujourd'hui m'amènent à conclure que malheureusement, rien n'a changé. Aujourd'hui encore, des femmes arrivant à l'hôpital avec des symptômes atypiques sont renvoyées chez elles en pensant souffrir d'une angine alors qu'elles sont victimes d'une crise cardiaque.

Chers collègues, je tiens à vous remercier pour le travail important que vous avez accompli. Je remercie Mme Gahouchi de son initiative. Je regrette vraiment que nos collègues de la N-VA et du Vlaams Belang soient absents. Cela montre qu'ils n'attachent pas d'importance aux sujets examinés aujourd'hui : la PrEP, la ménopause et la dimension du genre dans la santé, autant de domaines dans lesquels nous faisons de grands pas en avant sur le plan éthique et médical. Je me réjouis que les autres sénateurs présents jugent, eux, ces thèmes importants. J'espère que nous adopterons la présente proposition de

krijgen vrouwen om al die redenen niet de hulp en de zorg die ze nodig hebben.

Bij medicatie loopt het eveneens fout: vrouwen ondervinden er vaker ernstige bijwerkingen van.

Deze problematiek moet ernstig worden aangepakt, te beginnen met het onderzoeksbeleid. Zolang de kennis ontbreekt, is genderintensieve geneeskunde niet mogelijk. Voor medisch en farmacologisch onderzoek zou men bijvoorbeeld een verplicht gendercriterium kunnen invoeren. Data zou men kunnen opsplitsen op basis van geslacht.

Het rekening houden met geslacht en gender moet doorheen het hele gezondheidsproces lopen. Inclusieve geneeskunde is de boodschap, vanaf het wetenschappelijk onderzoek, doorheen de opleiding, de preventie, het curatieve, tot en met de nazorg. Dat is de draagwijdte van deze resolutie.

Daarom heeft Vooruit graag meegeworkt aan deze teksten en steunt ze die volmondig.

Mevrouw Stephanie D'Hose (Open Vld). – Het is niet mijn gewoonte om vaak tussen te komen, hoewel ik over heel veel zaken die besproken worden, een mening heb. Dit is een heel persoonlijk verhaal en misschien kan ik door mijn getuigenis aan de collega's duidelijk maken hoe belangrijk het werk is dat zij hier vandaag doen.

Tien jaar geleden heb ik mijn eerste hartaanval gehad. Toen ik op de spoedafdeling aankwam had ik pijn aan mijn keel. De dokters begrepen niet goed wat er aan de hand was en omdat ze niets konden vinden zeiden ze dat ik naar huis mocht. Later bleek dat ik een hartaanval had gehad. De symptomen van een hartaanval zijn bij een vrouw fundamenteel anders dan bij een man, zoals collega Vandenhove al zei. Ik had geen druk op de borst, geen pijn in mijn linkerarm. Ik had enkel keelpijn. Het gevolg van die laattijdige diagnose is dat mijn hart onherstelbare schade heeft opgelopen. Gelukkig ben ik later, toen ik de tweede keer op de spoedafdeling binnenging, behandeld door een dokter die wel die symptomen heeft herkend. Die zei mij toen, 10 jaar geleden, dat in de artsopleiding niets aangeleerd wordt over de manier waarop een vrouw een hartaanval kan krijgen. Daardoor worden hartaanvallen substantieel vaker gemist bij vrouwen en zijn de mortaliteitscijfers bij vrouwen des te groter. Ik spreek over 10 jaar geleden en ik leid af uit de cijfers die de collega's hier vandaag geven dat de situatie spijtig genoeg nog steeds niet is veranderd. Er zijn nog altijd vrouwen die naar het ziekenhuis gaan met atypische symptomen en terug naar huis gaan en denken dat het een angina is, terwijl het wel degelijk om een hartaanval gaat.

Collega's ik wil jullie danken voor jullie belangrijke werk. Ik dank mevrouw Gahouchi voor haar initiatief. Ik betreur het enorm dat de collega's van Vlaams Belang en N-VA hier niet aanwezig zijn. Het geeft aan dat zij de onderwerpen die vandaag op de agenda staan niet belangrijk vinden. Onderwerpen waarin we op ethisch en medisch vlak grote stappen vooruitzetten, zoals inzake PrEP, de menopauze en ook met betrekking tot deze resolutie. Ik ben blij dat de andere senatoren, die aanwezig zijn, dat wel belangrijk vinden. Ik hoop dat we dit voorstel

résolution à l'unanimité. De nombreuses femmes, à commencer par moi, vous en seront reconnaissantes.

– **La discussion est close.**

– **Il sera procédé ultérieurement au vote sur la proposition de résolution.**

(*Mme Stephanie D'Hose, présidente, prend place au fauteuil présidentiel.*)

Proposition de résolution visant à définir une politique en matière de ménopause (de Mme Karin Brouwers, M. Philippe Courard et Mmes Véronique Durenne, Maud Vanwalleghem, Els Ampe, Annick Lambrecht et Anne-Catherine Goffinet ; Doc. 7-422)

Discussion

(*Pour le texte adopté par le Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes, voir document 7-422/4.*)

M. Fourat Ben Chikha (Ecolo-Groen), corapporteur. – Je me réfère à mon rapport écrit.

Mme Karin Brouwers (CD&V). – Il n'existe pas de date plus symbolique que la Journée internationale des femmes pour qu'au moyen d'une résolution du Sénat, nous brisons officiellement, pour la première fois dans notre pays, le tabou politique qui existe autour de la ménopause. En 2022, j'ai vu deux documentaires retentissants de Channel Four, dans lesquels Davina McCall exposait les problèmes découlant de l'absence d'une politique en matière de ménopause. Ces documentaires faisaient suite à un scandale qui a éclaté au Royaume-Uni, où des femmes atteintes de ménopause précoce se sont vu prescrire des antidépresseurs à tort pendant des années et ont été perdues pour le marché de l'emploi. À un stade où les femmes atteignent l'apogée de leur carrière et veulent rester actives sur un marché de l'emploi qui souffre déjà de pénurie, il est honteux qu'elles ne puissent plus exploiter leurs talents ni gagner leur vie. Les chiffres de l'enquête diffusée à la télévision m'ont donné le vertige. Outre les fameuses bouffées de chaleur, 8 femmes sur 10 souffraient d'insomnies, 7 sur 10 avaient des angoisses et des troubles dépressifs, 7 sur 10 se plaignaient de douleurs articulaires et 7 sur 10 ressentaient un brouillard cérébral. 50 % des femmes éprouvaient des problèmes au travail, mais 80 % d'entre elles n'avaient personne à qui se confier. 14 % ont réduit leur temps de travail et une femme sur 10 a démissionné ou a été licenciée.

Avec mon ancienne collègue Maud Vanwalleghem, nous avons recherché des chiffres concernant la Belgique, mais notre récolte a été si maigre que nous avons décidé, l'année dernière, de déposer une proposition de résolution. Ce fut l'occasion d'organiser des auditions au sein du Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes. Plusieurs experts ont confirmé que les chiffres étaient similaires en Belgique. Vous pouvez lire tout cela

van resolutie eenparig goedkeuren. Heel veel vrouwen, en ik in het bijzonder, zullen u daar dankbaar voor zijn.

– **De bespreking is gesloten.**

– **De stemming over het voorstel van resolutie heeft later plaats.**

(*Voorzitster: mevrouw Stephanie D'Hose.*)

Voorstel van resolutie teneinde een menopauzebeleid uit te stippen (van mevrouw Karin Brouwers, de heer Philippe Courard en de dames Véronique Durenne, Maud Vanwalleghem, Els Ampe, Annick Lambrecht en Anne-Catherine Goffinet; Doc 7-422)

Bespreking

(*Voor de tekst aangenomen door het Adviescomité voor gelijke kansen voor vrouwen en mannen, zie doc. 7-422/4.*)

De heer Fourat Ben Chikha (Ecolo-Groen), corapporteur. – Ik verwijst naar mijn schriftelijk verslag.

Mevrouw Karin Brouwers (CD&V). – Geen meer symbolische dag dan Internationale Vrouwendag om voor het eerst in ons land menopauze officieel via een Senaatsresolutie uit de politieke taboesfeer te halen. In 2022 keek ik naar twee ophefmakende documentaires van Channel Four waarin Davina McCall de problemen, veroorzaakt door een gebrek aan menopauzebeleid, blootlegde, na een schandaal waarbij Britse vrouwen in vervroegde menopauze jarenlang ten onrechte op antidepressiva werden gezet en verloren gingen voor de arbeidsmarkt. Op een ogenblik waarop vrouwen pieken in hun carrière en actief willen blijven op de al krappe arbeidsmarkt is het zonde dat ze hun talenten niet meer kunnen inzetten en hun brood niet meer kunnen verdienen. De cijfers van de enquête van de televisiezender deden me duizelen. Naast de gekende opvliegers, hadden 8 op 10 vrouwen last van slapeloosheid, 7 op 10 van angsten en depressieve gevoelens, 7 op 10 van gewrichtspijnen, 7 op 10 van brainfog, enz. 50 % had last van problemen op het werk, maar 80 % kon dit nergens kwijt. 14 % gaat minder werken en 1 op 10 krijgt of neemt ontslag.

Samen met gewezen collega Maud Vanwalleghem ging ik op zoek naar cijfers over België, maar we vonden zo weinig dat we vorig jaar besloten een voorstel van resolutie in te dienen. Dat gaf de kans om hoorzittingen te organiseren in het Adviescomité voor gelijke kansen voor vrouwen en mannen. Verschillende experts bevestigden inderdaad gelijkaardige cijfers voor ons land. U kan dat allemaal nalezen in het uitgebreide verslag.

Dat we veel bijleerden is een understatement. Eén ding is duidelijk: het taboe rond menopauze is bijzonder groot. In een samenleving met een obsessie voor jeugd en schoonheid is de overgang naar een onvruchtbare levensfase met talrijke bijhorende klachten nog steeds

dans le rapport détaillé.

Dire que nous avons beaucoup appris sur cette question est un euphémisme. Une chose est claire : le tabou autour de la ménopause est immense. Dans une société obsédée par la jeunesse et la beauté, la transition vers une phase de la vie infertile, qui s'accompagne de nombreux troubles, est encore et toujours un sujet tabou. La ménopause, on n'en parle pas et on la réduit à un petit problème de femme insignifiant. Le retour d'âge, ça passe. Mais la plupart des ménages belges y seront confrontés tôt ou tard, et les femmes, en dépit des troubles de toutes sortes, ne sont souvent même pas conscientes de la phase de périmenopause, qui peut durer des années avant d'atteindre le stade définitif de la ménopause. La ménopause et la période qui la précède ne sont donc pas une maladie, mais l'une des nombreuses phases que traverse le corps d'une femme. Ce n'est pas parce qu'il ne s'agit pas d'une maladie que les femmes ne peuvent pas en ressentir les désagréments et qu'elles doivent souffrir en silence sans traitement adéquat.

Dans le cadre d'une enquête, 77 % des femmes belges ont déclaré que leur qualité de vie s'était détériorée depuis la ménopause. Il s'agit donc bien d'un problème de société qu'il faut inscrire à l'agenda politique. Cela explique aussi pourquoi nous avons déposé cette proposition au Sénat avec quelques collègues. Le Sénat est le lieu idéal pour attirer l'attention sur ce thème transversal trop peu abordé qui concerne la prévention, le bien-être, l'emploi, la formation, l'enseignement, la santé publique, l'égalité des chances, etc.

Pour éviter les mauvais diagnostics, il faudrait réaliser plus d'études scientifiques notamment sur la ménopause précoce, mais aussi, de manière plus générale, sur les manières de traiter les symptômes et leurs effets sur la santé des femmes. Il conviendrait également d'effectuer un enregistrement des femmes en situation de périmenopause.

Outre la nécessité d'intensifier la recherche et de disposer d'un plus grand nombre de données, la sensibilisation est un aspect très important. Il y a lieu de sensibiliser en premier lieu le personnel soignant au moyen, par exemple, d'une formation permanente des médecins généralistes. Par ailleurs, il s'agirait de sensibiliser les partenaires sociaux qui peuvent élaborer une politique en matière de ménopause en collaboration avec les médecins du travail, ce qui pourrait déjà entraîner, entre autres, des aménagements raisonnables visant à modérer les effets de la ménopause sur le lieu de travail. Enfin, la sensibilisation devrait s'adresser au grand public, par exemple en mettant sur pied une campagne de santé diffusant des informations correctes sur les symptômes, les effets et les traitements éventuels.

Les auditions furent très instructives. Nous avons appris, par exemple, qu'une grande partie du monde médical s'était pendant longtemps basé sur une étude dépassée qui établissait un lien entre traitement hormonal substitutif et cancer du sein. J'y vois une des raisons pour lesquelles les femmes en périmenopause n'ont pas pu bénéficier suffisamment d'une prise en charge adéquate au cours de ces deux dernières décennies. La science évolue heureusement, mais les nouvelles connaissances doivent

weinig bespreekbaar. Je praat daar niet over en het wordt geminimaliseerd als een onbeduidend vrouwenprobleempje. De overgang, dat gaat over. Alleen worden vroeg of laat de meeste Belgische huishoudens ermee geconfronteerd, maar zijn vele vrouwen ondanks allerlei klachten zich vaak niet eens bewust van de jarenlange pre- en perimenopauze vooraleer de menopauze definitief intreedt. De menopauze en de periode die eraan voorafgaat, zijn dan ook geen ziekte, maar een van de vele fases die een vrouwelijk lichaam doormaakt. Dat het geen ziekte is, betekent niet dat vrouwen er geen last van kunnen ondervinden en dat ze zonder de juiste behandeling maar moeten lijden in stilte.

Uit onderzoek is gebleken dat 77 % van de Belgische vrouwen aangeeft dat hun levenskwaliteit achteruit is gegaan sinds de menopauze. Het is dus echt wel een maatschappelijk probleem dat ook op de politieke agenda moet komen. Vandaar ook dat we het voorstel in deze Senaat indienden met een aantal collega's. De Senaat is de ideale plek voor dit onderbelichte transversale thema dat raakt aan preventie, welzijn, werk, opleiding, onderwijs, volksgezondheid, gelijke kansen enz.

Om verkeerde diagnoses te vermijden is meer wetenschappelijk onderzoek nodig, onder meer naar de vervroegde menopauze, maar ook meer algemeen is er meer onderzoek nodig naar manieren om de symptomen te behandelen en de effecten hiervan op de gezondheid van vrouwen. Ook registratie van vrouwen in de perimenopauze is wenselijk.

Naast meer onderzoek en data is sensibilisering erg belangrijk, in de eerste plaats van de zorgverleners via bijvoorbeeld permanente vorming van huisartsen; in de tweede plaats van de sociale partners die een menopauzebeleid kunnen ontwikkelen in samenspraak met bedrijfsartsen wat bijvoorbeeld al kan leiden tot redelijke aanpassingen om de effecten op de werkvoer te milderen en ten slotte van het brede publiek via bijvoorbeeld een gezondheidscampagne met correcte informatie over de symptomen, de impact en de mogelijke behandelingen.

De hoorzittingen waren, zoals gezegd, erg leerrijk. Zo vernamen we dat een groot deel van de medische wereld zich lange tijd baseerde op een oude, maar achterhaalde studie die een verband legde tussen hormoonsubstitutie en borstkanker. Hier ligt volgens mij een deel van de verklaring van het gebrek aan juiste behandeling van vrouwen in de perimenopauze gedurende de laatste twee decennia. De wetenschap staat gelukkig niet stil, maar nieuwe inzichten moeten natuurlijk ook doordringen tot de eerste lijn en tot het grote publiek.

We leerden ook dat er zoveel symptomen zijn dat een holistische benadering met maatwerk voor de vrouw de voorkeur verdient. Er is in dat opzicht meer nood aan menopauzeklinieken met niet alleen gynaecologen, maar ook menopauseconsulenten, kinesisten, psychologen, specialisten in osteoporose, voedingsdeskundigen enz.

Wat ook opviel tijdens de hoorzittingen was het feit dat er maar één opleiding is in ons land voor menopauseconsulenten, dat hun titel niet erkend is, en dat er bijvoorbeeld in Nederland wel een beperkte terugbetaling is van dergelijk consulten. Vandaag duiken her en der al

faire leur chemin jusqu'à la première ligne de soins et jusqu'au grand public.

Nous avons également appris qu'il existe tellement de symptômes qu'une approche holistique sur mesure est l'option à privilégier. Il est nécessaire à cet égard de disposer de davantage de cliniques de la ménopause proposant les services non seulement de gynécologues, mais également de consultants en ménopause, kinésithérapeutes, psychologues, spécialistes de l'ostéoporose, nutritionnistes, etc.

Un autre élément qui nous a frappés pendant les auditions est le fait qu'il n'existe dans notre pays qu'une seule formation de consultant en ménopause, dont le titre n'est par ailleurs pas reconnu, alors qu'aux Pays-Bas par exemple, de telles consultations font l'objet d'un remboursement partiel. Nous voyons se déployer diverses initiatives commerciales ou non de sensibilisation à la ménopause, dont il faut espérer qu'elles sont mues par les meilleures intentions. L'idéal serait de reconnaître la profession de consultant en ménopause, par exemple en l'intégrant dans la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé. Cela permettrait d'instaurer un contrôle de qualité et d'éviter que des femmes reçoivent des informations erronées.

Les experts se sont moins exprimés sur la question du remboursement, qui relève avant tout d'une décision politique. Nous suggérons dans la proposition de vérifier dans quelle mesure il serait possible de prévoir un remboursement du traitement de la ménopause précoce et du traitement médicamenteux prescrit aux femmes dans le cadre de la périmenopause. Cette proposition a été élargie au traitement, médicamenteux ou non, de toutes les formes de ménopause. Sans que cela ne soit précisé explicitement, cela pourrait inclure, par exemple, une consultation chez un consultant en ménopause.

Avant toute décision sur la question du remboursement, nous demandons dans la résolution que soient réalisées davantage d'études scientifiques, car c'est une réelle nécessité, ainsi qu'une étude sur l'ensemble des coûts de la ménopause. Nous pouvons certainement réduire considérablement les coûts pour les femmes confrontées à une ménopause précoce avant l'âge de 40 ans ou même de 30 ans, soit respectivement pour 1 femme sur 100 ou sur 1 000. Nous ne voulons pas non plus laisser le champ libre aux charlatans s'enrichissant sur le dos des femmes, qui ne sont pas suffisamment entendues aujourd'hui dans le domaine des soins de santé réguliers.

Quoiqu'il en soit, les auditions et ensuite les amendements ont permis de renforcer le texte que nous avions proposé. Nos recommandations pourront servir de fil rouge aux prochains gouvernements pour l'élaboration d'une politique structurelle en matière de ménopause. J'aspire par exemple à ce que mes filles reçoivent du médecin généraliste non seulement une brochure sur la contraception, mais aussi en temps utile des informations sur la (péri)ménopause, ce qui ne fut pas le cas pour moi ces dix dernières années.

Depuis les documentaires britanniques et le dépôt de notre proposition de résolution, je constate heureusement un

dan niet commerciële initiatieven op die hopelijk met de beste bedoelingen inzetten op het grotere bewustzijn rond menopause. We zouden best het beroep van menopauseconsulent erkennen door het bijvoorbeeld een plaats te geven in de wet betreffende de uitoefening van gezondheidsberoepen. Zo bouwen we een kwaliteitscontrole in en kunnen we proberen te vermijden dat vrouwen verkeerde informatie krijgen.

Over de terugbetaling van een en ander, wat natuurlijk in de eerste plaats een politieke beslissing is, spraken de experten zich minder uit. Waar we in het voorstel nog opperden om na te gaan in welke mate er in een terugbetaling voorzien kan worden voor de behandeling in het algemeen van premature menopause en voor de medicatie van vrouwen tijdens de perimenopause, werd dit verruimd naar al dan niet medicamenteuze behandeling bij alle vormen van menopause. Zonder het expliciet te vermelden kan hieronder bijvoorbeeld een consult bij een menopauseconsulent vallen.

Maar vooraleer te beslissen over welke vorm van terugbetaling ook, vragen we in de resolutie wetenschappelijk onderzoek – méér wetenschappelijk onderzoek is echt nodig – en ook een studie over alle kosten die menopause meebrengt. Zeker voor de 1 op 100 vrouwen die voor hun veertigste – 1 op 1000 zelfs voor hun dertigste – in een premature menopause terecht komen, kunnen we de kosten aanzienlijk verminderen. Op die manier willen we meer algemeen ook een halt toeroepen aan kwakzalvers die zich rijk rekenen op kap van vrouwen die vandaag te weinig gehoor krijgen binnen de reguliere gezondheidszorg.

Hoe dan ook hebben de hoorzittingen en nadien de amendementen tot een versterking van de door ons ingediende tekst geleid. Onze aanbevelingen kunnen een leidraad zijn voor de volgende regeringen om werk te maken van een structureel menopausebeleid. Het zou in die zin bijvoorbeeld al fijn zijn dat mijn dochters niet alleen een anticonceptiefolder van de huisarts krijgen, maar ten gepaste tijde ook eentje over de overgang, iets wat ik zelf gemist heb de laatste tien jaar. Nul informatie van de huisarts.

Gelukkig merk ik sinds de Britse documentaires en de indiening van onze resolutie een toegenomen belangstelling voor menopause. Ook in andere parlementen werden inmiddels teksten ingediend, de media hebben er meer aandacht voor en allerlei initiatieven zien het daglicht. Zelfs de grote baas van de Christelijke Mutualiteit, Luc Van Gorp, liet zich vorige zomer ontvallen dat “mochten mannen door de menopause moeten, de pensioenleeftijd op 50 jaar zou liggen.” Hij bedoelt daar waarschijnlijk mee dat mannen het nog altijd voor het zeggen hebben.

Het was symbolisch bedoeld, maar ik vond het wel een zeer straffe uitspraak van een man en dan niet de minste, namelijk de grote baas van het grootste ziekenfonds.

Dit zijn allemaal kleine stapjes, maar ik durf vandaag wel zeggen dat de kentering is ingezet om het taboe langzaam maar zeker te doorbreken. Hierdoor wordt er eindelijk meer kennis gedeeld, wat ongetwijfeld leidt tot meer vragen, maar hopelijk ook tot bijkomend onderzoek en verdere

intérêt accru pour la ménopause. Des textes ont également été déposés dans d'autres parlements, les médias accordent une plus grande attention au sujet et diverses initiatives voient le jour. Même le grand patron de la Mutualité chrétienne, Luc Van Gorp, a déclaré l'été dernier que si les hommes devaient faire face à la ménopause, l'âge de la retraite serait fixé à 50 ans. Il sous-entend probablement que ce sont toujours les hommes qui tiennent les rênes.

Ses propos avaient une portée symbolique, mais ils m'ont paru forts de la part d'un homme et, qui plus est, du grand patron de la plus grande mutualité.

Il ne s'agit chaque fois que de petites étapes, mais j'ose dire aujourd'hui qu'un changement s'est amorcé pour briser ce tabou lentement mais sûrement. Cette évolution permet enfin de partager davantage de connaissances, ce qui fera sans nul doute émerger des questions et, je l'espère, de nouvelles recherches et une sensibilisation durable. Tout est lié.

Nous devons donc aborder beaucoup plus souvent le thème de la ménopause et continuer à attirer l'attention sur cette réalité après notre séance d'aujourd'hui. Les études ont en effet montré que la manière dont la société perçoit la ménopause influence les effets de la ménopause ressentis par les femmes. Plus la reconnaissance sociale de la périmenopause et de la ménopause est forte, moins les femmes se plaignent de symptômes psychologiques et physiques. C'est pourquoi il me paraît souhaitable que les entités fédérées mènent une campagne médiatique. Et si cette campagne est soutenue par des personnalités connues, elle touchera d'emblée un grand nombre de personnes. Il est en outre assurément possible de mener davantage d'actions au niveau local, par exemple de créer des « cafés ménopause » où les femmes pourront parler de leur expérience en petit comité. Mais il faut aussi que les femmes puissent aborder en toute transparence leur périmenopause sur leur lieu de travail ou lorsqu'elles postulent à un emploi, sans risque de discrimination. Il est donc capital que l'information et la sensibilisation s'adressent aussi aux hommes. Tant que les employeurs, les directeurs et les membres des conseils d'administration seront majoritairement des hommes, les femmes en périmenopause risqueront de ne pas être suffisamment prises au sérieux, d'être incomprises, voire d'être discriminées.

Heureusement, on observe actuellement une prise de conscience. Nous le démontrons aujourd'hui. Pourtant, la ménopause et les troubles qui l'accompagnent sont encore régulièrement l'objet de risée. On l'a constaté dernièrement au Parlement flamand à l'occasion d'une question d'actualité de Gwendolyn Rutten qui a suscité les sarcasmes de certains collègues. Ce n'est pourtant pas une partie de plaisir pour les femmes qui y sont confrontées.

Nous ne devons plus accepter que la ménopause soit minimisée et présentée comme « un problème féminin insignifiant ». Elle peut véritablement entraîner de sérieux troubles mentaux et physiques qui incommodent les femmes dans la vie quotidienne et au travail. Aujourd'hui, en cette Journée internationale des femmes, nous faisons de grands pas en avant. Notre résolution indique clairement aux prochains gouvernements ce qu'ils devront faire pour

durzame sensibilisering. Het hangt allemaal samen.

We moeten dus nog veel meer spreken over de menopauze en het thema ook na deze vergadering blijvend onder de aandacht houden. Onderzoek toont immers aan dat de manier waarop de maatschappij naar de menopauze kijkt een invloed heeft op de impact die vrouwen van die menopauze ondervinden. Hoe meer sociale waardering er is voor de perimenopauze en de menopauze, hoe minder psychologische en fysieke symptomen vrouwen vermelden. In dat opzicht vind ik de idee van een mediacampagne op het niveau van de deelstaten zeer aanbevelenswaardig. Wanneer BV's, Bekende Vlamingen, zich hier achter scharen, bereik je meteen een massa mensen. Ook lokaal kan er zeker nog meer gebeuren. Zo kunnen er menopauzecafés worden georganiseerd, waar vrouwen in kleine kring ervaringen kunnen uitwisselen. Maar vrouwen moeten bijvoorbeeld ook transparant kunnen zijn over hun perimenopauze op de werkvlakte of bij het solliciteren zonder risico op discriminatie. Het is dus echt van wezenlijk belang dat de informatie en sensibilisering zich ook naar mannen richten. Zolang het merendeel van de werkgevers, managements- en directiefuncties en leden van raden van bestuur mannen zijn, dreigen vrouwen in de perimenopauze onvoldoende aanscherpt te worden genomen, te stoten op onbegrip of zelfs het slachtoffer te worden van discriminatie.

Gelukkig is er vandaag meer bewustwording. Dat bewijzen wij vandaag ook. Toch wordt er nog geregeld lacherig gedaan over de menopauze en de klachten die ermee gepaard kunnen gaan. Kijk maar naar het debat dat we hierover onlangs in het Vlaams Parlement hebben gevoerd naar aanleiding van een actuele vraag van collega Gwendolyn Rutten. Bepaalde collega's konden zich niet inhouden en moesten toch lacherig doen en het allemaal afdoen als onbelangrijk. Het is nochtans geen lachertje voor wie ermee te maken krijgt.

We mogen niet langer accepteren dat de menopauze wordt afgedaan als een “onbeduidend vrouwenprobleempje”. Ze kan echt gepaard gaan met serieuze mentale en fysieke klachten die vrouwen hinderen in hun dagelijks leven en op de arbeidsmarkt. Vandaag, op Internationale Vrouwendag, zetten we belangrijke stappen vooruit. Met deze resolutie geven we de volgende regeringen de pap in de mond om werk te maken van een onderbelicht en onderschat gezondheidsprobleem van honderdduizenden vrouwen. We vragen geen symboloministers van menopauze, wel een degelijk menopausebeleid met naast de medische opvolging ook aandacht voor meer wetenschappelijk onderzoek en sensibilisering.

Ik wil tot slot mijn mede-indieners en de rapporteurs uitdrukkelijk danken voor de goede samenwerking en de ernstige behandeling van dit thema, dat nu eindelijk op de politieke agenda staat, en ik roep alle collega's op het voorstel van resolutie mee goed te keuren. De cd&v-fractie zal dit alvast met veel overtuiging doen.

s'emparer d'un problème de santé méconnu et sous-estimé, vécu par des centaines de milliers de femmes. Nous ne demandons pas la désignation symbolique d'un ministre de la ménopause, mais une réelle politique en matière de ménopause qui non seulement offrira un suivi médical, mais veillera aussi à développer la recherche scientifique et la sensibilisation.

Pour terminer, je tiens à remercier les cosignataires de ma proposition et les rapporteurs pour leur excellente collaboration et le sérieux avec lequel ils ont traité ce thème qui a enfin pu être inscrit à l'agenda politique, et j'invite tous les collègues à voter en faveur de cette proposition de résolution. Le groupe cd&v la soutiendra en tout cas avec conviction.

Mme France Masai (Ecolo-Groen). – Quand j'avais la vingtaine, j'ai croisé la route d'un groupe de copines au Patro, un groupe de filles très « *Girl power* » qui, entre elles, s'appelaient les « *ménop'* » (pour « *les ménopausées* »). J'avais trouvé cela étrange, drôle et provocateur. C'était osé, parce qu'à l'époque personne ne parlait de ménopause.

Je me rends compte que, 20 ans plus tard, et étant moi-même plus proche de cette phase de la ménopause, cela reste un sujet extrêmement tabou, peut-être un des derniers tabous féminins.

Aujourd'hui, être ménopausée, c'est être considérée un peu comme périmee. On parle du corps des femmes, des femmes vieillissantes, des femmes qui ne sont plus à même de procréer. Dans une société où la jeunesse est complètement sacrifiée, où le ventre des femmes est investi de beaucoup d'espoirs mais aussi de beaucoup d'injonctions, la période de la ménopause nécessite d'être reconsidérée, mérite d'être réappropriée positivement par les femmes.

Dans la grande majorité des cas, la ménopause intervient comme une transition qui prend plusieurs années et n'est pas une maladie, mais un processus naturel. Ce sont les conséquences de la ménopause qui peuvent entraîner des effets désagréables, voire des maladies, amenant ainsi les femmes concernées à consulter dans certains cas.

Quand la ménopause survient avant l'âge de 40 ans, on dit qu'elle est précoce. Nous avons entendu lors des auditions que les cas de ménopause précoce augmentaient au fil des ans, de manière préoccupante.

La ménopause peut être provoquée chirurgicalement à la suite du retrait des ovaires ou d'un traitement oncologique, d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie. Dans ces cas, il ne s'agit plus d'une transition, mais d'un phénomène abrupt. On sait que le nombre de maladies qui nécessitent ces traitements est aussi en augmentation dans notre société.

Certaines maladies peuvent également provoquer une ménopause à un âge précoce. C'est le cas notamment de l'endométriose, car il s'agit d'une maladie inflammatoire qui détruit la réserve d'ovocytes.

Il est aussi possible, selon les experts auditionnés, que les perturbateurs endocriniens jouent un rôle dans l'augmentation des ménopausées précoces. Il existe

Mevrouw France Masai (Ecolo-Groen). – Toen ik rond de twintig was, ontmoette ik een groep vriendinnen bij Patro, een groep meisjes die zeer “girl power” waren, die zichzelf onder elkaar, de “meno's” noemden (voor “vrouwen in de menopauze”). Ik vond het vreemd, grappig en provocerend. Het was gedurfd, want in die tijd werd niet over menopauze gesproken.

Ik besef dat, 20 jaar later en nu ik zelf dichter bij de menopauze sta, dit nog steeds een extreem taboe is, misschien wel een van de laatste vrouwelijke taboes.

Vandaag wordt de menopauze beschouwd als een houdbaarheidsdatum die is verstreken. Het gaat over het vrouwelijk lichaam, ouder wordende vrouwen, vrouwen die geen kinderen meer kunnen krijgen. In een samenleving waarin jeugdigheid de heilige graal is, waar aan vrouwenbuiken veel hoopvolle aandacht wordt geschonken, maar waaraan ook veel beperkingen worden opgelegd, moet de menopauze in een ander daglicht worden gesteld, moeten vrouwen zich deze opnieuw positief toe-eigenen.

In de overgrote meerderheid van de gevallen is de menopauze een overgang die verschillende jaren duurt en geen ziekte is, maar een natuurlijk proces. De gevolgen van de menopauze kunnen onaangenaam zijn, zelfs ziektes veroorzaken waardoor vrouwen in bepaalde gevallen een arts moeten raadplegen.

Wanneer de menopauze vóór de leeftijd van 40 jaar optreedt, spreekt men van vroegeijdige menopauze. In de hoorzittingen kwam naar voren dat met de jaren het aantal gevallen van vroegeijdige menopauze op een onrustwekkende manier toeneemt.

De menopauze kan door een chirurgische ingreep worden veroorzaakt na het verwijderen van de ovaria of bij een behandeling tegen kanker, een chemo- of radiotherapie. In dat geval spreken we niet meer van een overgang, maar van een abrupt verschijnsel. We weten dat het aantal ziektes die dit soort behandeling vereisen ook in stijgende lijn gaat in onze samenleving.

Bepaalde ziektes kunnen ook tot een vroegeijdige menopauze leiden. Dat is meer bepaald het geval bij endometriose, want dit is een ontstekingsziekte die de voorraad eicellen vernietigt.

De gehoorde deskundigen gaven aan dat hormoonverstoorders ook een rol kunnen spelen in de toename van het aantal vroegeijdige menopausen. Daar

aujourd’hui des études à ce sujet, mais les médecins ne disposent pas encore de preuves formelles. Des recherches appuyées sont encore nécessaires pour démontrer l’effet « cocktail » néfaste des perturbateurs endocriniens, ainsi que les effets de la dégradation de notre environnement sur la santé des femmes, et donc sur la ménopause.

Autre élément interpellant : les expertes et experts que nous avons auditionnés, et que je remercie sincèrement pour leur précieux apport, nous ont expliqué que la méconnaissance, au sein des professionnels de la santé, de certains symptômes spécifiquement liés à la péri-ménopause peut conduire les femmes ou leurs médecins à une errance thérapeutique qui peut durer des années.

Les études montrent que les femmes qui subissent des symptômes et des effets négatifs de la ménopause mettent en moyenne huit mois pour exprimer leurs plaintes. Pendant ces huit mois, leur vie est nettement moins confortable, des troubles intenses les amèneront parfois à être moins efficaces dans leur travail ou à se porter malades.

Nos travaux en commission ont fait référence à l’étude menée par Securex et l’UZ Gent auprès de travailleuses ménopausées. Près d’un quart des femmes ayant répondu à l’enquête ont déclaré que la ménopause était un sujet dont il était impossible de discuter au travail car cela restait un tabou.

Selon la FEB, dont nous avons également entendu une représentante, peu d’entreprises belges ont déjà mis en place une politique en matière de ménopause au travail, aujourd’hui en Belgique. Il y a donc matière à innover, comme d’autres pays l’ont déjà fait. Le Royaume-Uni et le Canada, par exemple, sont nettement plus avancés à ce sujet que notre pays.

Les femmes consultent peu, mais nous savons que nos généralistes sont surchargés, que les spécialistes sont de moins en moins nombreux, que les praticiens ne sont pas assez formés à la prise en charge spécifique de la ménopause.

Les femmes consultent peu aussi parce qu’elles sont parfois bien mal reçues. Écoutez donc le témoignage que nous a livré M. Herman Depypere, président de la *Belgian Menopause Society* et gynécologue-obstétricien à l’Hôpital universitaire de Gand, que nous avions entendu en juin dernier : « Les femmes ménopausées ont souvent plus de graisse abdominale ». L’orateur cite l’exemple d’une femme titulaire d’un master en éducation physique qui a pris cinq kilos à la ménopause alors que son régime alimentaire et ses activités physiques étaient restés identiques. La gynécologue, une femme donc, qu’elle a consultée lui a déclaré : « Notre Seigneur a prévu qu’à un moment donné, les femmes prennent du ventre pour y blottir leurs petits-enfants ». Il donne un autre exemple : une femme de 64 ans signale à son gynécologue que ses rapports sexuels sont douloureux. Le gynécologue lui répond : « Devez-vous encore avoir des relations sexuelles à 64 ans ? »

Ces exemples, et je cite toujours le Dr Depypere, prouvent que les plaintes des femmes au moment de la ménopause ne sont pas prises au sérieux et que les femmes se retrouvent désemparées et déconsidérées.

bestaan vandaag studies over maar de geneeskunde heeft hier nog geen formeel bewijs van. Er is nog grondig onderzoek nodig om aan te tonen wat de gevolgen zijn van de nefaste “cocktail” van hormoonverstoorders en de aantasting van het milieu voor de gezondheid van vrouwen en dus voor de menopauze.

Een ander opvallend element: de gehoorde deskundigen, die ik oprecht bedank voor hun waardevolle inbreng, hebben uitgelegd dat gebrek aan kennis bij gezondheidswerkers over bepaalde specifieke symptomen van de perimenopauze ertoe kan leiden dat vrouwen of hun artsen op een therapeutisch dwaalspoor zitten dat jaren kan duren.

Studies tonen aan dat vrouwen die lijden onder de symptomen van de menopauze en de negatieve effecten ervan, gemiddeld acht maanden nodig hebben om over hun klachten te spreken. In die acht maanden is hun leven een pak minder comfortabel, zware ongemakken zorgen er soms voor dat ze minder efficiënt zijn op het werk of dat ze zich ziek melden.

In onze werkzaamheden in de commissie werd verwezen naar de studie van Securex en UZ Gent bij werkneemsters in de menopauze. Bijna een kwart van de respondenten verklaarde dat de menopauze een onderwerp is waarover niet kan worden gesproken op het werk omdat het taboe blijft.

Een vertegenwoordiger van het VBO zei ons dat weinig Belgische ondernemingen vandaag al een beleid rond menopauze op het werk hebben uitgerold. Er is dus ruimte om te innoveren, wat andere landen reeds deden. Het Verenigd Koninkrijk en Canada bijvoorbeeld staan al heel wat verder dan ons land.

Vrouwen gaan niet vaak op consult bij een arts, maar we weten dat onze huisartsen overbelast zijn, dat er steeds minder specialisten zijn, dat artsen niet voldoende opgeleid zijn voor de specifieke behandeling van de menopauze.

Vrouwen gaan ook weinig op consult bij een arts omdat ze soms vrij slecht worden onthaald. Dat blijkt uit de getuigenis van de heer Herman Depypere, voorzitter van de Belgian Menopause Society en gynaecoloog-verloskundige in het Universitair Ziekenhuis Gent, die we hoorden in juni laatstleden: “Vrouwen in de menopauze hebben vaak meer buikvet.” Spreker gaf het voorbeeld van een vrouw met een master in lichamelijke opvoeding die vijf kilo bijkwam in de menopauze, terwijl haar voeding en fysieke activiteiten dezelfde waren gebleven. De gynaecoloog, een vrouw dus, bij wie ze op consult ging, zei haar: “Onze-Lieve-Heer heeft ervoor gezorgd dat vrouwen op een bepaald moment een buikje krijgen waarop hun kleinkinderen zich kunnen nestelen”. Hij gaf nog een voorbeeld: een vrouw van 64 jaar zegt tegen haar gynaecoloog dat ze last heeft van pijnlijke seksuele betrekkingen. De gynaecoloog antwoordt haar: “Is het nodig om op 64-jarige leeftijd nog seksuele betrekkingen te hebben?”

Die voorbeelden, en ik citeer nog steeds dr. Depypere, tonen aan dat klachten van vrouwen tijdens de menopauze niet ernstig worden genomen en dat vrouwen hulpeloos achterblijven en niet geloofd worden.

J'ai pour ma part totalement découvert lors de ces travaux – et je m'en excuse si cela peut paraître choquant pour les personnes concernées – qu'il existait une profession de consultante en ménopause, ainsi que des cliniques spécialisées dans la ménopause. Ce sont des concepts intéressants qu'il convient probablement d'exporter aux quatre coins du pays, s'agissant d'un concept plus vivant en Flandre qu'en Wallonie. C'est intéressant pour toutes les femmes qui ont besoin d'un suivi médical global. Aux Pays-Bas, la profession de consultante en ménopause a été reconnue dès l'an 2000. Voilà qui ouvre de nouvelles possibilités d'accompagnement des femmes dans leur parcours de santé.

Nous devons mettre des choses en place pour que la société tout entière change de regard sur la ménopause. Notre groupe Ecolo-Groen soutiendra cette proposition de résolution pour une meilleure connaissance scientifique de cette phase de la vie des femmes, pour une prise en charge holistique des conséquences de la ménopause, pour une plus grande information des femmes, tout d'abord, mais aussi des prestataires de soins, des médecins du travail, des compagnies d'assurance, des employeurs, du grand public.

Il est vraiment interpellant que cette phase naturelle de la vie des femmes soit à ce point méconnue, alors qu'elle représente environ un tiers de cette vie. Alors, expliquons aux jeunes, aux enfants, dans leur parcours EVRAS, dans nos mots de la vie de tous les jours ce qu'est la ménopause, pour qu'ils en comprennent les contours dès le plus jeune âge. C'est ainsi que nous participerons à briser ce tabou.

Mme Latifa Gahouchi (PS). – En ma qualité de présidente du Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes, je tiens avant toute chose à remercier toutes les personnes qui ont permis d'examiner concrètement – et dans tous ses aspects – la proposition de résolution visant à définir une politique en matière de ménopause, et notamment ma collègue Mme Brouwers, rédactrice du texte initial, Mme Masai et M. Ben Chikha, rapporteurs et rédacteurs de l'amendement global qui a été sous-amendé et qui est aujourd'hui soumis à notre examen, mes collègues membres du Comité d'avis qui ont participé aux auditions, aux discussions et aux débats, les secrétaires du Comité qui ont effectué un travail remarquable, et bien évidemment tous les experts qui ont été auditionnés ou qui ont rendu des avis écrits dans le cadre de nos travaux.

Si on en parle heureusement de plus en plus, le sujet de la ménopause reste encore tabou pour beaucoup de femmes qui n'osent pas parler de ce qu'elles traversent.

Aborder le sujet avec son médecin généraliste ou son gynécologue est pourtant très important, car des solutions existent pour soulager les symptômes et aider les femmes à passer ce cap dans les meilleures conditions possibles.

Les auditions organisées par le Comité ont été riches en informations. Elles nous ont permis de mieux comprendre la période de la ménopause, mais aussi celles de la péri-ménopause et de la post-ménopause, qui sont deux périodes trop méconnues et bien souvent négligées, voire passées sous silence.

Je me réjouis vraiment que cette thématique ait été abordée au Sénat, car toutes les femmes seront ménopausées un

Tijdens de werkzaamheden ontdekte ik plots – en ik verontschuldig mij als de betrokkenen gechoqueerd zouden zijn hierover – dat het beroep van menopauzeconsulent bestaat en dat er gespecialiseerde ziekenhuizen voor menopause zijn. Het zijn interessante concepten die naar alle uithoeken van het land zouden moeten uitwaaieren aangezien dit concept meer leeft in Vlaanderen dan in Wallonië. Het is interessant voor alle vrouwen die een algemene medische follow-up nodig hebben. In Nederland is het beroep van menopauzeconsulent al erkend sinds 2000. Dat opent nieuwe mogelijkheden om vrouwen te begeleiden in hun zorgtraject.

We moeten ervoor zorgen dat de hele samenleving de menopauze anders aankijkt. Onze Ecolo-Groen-fractie zal dit voorstel van resolutie steunen met het oog op betere wetenschappelijke kennis over deze levensfase van vrouwen, een holistische aanpak van de gevolgen van de menopauze, meer informatie voor vrouwen, in de eerste plaats, maar ook voor zorgverleners, arbeidsartsen, verzekeraars, werkgevers en het grote publiek.

Het is werkelijk opmerkelijk dat deze natuurlijke levensfase van vrouwen zo onbekend is, terwijl ze ongeveer een derde van hun leven omspant. Laten we jongeren, kinderen in het EVRAS-traject (het vak relationele, affectieve en seksuele opvoeding), in gewone bewoordingen uitleggen wat menopauze is, zodat ze de omvang ervan begrijpen van jongs af aan. Zo zullen we ertoe bijdragen dit taboe te doorbreken.

Mevrouw Latifa Gahouchi (PS). – Als voorzitter van het Adviescomité voor gelijke kansen voor vrouwen en mannen wil ik allereerst iedereen bedanken die het mogelijk heeft gemaakt om dit voorstel van resolutie teneinde een menopauzebeleid uit te stippelen, concreet – en in alle opzichten – te bespreken, en met name mijn collega mevrouw Brouwers, opsteller van de oorspronkelijke tekst, mevrouw Masai en de heer Ben Chikha, verslaggevers en opstellers van het globaal amendement dat werd gesubamendeerd en dat thans ter bespreking voorligt, mijn collega's – leden van het Adviescomité, die hebben deelgenomen aan de hoorzittingen, besprekingen en debatten, de secretarissen van het Comité die voortreffelijk werk hebben geleverd, en uiteraard alle deskundigen die werden gehoord of die schriftelijke adviezen hebben verstrekt in het kader van onze werkzaamheden.

Hoewel het onderwerp van de menopauze steeds meer wordt besproken, blijft het toch nog een taboe voor veel vrouwen die niet durven spreken over wat ze doormaken.

Toch is het uiterst belangrijk dat zij dit kunnen bespreken met hun huisarts of gynaecoloog, want er zijn manieren om de symptomen te verlichten en die kunnen helpen om die horde zo vlot mogelijk te nemen.

De hoorzittingen in het Comité waren bijzonder informatief en gaven meer inzicht in de menopauze, maar ook in de perimenopauze en de postmenopauze, die periodes die nog te weinig gekend zijn en die maar al te vaak worden genegeerd of zelfs doodgezwegen.

Het verheugt me ten zeerste dat dit thema in de Senaat aan bod komt, want alle vrouwen komen op een dag in de

jour. Et il est important de leur permettre de mieux appréhender cette période de transition majeure, sur fond de changements hormonaux. D'autant plus que c'est une période qui s'accompagne souvent de réaménagements et d'adaptations touchant divers aspects de la vie, et surtout la relation à soi, à son corps, à son partenaire, à sa famille et à son travail.

Je ne vais pas aujourd'hui donner un cours de biologie ou de médecine, mais pour comprendre ce qui se produit dans le corps des femmes lors de la ménopause, il est utile d'en revenir brièvement au commencement : le cycle menstruel.

Vous le savez, toutes les femmes naissent avec la quantité d'ovules dont elles auront besoin au cours de leur vie. Ces ovules sont stockés sous forme immature dans les ovaires et seront libérés un à un à partir de la puberté.

Chaque mois, pendant qu'un ovule mûrit dans l'un des deux ovaires, l'utérus se prépare à une éventuelle grossesse. Au cœur de cette activité, on retrouve les hormones sexuelles féminines – les œstrogènes et la progestérone – qui sont sécrétées par les ovaires, et dont la production est ordonnée par l'hypophyse, une glande située dans le cerveau.

En résumé, ces cycles menstruels disparaissent à la ménopause, et les ovaires ne peuvent plus libérer d'ovules ni secréter d'hormones. Un déséquilibre hormonal s'installe donc. Et l'organisme de la femme est chamboulé de manière plus ou moins brutale.

Cependant, les règles ne cessent généralement pas du jour au lendemain. Avant leur disparition définitive, et ce durant plusieurs années parfois, le corps subit des changements hormonaux pénibles. Il s'agit de la péri-ménopause, parfois aussi appelée la pré-ménopause. En effet, la ménopause n'est confirmée qu'au bout d'une année d'absence de règles.

Comme les experts en ont témoigné, il n'y a pas d'âge ni de durée précise pour cette péri-ménopause ou pour la ménopause. Le processus peut durer entre un et dix ans, survenir prématurément – vers 40 ans – ou tardivement – après 57 ans.

Cela peut entraîner beaucoup de troubles et de désagréments sur une période relativement longue quand la femme est théoriquement encore très active dans sa vie privée et professionnelle. En effet, si un tiers des femmes ne ressent rien ou presque à la ménopause, il faut savoir qu'un tiers a des signes mineurs et qu'un tiers souffre de troubles gênants, voire invalidants. Bien que la ménopause ne soit pas une maladie, force est de constater qu'elle nuit considérablement à la qualité de vie des femmes.

Si les bouffées de chaleur, l'irritabilité, l'anxiété, les troubles du sommeil, la fatigue, la baisse de la libido et la prise de poids font partie des symptômes courants de la ménopause, d'autres symptômes moins fréquents et peu connus peuvent s'installer durablement et s'avérer très contraignants au quotidien pour les femmes qui les subissent.

Certains signes de la ménopause sont un peu moins décrits, mais ne doivent pas pour autant être négligés. C'est le cas, par exemple, des douleurs articulaires et musculaires.

menopauze. Het is dan ook belangrijk dat zij meer vat kunnen krijgen op die belangrijke overgangsperiode met de bijbehorende hormonale veranderingen. Dit is des te belangrijker omdat die periode ook vaak gepaard gaat met veranderingen en aanpassingen op verschillende vlakken in het leven, vooral op het vlak van de relatie tot zichzelf, het eigen lichaam, de partner, het gezin en het werk.

Ik zal hier geen cursus biologie of geneeskunde geven, maar om te begrijpen wat zich afspeelt in een vrouwelijk lichaam tijdens de menopauze, is het nuttig even terug te keren naar het begin: de menstruatiecyclus.

Zoals u weet, worden alle vrouwen geboren met het aantal eicellen dat ze in hun leven nodig zullen hebben. Die eicellen zijn opgeslagen in de eierstokken in hun onrijpe vorm en komen vanaf de puberteit één voor één vrij.

Elke maand komt een eicel tot rijping in één van de twee eierstokken en bereidt de baarmoeder zich voor op een eventuele zwangerschap. Centraal in deze activiteit staan de vrouwelijke geslachtshormonen – oestrogeen en progesteron – die door de eierstokken worden afgescheiden en waarvan de productie wordt aangestuurd door de hypofyse, een klier in de hersenen.

Kortom, die menstruatiecycli verdwijnen in de menopauze en de eierstokken kunnen niet langer eicellen vrijgeven of hormonen afscheiden. Het hormonaal evenwicht raakt dus verstoord en het vrouwelijke organisme wordt min of meer abrupt overhoop gehaald.

De menstruaties verdwijnen echter meestal niet van de ene op de andere dag. Vóór ze definitief uitbliven, en soms gedurende meerdere jaren, ondergaat het lichaam lastige hormonale veranderingen. Dat is de perimenopauze, ook wel de premenopauze genoemd. De menopauze wordt immers pas bevestigd nadat de regels een jaar zijn weggebleven.

De deskundigen verklaarden dat er geen precieze leeftijd of duur voor die perimenopauze en menopauze bestaat. Het proces kan één tot tien jaar duren, te vroeg optreden – rond de leeftijd van 40 jaar – of pas laat – na 57 jaar.

Dat kan tot veel hinder en ongemakken leiden gedurende een relatief lange periode waarin vrouwen theoretisch nog heel actief zijn in hun privé- en beroepsleven. Terwijl een derde van de vrouwen niets of vrijwel niets voelt van de menopauze, vertoont een derde van hen immers lichte symptomen en ervaart een derde hinderlijke of zelfs invaliderende problemen. Hoewel de menopauze geen ziekte is, heeft ze onmiskenbaar een grote negatieve impact op de levenskwaliteit van vrouwen.

Opvliegers, geïrriteerdheid, angst, slaapproblemen, vermoeidheid, een verminderd libido en gewichtstoename zijn allemaal gangbare symptomen van de menopauze, maar er zijn nog andere, minder frequente en minder bekende symptomen die langdurig kunnen optreden en die voor de vrouwen die hier last van hebben heel wat hinder kunnen veroorzaken in hun dagelijks leven.

Sommige symptomen van de menopauze zijn minder uitgebreid beschreven, maar mogen daarom niet worden genegeerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor gewrichts- en spierpijn. Sommige patiënten maken ook melding van

Certaines patientes évoquent également une sensation de brouillard mental, comme si leur cerveau fonctionnait au ralenti. Ces troubles cognitifs peuvent être liés à la variation hormonale et à la carence œstrogénique. Si une femme présente des troubles de la concentration aux alentours de 50 ans, la piste de la ménopause doit être évoquée avant celle de la maladie d'Alzheimer. En raison de la carence hormonale, les femmes peuvent également développer une hyperactivité vésicale, voire de l'incontinence. Il peut y avoir de « l'urgenterie » : les femmes ont besoin d'aller plus souvent aux toilettes. Lorsque cela se produit la nuit, on parle de « nycturie ». Par ailleurs, les femmes peuvent avoir des troubles du sommeil, de la concentration et de l'humeur. Une dépression leur est parfois diagnostiquée, bien qu'il ne s'agisse souvent que d'une sensibilité émotionnelle accrue à cause de la carence œstrogénique. Ces femmes n'ont dans ce cas pas besoin d'un antidépresseur, mais bien d'un traitement hormonal. Or peu de femmes, voire peu de médecins, semblent en être aujourd'hui conscients, comme cela ressort des auditions.

Le texte soumis aujourd'hui à notre approbation formule des recommandations fortes, qui ont été approuvées à l'unanimité des membres du Comité d'avis le 19 février 2024. J'espère que ces recommandations seront soutenues par l'ensemble des groupes présents dans l'hémicycle et surtout qu'elles dépasseront le cadre des travaux du Sénat et seront réellement prises en compte à l'avenir dans la prise en charge de la ménopause, de la péri-ménopause et de la post-ménopause.

Il est temps de briser le silence et de mieux informer les femmes sur ces chamboulements hormonaux. Il existe de nombreuses solutions pour réduire les symptômes caractéristiques de cette période de notre vie. Il est important de prendre certaines habitudes pour prévenir les maladies chroniques et vieillir en bonne santé. Les femmes sont confrontées à la ménopause lorsqu'elles ont en moyenne encore le tiers de leur existence à vivre, parfois plus. Il est donc essentiel de briser le tabou qui entoure ce sujet afin de faire avancer les choses. Comme le souligne le texte à l'examen, il est important d'informer correctement les femmes sur ce qui les attend, mais aussi de les rassurer et de les soutenir dans ce cap qu'elles devront toutes franchir un jour. C'est important pour qu'elles gardent confiance en elles.

Enfin, je tiens à clôturer mon intervention en attirant l'attention sur un point important : plus de la moitié des travailleuses qui présentent des symptômes de la ménopause ou de la péri-ménopause sont gênées par ceux-ci dans l'exercice de leur travail.

C'est ce qu'a démontré récemment, en mai 2023, une étude menée par l'Université de Gand et le prestataire de services RH Securex.

Les experts auditionnés ont d'ailleurs indiqué que les femmes qui éprouvent une gêne dans l'exercice de leurs fonctions en raison des symptômes de la ménopause ont des besoins de récupération plus importants. Les femmes concernées enregistrent également des scores de burn-out plus élevés et sont plus souvent absentes de leur travail.

Il me semble donc primordial de diffuser les

brainfog of hersenmist, het gevoel dat hun hersenen trager werken. Die cognitieve stoornissen kunnen het gevolg zijn van hormonale schommelingen en oestrogeentekort. Indien een vrouw rond haar vijftigste gewag maakt van concentratieproblemen, moet eerder aan de menopauze worden gedacht dan aan de ziekte van Alzheimer. Als gevolg van hormonale tekorten kunnen vrouwen ook een hyperactiviteit van de blaas en zelfs incontinentie ontwikkelen. Er kan sprake zijn van "dringend moeten": vrouwen moeten vaker naar het toilet. Als dat 's nachts gebeurt, heeft men het over "nycturie". Daarnaast kunnen vrouwen slaap-, concentratie- en stemmingssproblemen ervaren. Soms krijgen ze de diagnose van depressie, ook al gaat het vaak slechts om een verhoogde emotionele gevoeligheid als gevolg van het oestrogeentekort. Die vrouwen hebben dan geen nood aan antidepressiva, maar wel aan een hormonale behandeling. Uit de hoorzittingen is echter gebleken dat weinig vrouwen, en zelfs weinig artsen, zich hiervan momenteel bewust lijken te zijn.

De tekst die hier ter goedkeuring voorligt, bevat krachtige aanbevelingen, die op 19 februari 2024 eenparig zijn goedgekeurd door de leden van het Adviescomité. Ik hoop dat ze zullen worden gesteund door alle fracties die aanwezig zijn in het halfrond en vooral dat ze de werkzaamheden van de Senaat zullen overstijgen en in de toekomst werkelijk in aanmerking zullen worden genomen bij de behandeling van de menopauze, perimenopauze en postmenopauze.

Het is tijd om de stilte te doorbreken en vrouwen beter te informeren over die hormonale sprongen. Er bestaan talrijke oplossingen om de symptomen die bij die fase uit ons leven horen, te verlichten. Het is belangrijk om bepaalde gewoonten aan te nemen om chronische ziekten te voorkomen en gezond ouder te worden. Vrouwen krijgen met de menopauze te maken wanneer ze gemiddeld nog een derde van hun leven voor zich hebben, soms zelfs meer. Het is dus essentieel om het taboe rond dit onderwerp te doorbreken om vooruitgang te kunnen boeken. Zoals de voorliggende tekst benadrukt, is het belangrijk dat vrouwen correct worden geïnformeerd over wat hen te wachten staat, maar ook dat ze worden gerustgesteld en ondersteund in die fase die ze allemaal ooit moeten doormaken. Dat is belangrijk om hun zelfvertrouwen niet te verliezen.

Tot slot wil ik de aandacht vestigen op een belangrijk punt: meer van de helft van de werkende vrouwen met menopauzale of perimenopauzale symptomen ondervinden hierdoor hinder bij de uitoefening van hun werk.

Dit werd onlangs, in mei 2023, aangetoond door een onderzoek van de Universiteit Gent en de hr-dienstverlener Securex.

De gehoorde deskundigen hebben overigens aangegeven dat de vrouwen die hinder ondervinden bij het uitvoeren van hun taken als gevolg van overgangssymptomen, een grotere behoefte hebben aan herstel. De betrokken vrouwen vertonen ook hogere burn-outscores en zijn vaker afwezig op het werk.

Het lijkt me dus van essentieel belang om de hier geformuleerde aanbevelingen te verspreiden zodat de menopauze ook op de werkplaats kan worden besproken,

recommandations formulées ici afin que la ménopause puisse être abordée aussi sur le lieu de travail, sans gêne ni préjugé. Le contenu et l'organisation du travail pourraient être adaptés temporairement par les employeurs afin de limiter la gêne occasionnée par les symptômes liés à la ménopause et de permettre ainsi aux femmes de poursuivre leur vie professionnelle de manière épanouie.

Je me réjouis pleinement que ce texte puisse être examiné et – j'ose l'espérer – approuvé à l'unanimité en cette journée spéciale du 8 mars qui nous fait prendre conscience des nombreux combats qui restent à mener en faveur des femmes et dont le Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes doit se saisir.

Mme Véronique Durenne (MR). – La ménopause, sujet toujours entaché d'une forme de honte et de pudeur, touche pourtant toutes les femmes, en général lorsqu'elles atteignent la cinquantaine.

Les effets secondaires sont variés et plus ou moins lourds chez chacune.

La ménopause ne se résume pas aux bouffées de chaleur, bien connues. Ce sont aussi des sueurs nocturnes, des perturbations du sommeil, des troubles de l'émotivité, une irritabilité, des dépressions, le fameux brouillard du cerveau, une baisse de la libido, une sécheresse des muqueuses, un vieillissement de la peau, des cheveux plus secs, une prise de poids, et encore bien d'autres effets secondaires, vu qu'il y a autant de ménopauses que de femmes. La ménopause a des effets sous-estimés d'ordre physique, mental et social qui affectent inévitablement la qualité de vie. La ménopause est une thématique de santé publique qui mérite qu'on s'y attarde, parce que c'est une étape naturelle dans la vie d'une femme qui symbolise la transition vers une nouvelle phase de son existence.

Cette proposition de résolution a le mérite d'exister et de sortir de l'ombre la ménopause. Que les collègues auteurs, dont Mme Brouwers, soient remerciés de l'avoir déposée dans notre assemblée. Elle présente plusieurs avantages qui méritent d'être soulignés.

Elle vise à protéger les femmes contre la discrimination au travail, contre le risque d'absentéisme, contre les répercussions négatives sur la santé et leur vie de couple.

Elle vise également à sensibiliser la population et le personnel soignant, à conscientiser les médecins du travail, les compagnies d'assurance et les employeurs sur les impacts liés à la ménopause. Il est en effet crucial de favoriser la compréhension et le soutien de ces femmes, afin de créer un environnement propice à l'épanouissement et à l'acceptation.

Notre groupe a participé activement aux débats en commission sur le sujet. Nous avons déposé une vingtaine d'amendements pour apporter davantage de précisions, ainsi que des pistes supplémentaires pour assurer une prise en charge efficace.

Notre objectif a été de mettre en avant plusieurs éléments qui nous semblaient intéressants et susceptibles d'apporter une plus-value :

– le manque de chiffres et d'études sur la ménopause ;

zonder schaamte of vooroordelen. Werkgevers zouden het werk tijdelijk inhoudelijk en organisatorisch kunnen aanpassen om het ongemak als gevolg van overgangssymptomen te beperken, zodat vrouwen hun beroepsleven ten volle kunnen voortzetten.

Ik verheug me ten zeerste dat deze tekst kan worden besproken en – naar ik hoop – eenparig worden goedgekeurd op deze bijzondere 8 maart, een dag die ons bewustmaakt van het feit dat de strijd voor de vrouw nog op talrijke vlakken moet worden gestreden en dat het Adviescomité voor gelijke kansen voor vrouwen en mannen zich die strijd eigen moet maken.

Mevrouw Véronique Durenne (MR). – De menopauze waarover altijd een soort gêne hangt, gaat nochtans alle vrouwen aan, doorgaans wanneer ze tegen de vijftig aanlopen.

De bijwerkingen lopen uiteen en bij de ene vrouw zijn ze al wat zwaarder dan bij de andere.

De menopauze beperkt zich niet tot de welbekende opvliegers. Het gaat ook om nachtelijk zweten, slaapstoornissen, emotionele stoornissen, prikkelbaarheid, depressies, de zogenaamde brainfog of hersenmist, een verminderd libido, droge slijmvliezen, huidveroudering, droger haar, gewichtstoename en heel wat andere bijwerkingen, aangezien er evenveel menopauzes als vrouwen zijn. De fysieke, mentale en sociale gevolgen van de menopauze worden onderschat en tasten de levenskwaliteit aan. De menopauze is een zaak van volksgezondheid waaraan aandacht moet worden geschonken omdat het een natuurlijke fase is in het leven van een vrouw en symbool staat voor een overgang naar een nieuwe fase in haar leven.

Dit voorstel van resolutie heeft alle bestaansrecht en haalt de menopauze uit de schaduw. Dank aan de collega-indieners, onder wie mevrouw Brouwers, om het te hebben ingediend in onze assemblee. Het bevat heel wat aandachtspunten die het waard zijn benadrukt te worden.

Het wil vrouwen beschermen tegen discriminatie op het werk, tegen het risico op absentéisme, tegen negatieve gevolgen voor de gezondheid en het leven als koppel.

Het wil de bevolking en het zorgpersoneel ook bewust maken en arbeidsartsen, verzekeraarsmaatschappijen en werkgevers wijzen op de impact van de menopauze. Het is immers van cruciaal belang om te zorgen voor meer begrip en ondersteuning voor deze vrouwen en om een omgeving te creëren waarin vrouwen zich kunnen ontplooien en zich aanvaard voelen.

Onze fractie heeft actief deelgenomen aan de debatten in de commissie. We hebben een twintigtal amendementen ingediend om de tekst te verduidelijken en bijkomende pistes aan te reiken als waarborg voor een efficiënte behandeling.

Het was onze bedoeling verschillende elementen naar voren te brengen die interessant leken en een meerwaarde konden bieden:

– gebrek aan cijfers en studies over de menopauze;

- le fait que beaucoup trop de femmes ne consultent pas un médecin pour soulager les symptômes qui en découlent ;
- le fait qu'il règne pour un grand nombre d'entre elles une forme d'errance médicale dommageable dans le cadre de la prise en charge de la ménopause ;
- le fait que les risques pour la santé d'une ménopause non traitée sont lourds, en particulier s'agissant de l'ostéoporose et des maladies cardiovasculaires ;
- la nécessité d'une approche proactive et individuelle lors des consultations chez le gynécologue ou le médecin généraliste ;
- la nécessité d'une vigilance accrue sur les messages publicitaires relatifs à certains remèdes contre les effets de la ménopause ;
- la nécessité de davantage informer les femmes sur l'importance d'une visite régulière chez le gynécologue et sur la ménopause, particulièrement en amont, à l'aide de supports nuancés qui dissipent les craintes souvent infondées ;
- la nécessité de créer un label ménopause avec les acteurs de terrain pour mettre en place des critères de qualité dans les cliniques de la ménopause en vue d'une professionnalisation de la matière ;
- la nécessité de mesurer en chiffres l'impact de la ménopause sur l'absentéisme au travail des femmes ;
- la nécessité de sensibiliser aussi la gent masculine, par exemple dans le cadre des cours d'EVRAS ;
- l'idée de développer les cafés ménopause, et d'utiliser des figures emblématiques en vue d'une campagne de médiatisation et de démystification de la ménopause, comme au Canada ou en Grande-Bretagne.

Je profite de l'occasion pour lancer ici un appel aux sénatrices intéressées.

En résumé, nous avons tenté d'apporter notre pierre à l'édifice dans le cadre de ce débat. Nous nous réjouissons de cette unanimité obtenue en Comité d'avis grâce aux contributions des uns et des autres. Espérons que cette unanimité soit atteinte également en séance plénière aujourd'hui. C'est un signal important et utile que pourrait donner le Sénat à toutes les femmes, en particulier en cette journée du 8 mars.

Mme Annick Lambrecht (Vooruit). – *Je me réjouis que Mme Brouwers ait pris l'initiative dans ce domaine avec autant d'enthousiasme et qu'elle ait donné une interview au magazine Knack, car plus on parle de la ménopause, mieux c'est. Nous avons aussi contribué à cette sensibilisation au cours de cette législature, grâce à plusieurs collègues et au travail de Mme Brouwers et de l'ensemble des femmes, et aussi des hommes, qui lui ont emboîté le pas. La ménopause fait partie de ces tabous qui subsistent toujours à notre époque et qu'il faut lever. Elle ne se réduit pas à une problématique de femmes âgées devenues indésirables sur le lieu de travail ou ailleurs. La ménopause n'est certes pas la période la plus agréable à vivre car il y a des moments où l'on est moins en forme, mais il faut se dire que cela n'est pas si grave. Cela ne signifie pas que l'on est fini*

- veel te weinig vrouwen gaan op consult bij een arts om symptomen te bestrijden;
- een groot aantal vrouwen krijgt te maken met schadelijke medische misvattingen als het aankomt op de behandeling van de menopauze;
- de gezondheidsrisico's van een niet behandelde menopauze zijn groot op het vlak van osteoporose en hart- en vaataandoeningen;
- een proactieve en individuele benadering is nodig tijdens consulten bij de gynaecoloog of de huisarts;
- er is meer waakzaamheid geboden voor reclameboodschappen over bepaalde middelen tegen de gevolgen van de menopauze;
- er moet meer informatie worden gegeven aan vrouwen over een regelmatig bezoek aan de gynaecoloog en over de menopauze, in het bijzonder in het begin, aan de hand van genuanceerde berichtgeving die vaak ongegronde angsten kan wegnemen;
- er moet een menopauzelabel worden ingevoerd in samenwerking met de actoren op het terrein om kwaliteitscriteria op te stellen in menopauzeklinieken zodat de materie professioneel kan worden benaderd;
- de impact van de menopauze op de afwezigheid van vrouwen op het werk moet in cijfers worden gemeten;
- bewustmaking van mannen is nodig bijvoorbeeld in het kader van EVRAS;
- de idee om menopauzecafés uit te bouwen en bekende persoonlijkheden in te zetten voor een mediacampagne en om de mythes rond menopauze weg te nemen, zoals in Canada of het Verenigd Koninkrijk.

Ik maak van de gelegenheid gebruik om hier een oproep te lanceren aan de geïnteresseerde senatrices.

Kortom, we hebben geprobeerd een steentje bij te dragen aan dit debat. We zijn verheugd dat het voorstel eenparig werd aangenomen in het Adviescomité dankzij de bijdragen van eenieder. Laten we hopen dat die eenparigheid ook bereikt wordt in de plenaire zitting van vandaag. Zo kan de Senaat vandaag, op 8 maart, aan alle vrouwen een belangrijk en nuttig signaal geven.

Mevrouw Annick Lambrecht (Vooruit). – Het verheugt me dat mevrouw Brouwers met enthousiasme het initiatief rond het thema menopauze heeft genomen en hierover op een bepaald moment in het magazine *Knack* een interview heeft gegeven, want hoe meer hierover gesproken wordt, hoe beter. Gelukkig is dat in de huidige legislatuur al in zekere mate gelukt dankzij een aantal collega's, maar ook dankzij het werk van mevrouw Brouwers en alle vrouwen, en mannen, die haar daarin gevuld zijn. Menopauze is een van de overblijvende taboes die we nog moeten doorbreken. Dit gaat niet alleen over grijze, bejaarde vrouwen die niets meer te betekenen hebben in het werkveld of op andere plaatsen. Ik voel mij persoonlijk aangesproken om dat thema op de agenda te zetten en aan te tonen dat je niet bent afgeschreven als je in de menopauze zit maar dat het wel zo

en tant que femme. Le groupe Vooruit soutient donc pleinement le texte à l'examen.

J'aimerais insister sur plusieurs points qui nous paraissent très importants. La sensibilisation et l'information sont certes essentiels – et nous y contribuons aujourd'hui – mais il faut aussi davantage d'évaluation. Je suis certaine que beaucoup ne connaissent pas le mot « péréménopause » et sont tentés d'ironiser à cet égard. Plus nous emploierons cet mot, plus il sera connu et vulgarisé.

La consultante en ménopause joue un rôle important dans la mesure où l'on peut se confier à elle et lui parler en toute confiance.

Un volet important de la proposition concerne les coûts de la (péri)ménopause, qui sont bien réels. Il est important de savoir qu'ils existent et de voir dans quelle mesure ils peuvent être pris en charge.

Il est certain qu'il faut consacrer davantage d'études scientifiques à cette problématique et aussi renforcer la formation et la sensibilisation, surtout parmi les prestataires de soins de santé et les médecins eux-mêmes, mais aussi auprès des organismes assureurs, des employeurs et du grand public.

Mesurer, c'est savoir : nous ne disposerons jamais d'assez d'informations pour étayer nos expériences sur le sujet, et c'est pourquoi il faudrait demander à la Commission européenne de faire réaliser des études sur le sujet afin de collecter un maximum de données.

Pour Vooruit, il était très important que le texte aborde aussi la problématique de la ménopause sur le lieu de travail, car toutes les femmes ménopausées ne sont pas à la maison en train de profiter de leur retraite. Beaucoup d'entre elles sont encore actives professionnellement et c'est donc à juste titre que les partenaires sociaux sont appelés à participer à l'élaboration d'une politique en matière de ménopause sur le lieu de travail. C'est un aspect important non seulement pour le travailleur, mais aussi pour l'employeur car si une personne peut continuer à travailler plus longtemps dans de bonnes conditions et dans le respect de son bien-être, alors tout le monde est gagnant.

La campagne menée auprès des entités fédérées et par des Flamands connus a fait légitimement l'objet d'une vaste publicité.

Je pense en effet que ce thème mérite vraiment qu'on lui accorde toute l'attention nécessaire et que cela sera bénéfique aussi, et surtout, pour les générations qui nous succéderont. Aujourd'hui, nous lui donnons une visibilité. La ménopause est une problématique à laquelle chaque femme est confrontée, mais elle est encore trop souvent tournée en dérision, c'est regrettable. Il faut parfois du temps pour que les choses bougent, il en sera de même ici. Mais je ne doute pas que d'ici quelques années, les mentalités auront évolué et que nous parviendrons à briser le tabou qui entoure la problématique de la ménopause.

Je me réjouis vivement que nous puissions, avec le groupe Vooruit, contribuer un tant soit peu à la réalisation de cet objectif et je puis vous assurer que notre soutien est plus que sincère.

is dat je dan niet altijd even goed of op iedere moment mee kan en dat dit niet erg is. Vooruit steunt dus ten volle wat voorligt.

Ik wil graag een aantal zaken benadrukken die voor ons van groot belang zijn. De sensibilisering en de bewustwording rond het thema – waartoe we ook vandaag bijdragen – is belangrijk, maar er moet ook meer evaluatie zijn. Ik ben zeker dat veel mensen het woord ‘perimenopauze’ niet kennen en hierover wat lacherig doen. Hoe meer wij het gebruiken en aanhalen, hoe meer het gekend zal zijn en ook door anderen zal worden gebruikt.

De menopauseconsulent is belangrijk zodat je een plaats hebt waar je naartoe kan gaan en waar je in alle vertrouwen kan praten.

Een groot luik van het voorstel gaat over de kosten van de (peri)menopauze. Het is belangrijk dat we weten dat die kosten er zijn en gedragen kunnen worden en hoeveel we daarvoor kunnen terugkrijgen, net als bij andere zaken.

Er is zeker nood aan meer wetenschappelijk onderzoek, meer opleiding, meer bewustwording en vooral bij zorgverleners en bij artsen zelf – hiervan hebben we enkele voorbeelden gehoord – maar ook bij verzekeringsinstellingen, bij werkgevers en bij het brede publiek.

Meten is weten: we kunnen niet over genoeg informatie beschikken omtrent het thema om ónze ervaringen te staven en daarom is het ook goed dat we studies vragen bij de Europese Commissie om gegevens te verzamelen.

Voor ons als Vooruit was het heel belangrijk dat er een luik was over de werkvloer want het is zeker niet zo dat vrouwen in de menopause allemaal met pensioen thuis zitten. Vele van hen bevinden zich op de werkvloer en er wordt dan ook terecht advies gevraagd aan de sociale partners om een menopausebeleid op te stellen voor de werkvloer. Dat is niet enkel belangrijk voor de werknemer maar ook voor de werkgever, want als wij veel langer in goede omstandigheden, met aandacht voor hoe we ons voelen, kunnen blijven werken, dan heeft iedereen daar baat bij.

De campagne bij de deelstaten en door bekende Vlamingen werd uitvoerig en terecht belicht.

Kortom, ik vind de aandacht voor dit thema samen met veel anderen belangrijk, vooral ook voor de generaties die na ons komen. Wij zetten het nu op de kaart. Iedere vrouw heeft ermee te maken maar jammer genoeg wordt hierover nog te vaak lacherig en smalend gedaan. Soms heeft iets tijd nodig en dat is bij het menopausebeleid niet anders, maar ik ben zeker dat we over een aantal jaren al veel verder zullen staan in de algemene ervaring en vooral in het weghalen van het thema uit de taboesfeer.

Ik ben heel blij dat we als Vooruit hiertoe een kleine bijdrage kunnen leveren en onze steun is meer dan oproecht.

M. André Antoine (Les Engagés). – C'est avec conviction et enthousiasme que je prends la parole, même si je me substitue à ma collègue Anne-Catherine Goffinet, retenue par d'autres tâches, qui avait cosigné ce document extrêmement important.

Madame la Présidente, vous ne m'en voudrez pas de m'adresser d'abord à notre collègue Karin Brouwers qui a eu l'audace et l'intelligence de mettre ce débat dans l'actualité politique voici déjà quelques mois. Et elle est revenue à la charge avec ténacité et conviction pour que nous puissions les uns et les autres pas seulement vous, Mesdames, mais aussi un modeste homme parlementaire, nous exprimer sur le sujet.

Je vous en remercie sincèrement, Madame Brouwers, parce que vous avez permis à notre assemblée de se rendre utile, après un travail de très grande qualité. C'est important de le rappeler à un moment où d'autres désertent ses sièges. Ce travail a permis la tenue d'auditions qui nous ont ouvert les yeux et l'excellent rapport, dont je remercie les auteurs, permet à celles et ceux – dont je suis – qui n'ont pas pu participer aux travaux, de découvrir toute la richesse des commentaires, des conclusions et des suggestions y formulées. Franchement, Madame Brouwers, vous avez mis ce thème dans l'actualité politique, ce qui permettra de sensibiliser et de conscientiser la population jeune et moins jeune à cette réalité vécue par la moitié de celle-ci.

Il s'agira à terme que chaque femme puisse être préparée en amont à pouvoir identifier les symptômes de la ménopause afin d'être prise en charge de la manière la plus efficiente possible avec, espérons-le, des traitements efficaces.

Cette période de la vie d'une femme qui, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie, est souvent devenue la période la plus longue de la vie, plus longue même que la période féconde, a été trop longtemps passée sous silence, moquée, snobée. En évoquant l'ordre du jour hier dans une réunion publique, j'ai même surpris un certain nombre de participants, étonnés que le Sénat s'empare du problème de société fondamental qu'est la ménopause.

Nous pouvons nous réjouir aujourd'hui de traiter ce sujet avec le sérieux qui s'impose. En effet, la ménopause est malheureusement trop souvent passée sous silence, non seulement par les politiques, mais aussi par les professionnels de la santé, par les chercheurs et, oserais-je dire, par les entreprises, sinon par la population elle-même. Le manque de connaissance sur la ménopause ainsi que le manque d'information adéquate et nuancée sur le sujet expliquent tristement que les symptômes de cette ménopause ne sont pas reconnus assez rapidement.

Et pourtant, ces symptômes peuvent s'avérer très invalidants, handicapants même, particulièrement pour les femmes qui travaillent alors que les risques pour la santé liés à la non-prise en charge de la ménopause sont importants. Il suffit d'évoquer les maladies cardiovasculaires ou l'ostéoporose.

Notre Constitution le proclame pourtant : chacun et chacune a le droit à la protection de la santé et à l'aide médicale. Nous appelons donc aujourd'hui – et je pense que le Sénat est unanime à cet égard – les gouvernements et les administrations, aux différents niveaux de pouvoir, à mettre

De heer André Antoine (Les Engagés). – Het is met overtuiging en enthousiasme dat ik het woord neem, ook al vervang ik mijn collega Anne-Catherine Goffinet, die verhinderd is door andere verplichtingen en dit uiterst belangrijke document mee heeft ondertekend.

Mevrouw de voorzitster, met uw goedvinden richt ik mij eerst tot onze collega Karin Brouwers, die enkele maanden geleden zo moedig en verstandig was om dit debat op de politieke agenda te zetten. Ze is naar het strijdperk teruggekeerd met volharding en overtuiging, zodat we ons allemaal over dit onderwerp kunnen uitspreken, niet alleen u, dames, maar ook een bescheiden mannelijk parlementslid.

Ik dank u oprocht, mevrouw Brouwers, omdat u onze vergadering in staat heeft gesteld zich nuttig te maken, na uitstekend werk. Het is belangrijk dit te benadrukken op een moment dat anderen verkiezen hun zetel in de Senaat te verlaten. Door dit werk hebben we hoorzittingen kunnen houden die ons de ogen hebben geopend, en het uitstekende verslag, waarvoor ik de rapporteurs bedank, stelt diegenen – waaronder ikzelf – die niet aan de werkzaamheden hebben kunnen deelnemen in staat om de schat aan opmerkingen, conclusies en suggesties die zijn geformuleerd, te ontdekken. In alle eerlijkheid, mevrouw Brouwers, u hebt deze kwestie op de politieke agenda geplaatst, wat zal bijdragen tot een grotere bewustwording van de bevolking, jong en oud, ten aanzien van deze realiteit die de helft van de bevolking ervaart.

Uiteindelijk is het de bedoeling dat elke vrouw voorbereid is om de symptomen van de menopauze te herkennen, zodat ze zo goed mogelijk kan worden verzorgd, met behandelingen die hopelijk een verschil kunnen maken.

Deze periode in het leven van een vrouw die, gelet op de stijgende levensverwachting, vaak de langste periode van het leven is geworden, zelfs langer dan de vruchtbare periode, werd te lang in stilzwijgen gehuld, bespot en weggewuifd. Toen ik het gisteren op een openbare vergadering over de agenda had, waren zelfs een aantal deelnemers verbaasd dat de Senaat aandacht besteedt aan de menopauze, die een fundamenteel maatschappelijk probleem vormt.

Vandaag kunnen we ons gelukkig prijzen dat dit onderwerp wordt behandeld met de ernst die het verdient. Helaas wordt de menopauze maar al te vaak genegeerd, niet alleen door politici, maar ook door gezondheidswerkers, onderzoekers en bedrijven, of zelfs door het grote publiek. Het gebrek aan kennis over de menopauze en het ontbreken van adequate, genuanceerde informatie daarover zorgen er spijtig genoeg voor dat de symptomen van de menopauze niet snel genoeg worden herkend.

Nochtans kunnen deze symptomen zeer belemmerend werken, en zelfs een handicap vormen, vooral voor werkende vrouwen, terwijl de gezondheidsrisico's die gepaard gaan met het niet behandelen van de menopauze aanzienlijk zijn. Denken we maar aan hart- en vaatziekten en osteoporose.

Onze Grondwet verkondigt nochtans dat iedereen recht heeft op bescherming van de gezondheid en geneeskundige bijstand. Daarom roepen we vandaag – en ik denk dat de

tout en œuvre pour pouvoir disposer dorénavant de connaissances spécifiques des problèmes physiques et mentaux liés au corps féminin. Jusqu'ici, cela n'a pas été le cas. Et c'est tout l'intérêt de notre démarche aujourd'hui.

Nous espérons vraiment que lors de la prochaine législature, c'est-à-dire d'ici quelques semaines, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé en mesurera toute l'importance et s'impliquera prioritairement dans la réalisation de ce travail. Comme d'autres l'ont dit avant moi, il faudra notamment et impérativement s'atteler à encourager les hôpitaux à développer des cliniques de la ménopause qui satisfont aux critères de qualité pour une prise en charge globale des conséquences de la ménopause et qui adoptent, à l'égard de la santé féminine, une approche individuelle intégrale.

Il faut reconnaître et protéger la profession de consultante en ménopause et rendre la formation de consultante en ménopause accessible financièrement et surtout géographiquement. Comme d'autres, j'ai découvert dans le rapport cette fonction dont j'ignorais l'existence, et qui est pourtant très significative.

Nous devons aussi tenir un plaidoyer auprès des instances européennes afin d'imposer un équilibre entre les genres dans la composition du groupe des participants aux essais menés par la recherche clinique sur de nouveaux médicaments, ainsi qu'une ventilation par sexe des résultats des études cliniques.

Enfin, les entités fédérées devront mener des campagnes de médiatisation et d'information ciblées sur ce qu'est la ménopause, pour la sortir du silence et de l'omerta dont elle souffre depuis tant d'années.

En cette année électorale, nous invitons tous les partis à intégrer cette problématique dans leur programme électoral et celles et ceux qui seront appelés à négocier, à ne pas l'oublier lorsqu'il s'agira d'établir les programmes gouvernementaux. Cela doit être une priorité pour l'avenir.

Madame la Présidente, je voudrais revenir sur les propos que vous avez tenus tout à l'heure en tant que parlementaire. Ils m'ont fait plaisir, comme les débats de ce matin, parce qu'ils m'ont rappelé toute l'utilité du Sénat. Bien sûr que nous pourrions, que nous devrions faire mieux ! Je me suis déjà exprimé sur ce terrain du dialogue entre les Communautés et les Régions. Mais vous m'avez fait plaisir parce que vous avez dénoncé à raison celles et ceux qui sont absents, qui se présentent à l'élection et qui n'assument pas ensuite leurs tâches de parlementaires. Fuir la démocratie, c'est la desservir !

- La discussion est close.
- Il sera procédé ultérieurement au vote sur la proposition de résolution.

Prise en considération de propositions

Mme la présidente. – La liste des propositions à prendre en considération a été communiquée par voie électronique.

Senaat het hier unaniem over eens is – de regeringen en overheden van de verschillende bestuursniveaus op om alles in het werk te stellen om voortaan over specifieke kennis te beschikken over de lichamelijke en mentale problemen waarmee vrouwen te maken hebben. Tot nu toe was dat niet het geval. Dat is precies waar het hier vandaag om gaat.

We hopen ten zeerste dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) tijdens de volgende zittingsperiode het belang hiervan zal erkennen en voorrang zal geven aan deze opdracht. Zoals anderen al vóór mij hebben gezegd, is het cruciaal dat we ziekenhuizen aanmoedigen om menopauze-centra op te zetten die voldoen aan de kwaliteitscriteria voor een allesomvattende aanpak van de gevolgen van de menopauze en die een holistische, individuele benadering van de gezondheid van vrouwen hanteren.

We moeten het beroep van menopauzeconsulente erkennen en beschermen en de opleiding tot menopauzeconsulente financieel en vooral geografisch toegankelijk maken. Net als anderen heb ik in het verslag het bestaan van deze functie ontdekt, terwijl dit beroep nochtans zeer betekenisvol is.

Ook moeten we bij de Europese instanties aandringen op een genderevenwicht in de samenstelling van de groep deelnemers aan klinisch onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen en op een uitsplitsing naar geslacht van de resultaten van klinische studies.

Ten slotte moeten de deelstaten gerichte media- en informatiecampagnes voeren over de menopauze, zodat we dit thema uit het stilzwijgen en de taboesfeer kunnen halen waarmee het al zoveel jaren te maken heeft gehad.

In dit verkiezingsjaar roepen we alle partijen op om dit onderwerp in hun verkiezingsprogramma's op te nemen en diegenen die aan de onderhandelingstafel zullen plaatsnemen om dit thema niet te vergeten bij het uitwerken van de regeringsprogramma's. Dit moet een prioriteit zijn voor de toekomst.

Mevrouw de voorzitster, ik wil graag terugkomen op wat u eerder als parlementslid hebt gezegd. Deze woorden deden mij, net als de debatten van vanochtend, veel genoegen, omdat ze mij herinnerden aan het nut van de Senaat. Natuurlijk kunnen en moeten we het beter doen! Ik heb het al gehad over de dialoog tussen de Gemeenschappen en de Gewesten. U heeft mij echter aangenaam verrast omdat u de afwezigheid van diegenen die zich verkiebaar stellen en vervolgens hun taken als parlementsleden niet vervullen, terecht aan de kaak heeft gesteld. Zich ontrekken aan de democratie betekent zoveel als haar tekortdoen!

- De bespreking is gesloten.
- De stemming over het voorstel van resolutie heeft later plaats.

Inoverwegningneming van voorstellen

De voorzitster. – De lijst van de in overweging te nemen voorstellen werd elektronisch meegedeeld.

Y a-t-il des observations ?

Puisqu'il n'y a pas d'observations, ces propositions sont considérées comme prises en considération et renvoyées à la commission indiquée par le Bureau.

(*La liste des propositions prises en considération figure en annexe.*)

Votes

(*Les listes nominatives figurent en annexe.*)

Proposition de résolution relative à l'amélioration de l'accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) (de M. Orry Van de Wauwer et consorts ; Doc. 7-453)

Vote n° 1

Présents : 32

Pour : 32

Contre : 0

Abstentions : 0

– La proposition de résolution est adoptée.

– La résolution sera communiquée au premier ministre, au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, à la présidente de la Chambre des représentants, aux ministres-présidents des Communautés et des Régions, ainsi qu'aux présidents des parlements des Communautés et des Régions.

Proposition de résolution relative à une approche complémentaire culturelle et non médicamenteuse dans le cadre de l'offre de soins dans le domaine de la santé mentale et plus particulièrement le « caring museum » (de M. Julien Uyttendaele et consorts ; Doc. 7-482)

Vote n° 2

Présents : 32

Pour : 26

Contre : 0

Abstentions : 6

– La proposition de résolution est adoptée.

– La résolution sera communiquée au premier ministre, au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, à la présidente de la Chambre des représentants, aux ministres-présidents des Communautés et des Régions, ainsi qu'aux présidents des parlements des Communautés et des Régions.

Proposition de résolution visant à prendre en compte le sexe et le genre dans le domaine de la santé (de Mme Latifa Gahouchi et consorts ; Doc. 7-421)

Vote n° 3

Présents : 32

Pour : 32

Contre : 0

Zijn er opmerkingen?

Aangezien er geen opmerkingen zijn, beschouw ik die voorstellen als in overweging genomen en verzonden naar de commissies die door het Bureau zijn aangewezen.

(*De lijst van de in overweging genomen voorstellen wordt in de bijlage opgenomen.*)

Stemmingen

(*De naamlijsten worden in de bijlage opgenomen.*)

Voorstel van resolutie over de betere toegankelijkheid tot PrEP-medicatie (van de heer Orry Van de Wauwer c.s.; Doc. 7-453)

Stemming nr. 1

Aanwezig: 32

Voor: 32

Tegen: 0

Onthoudingen: 0

– Het voorstel van resolutie is aangenomen.

– De resolutie zal worden overgezonden aan de eerste minister, aan de vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, aan de voorzitster van de Kamer van volksvertegenwoordigers, aan de minister-presidenten van de Gemeenschappen en de Gewesten en aan de voorzitters van de parlementen van de Gemeenschappen en de Gewesten.

Voorstel van resolutie betreffende een aanvullende culturele en niet-medicamenteuze benadering in het zorgaanbod op het gebied van geestelijke gezondheid, in het bijzonder het “caring museum” (van de heer Julien Uyttendaele c.s.; Doc. 7-482)

Stemming nr. 2

Aanwezig: 32

Voor: 26

Tegen: 0

Onthoudingen: 6

– Het voorstel van resolutie is aangenomen.

– De resolutie zal worden overgezonden aan de eerste minister, aan de vice-eersteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, aan de voorzitster van de Kamer van volksvertegenwoordigers, aan de minister-presidenten van de Gemeenschappen en de Gewesten en aan de voorzitters van de parlementen van de Gemeenschappen en de Gewesten.

Voorstel van resolutie om inzake gezondheid rekening te houden met geslacht en gender (van mevrouw Latifa Gahouchi c.s.; Doc. 7-421)

Stemming nr. 3

Aanwezig: 32

Voor: 32

Tegen: 0

Abstentions : 0

- La proposition de résolution est adoptée.
- La résolution sera communiquée au premier ministre, au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, à la secrétaire d'État à l'Égalité des genres, à l'Égalité des chances et à la Diversité, à la présidente de la Chambre des représentants, aux ministres-présidents des Communautés et des Régions, ainsi qu'aux présidents des parlements des Communautés et des Régions.

Proposition de résolution visant à définir une politique en matière de ménopause (de Mme Karin Brouwers et consorts ; Doc. 7-422)

Vote n° 4

Présents : 32

Pour : 32

Contre : 0

Abstentions : 0

- La proposition de résolution est adoptée.

- La résolution sera communiquée au premier ministre, au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, à la présidente de la Chambre des représentants, aux ministres-présidents des Communautés et des Régions, ainsi qu'aux présidents des parlements des Communautés et des Régions.

Ordre des travaux

Mme la présidente. – L'ordre du jour de la présente séance est ainsi épuisé.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 19 avril 2024.

(*La séance est levée à 12 h 55.*)

Excusés

Mme Hoessen, en congé de maternité, Mmes Claes, Coudyser, De Vreese, Grosemans, Perdaens, Sminate, Laruelle, Lekane, Yigit, Ahallouch, Blancquaert, Van dermeersch et Tahar et MM. Demesmaeker, Gryffroy, Vanlouwe, Schiltz, Schonbrodt, D'Haese, Léonard, Buysse, De Brabandere, D'haeseleer, Pieters, Slootmans, pour d'autres devoirs, demandent d'excuser leur absence à la présente séance.

- Pris pour information.

Onthoudingen: 0

- Het voorstel van resolutie is aangenomen.
- De resolutie zal worden overgezonden aan de eerste minister, aan de vice-earsteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, aan de staatssecretaris voor Gendergelijkheid, Gelijke Kansen en Diversiteit, aan de voorzitster van de Kamer van volksvertegenwoordigers, aan de minister-presidenten van de Gemeenschappen en de Gewesten en aan de voorzitters van de parlementen van de Gemeenschappen en de Gewesten.

Voorstel van resolutie teneinde een menopauzebeleid uit te stippelen (van mevrouw Karin Brouwers c.s.; Doc. 7-422)

Stemming nr. 4

Aanwezig: 32

Voor: 32

Tegen: 0

Onthoudingen: 0

- Het voorstel van resolutie is aangenomen.

- De resolutie zal worden overgezonden aan de eerste minister, aan de vice-earsteminister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, aan de voorzitster van de Kamer van volksvertegenwoordigers, aan de minister-presidenten van de Gemeenschappen en de Gewesten en aan de voorzitters van de parlementen van de Gemeenschappen en de Gewesten.

Regeling van de werkzaamheden

De voorzitster. – De agenda van deze vergadering is afgewerkt.

De volgende vergadering vindt plaats op vrijdag 19 april 2024.

(*De vergadering wordt gesloten om 12.55 uur.*)

Berichten van verhinderung

Afwezig met bericht van verhinderung: mevrouw Hoessen, met moederschapsverlof, de dames Claes, Coudyser, De Vreese, Grosemans, Perdaens, Sminate, Laruelle, Lekane, Yigit, Ahallouch, Blancquaert, Van dermeersch en Tahar en de heren Demesmaeker, Gryffroy, Vanlouwe, Schiltz, Schonbrodt, D'Haese, Léonard, Buysse, De Brabandere, D'haeseleer, Pieters, Slootmans, wegens andere plichten.

- Voor kennisgeving aangenomen.

Annexe

Bijlage

Votes nominatifs

Vote n° 1

Présents : 32

Pour : 32

Contre : 0

Abstentions : 0

Pour

Ampe Els, Anciaux Bert, Antoine André, Ben Chikha Fourat, Brouwers Karin, Coenegrachts Steven, Courard Philippe, D'Hose Stephanie, Daems Rik, De Loor Kurt, Demeuse Rodrigue, De Roo Stijn, Dodrimont Philippe, Durenne Véronique, Eerdekkens Jean-Frédéric, El Yousfi Nadia, Freches Gregor, Gahouchi Latifa, Hermant Antoine, Lambrecht Annick, Masai France, Pauthier Isabelle, Poelaert Kris, Ryckmans Hélène, Steenwegen Chris, Tahar Farida, Uyttendaele Julien, Van de Wauwer Orry, Vandenhove Ludwig, Van Goidsenhoven Gaëtan, Van Rompuy Peter, Wahl Jean-Paul

Vote n° 2

Présents : 32

Pour : 26

Contre : 0

Abstentions : 6

Pour

Anciaux Bert, Antoine André, Ben Chikha Fourat, Coenegrachts Steven, Courard Philippe, D'Hose Stephanie, Daems Rik, De Loor Kurt, Demeuse Rodrigue, Dodrimont Philippe, Durenne Véronique, Eerdekkens Jean-Frédéric, El Yousfi Nadia, Freches Gregor, Gahouchi Latifa, Hermant Antoine, Lambrecht Annick, Masai France, Pauthier Isabelle, Ryckmans Hélène, Steenwegen Chris, Tahar Farida, Uyttendaele Julien, Vandenhove Ludwig, Van Goidsenhoven Gaëtan, Wahl Jean-Paul

Abstention

Ampe Els, Brouwers Karin, De Roo Stijn, Poelaert Kris, Van de Wauwer Orry, Van Rompuy Peter

Vote n° 3

Présents : 32

Pour : 32

Contre : 0

Abstentions : 0

Pour

Ampe Els, Anciaux Bert, Antoine André, Ben Chikha Fourat, Brouwers Karin, Coenegrachts Steven, Courard Philippe, D'Hose Stephanie, Daems Rik, De Loor Kurt, Demeuse Rodrigue, De Roo Stijn, Dodrimont Philippe, Durenne Véronique, Eerdekkens Jean-Frédéric, El Yousfi Nadia, Freches Gregor, Gahouchi Latifa, Hermant Antoine, Lambrecht Annick, Masai France, Pauthier Isabelle, Poelaert Kris, Ryckmans Hélène, Steenwegen Chris, Tahar Farida, Uyttendaele Julien, Van de Wauwer Orry, Vandenhove Ludwig, Van Goidsenhoven Gaëtan, Van Rompuy Peter, Wahl Jean-Paul

Vote n° 4

Présents : 32

Pour : 32

Contre : 0

Abstentions : 0

Pour

Ampe Els, Anciaux Bert, Antoine André, Ben Chikha Fourat, Brouwers Karin, Coenegrachts Steven, Courard Philippe, D'Hose Stephanie, Daems Rik, De Loor Kurt, Demeuse Rodrigue, De Roo Stijn, Dodrimont Philippe, Durenne Véronique, Eerdekkens Jean-Frédéric, El Yousfi Nadia, Freches Gregor, Gahouchi Latifa, Hermant Antoine, Lambrecht Annick, Masai France, Pauthier Isabelle, Poelaert Kris, Ryckmans Hélène, Steenwegen Chris, Tahar Farida, Uyttendaele Julien, Van de Wauwer Orry, Vandenhove Ludwig, Van Goidsenhoven Gaëtan, Van Rompuy Peter, Wahl Jean-Paul

Naamstemmingen

Stemming nr. 1

Aanwezig: 32

Voor: 32

Tegen: 0

Onthoudingen: 0

Voor

Stemming nr. 2

Aanwezig: 32

Voor: 26

Tegen: 0

Onthoudingen: 0

Voor

Onthouding

Stemming nr. 3

Aanwezig: 32

Voor: 32

Tegen: 0

Onthoudingen: 0

Voor

Stemming nr. 4

Aanwezig: 32

Voor: 32

Tegen: 0

Onthoudingen: 0

Voor

Propositions prises en considération

Propositions de résolution

Proposition de résolution pour l'établissement d'une politique intégrée renforçant le droit universel à l'alimentation et favorisant l'application du modèle de la Sécurité sociale de l'alimentation (de Mme Farida Tahar,
M. Ludwig Vandenhove, Mme Fatima Ahallouch,
M. Chris Steenwegen et Mme Hélène Ryckmans ;
Doc. 7-523/1).

– Commission des Matières transversales

Proposition de résolution visant à maintenir et à renforcer l'accès aux guichets physiques et humains dans les services publics d'intérêt général (de Mme Farida Tahar,
MM. Ludwig Vandenhove, Philippe Courard et
Chris Steenwegen et Mme Hélène Ryckmans ; Doc. 7-524/1).

– Commission du Renouveau démocratique, de la Citoyenneté et des Affaires internationales

Proposition de résolution relative aux violations alarmantes et croissantes des droits humains commises par le régime iranien (de M. Orry Van de Wauwer, Mmes Annick Lambrecht et Latifa Gahouchi et MM. Gaëtan Van Goidsenhoven et Rik Daems ; Doc. 7-525/1).

– Commission du Renouveau démocratique, de la Citoyenneté et des Affaires internationales

Propositions de déclaration de révision de la Constitution

Proposition de déclaration de révision de la Constitution en vue de la transformation du Sénat en une assemblée de décision rassemblant les différentes entités du pays (de MM. Gaëtan Van Goidsenhoven, Georges-Louis Bouchez et Gregor Freches, Mme Sabine Laruelle, MM. Jean-Paul Wahl et Philippe Dodrimont et Mme Véronique Durenne ;
Doc. 7-519/1).

– Commission des Affaires institutionnelles

Proposition de déclaration de révision de la Constitution en vue de supprimer définitivement le Sénat et de transférer ses compétences à la Chambre des représentants (de Mme Els Ampe ; Doc. 7-526/1).

– Commission des Affaires institutionnelles

Propositions de révision du Règlement

Proposition de modification du Règlement du Sénat visant à consacrer la constitution de commissions délibératives entre sénateurs et citoyens tirés au sort (de MM. Rodrigue Demeuse et Chris Steenwegen et Mme Farida Tahar ; Doc. 7-520/1).

– Bureau

Proposition de modification des articles 25 et 66 du Règlement du Sénat quant au rôle des rapporteurs dans l'établissement des rapports d'information (de M. Gaëtan Van Goidsenhoven, Mme Sabine Laruelle,

In overweging genomen voorstellen

Voorstellen van resolutie

Voorstel van resolutie met het oog op een geïntegreerd beleid tot versterking van het universele recht op voeding en tot bevordering van de toepassing van het model van sociale voedselzekerheid (van mevrouw Farida Tahar, de heer Ludwig Vandenhove, mevrouw Fatima Ahallouch, de heer Chris Steenwegen en mevrouw Hélène Ryckmans; Doc. 7-523/1).

– Commissie voor de Transversale Aangelegenheden

Voorstel van resolutie teneinde de toegang tot fysieke en bemande loketten in openbare diensten van algemeen belang te behouden en uit te breiden (van mevrouw Farida Tahar, de heren Ludwig Vandenhove, Philippe Courard en Chris Steenwegen en mevrouw Hélène Ryckmans; Doc. 7-524/1).

– Commissie voor de Democratische Vernieuwing, Burgerschap en Internationale Aangelegenheden

Voorstel van resolutie betreffende de alarmerende en toenemende schendingen van de mensenrechten gepleegd door het Iraanse overheidsregime (van de heer Orry Van de Wauwer, de dames Annick Lambrecht en Latifa Gahouchi en de heren Gaëtan Van Goidsenhoven en Rik Daems; Doc. 7-525/1).

– Commissie voor de Democratische Vernieuwing, Burgerschap en Internationale Aangelegenheden

Voorstellen van verklaring tot herziening van de Grondwet

Voorstel van verklaring tot herziening van de Grondwet met het oog op de omvorming van de Senaat tot een besluitvormende vergadering die de verschillende entiteiten van het land samenbrengt (van de heren Gaëtan Van Goidsenhoven, Georges-Louis Bouchez en Gregor Freches, mevrouw Sabine Laruelle, de heren Jean-Paul Wahl en Philippe Dodrimont en mevrouw Véronique Durenne; Doc. 7-519/1).

– Commissie voor de Institutionele Aangelegenheden

Voorstel van verklaring tot herziening van de Grondwet om de Senaat definitief af te schaffen en de bevoegdheden over te dragen aan de Kamer van volksvertegenwoordigers (van mevrouw Els Ampe; Doc. 7-526/1).

– Commissie voor de Institutionele Aangelegenheden

Voorstellen tot herziening van het Reglement

Voorstel tot wijziging van het Reglement van de Senaat met het oog op de oprichting van deliberatieve commissies samengesteld uit senatoren en bij loting gekozen burgers (van de heren Rodrigue Demeuse en Chris Steenwegen en mevrouw Farida Tahar; Doc. 7-520/1).

– Bureau

Voorstel tot wijziging van de artikelen 25 en 66 van het Reglement van de Senaat met betrekking tot de rol van de rapporteurs bij het opstellen van de informatieverslagen (van de heer Gaëtan Van Goidsenhoven, mevrouw

M. Georges-Louis Bouchez, Mme Véronique Durenne et MM. Gregor Freches, Jean-Paul Wahl et Philippe Dodrimont ; Doc. **7-521/1**).

– Bureau

Proposition de modification du Règlement du Sénat en ce qui concerne les commissions mixtes et les panels citoyens (de M. Gaëtan Van Goidsenhoven, Mmes Latifa Gahouchi, Karin Brouwers et Stephanie D'Hose, MM. Georges-Louis Bouchez et Philippe Dodrimont, Mme Sabine Laruelle, M. Jean-Paul Wahl, Mme Véronique Durenne et M. Gregor Freches ; Doc. **7-522/1**).

– Bureau

Cour constitutionnelle – Arrêts

En application de l'article 113 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, le greffier de la Cour constitutionnelle notifie à la présidente du Sénat :

- l'arrêt n° 12/2024, rendu le 25 janvier 2024, en cause la question préjudicelle relative à l'article XX.174, alinéa 3, du Code de droit économique, posée par le tribunal de première instance de Louvain (numéro du rôle 7939) ;
- l'arrêt n° 13/2024, rendu le 25 janvier 2024, en cause les questions préjudicelles concernant l'article 39 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et les articles 103bis à 103*quinquies* de la loi de redressement du 22 janvier 1985 contenant des dispositions sociales, posées par la cour du travail de Liège, division de Liège (numéro du rôle 7952) ;
- l'arrêt n° 14/2024, rendu le 25 janvier 2024, en cause le recours en annulation des articles 2 à 5 du décret de la Région wallonne du 22 septembre 2022 suspendant les coupures et insérant un article 66/1 dans le décret du 12 avril 2001 relatif à l'organisation du marché régional de l'électricité et un article 2bis dans le décret du 19 décembre 2002 relatif à l'organisation du marché régional du gaz, introduit par l'ASBL Fédération belge des entreprises électriques et gazières (numéro du rôle 7977) ;
- l'arrêt n° 15/2024, rendu le 25 janvier 2024, en cause le recours en annulation partielle de l'article 103 de la loi du 22 novembre 2022 portant modification de la loi du 16 mars 1803 contenant organisation du notariat, introduisant un conseil de discipline pour les notaires et les huissiers de justice dans le code judiciaire et des dispositions diverses, en ce qu'il concerne le paragraphe 2, alinéa 2, première phrase, de l'article 555/5bis du Code judiciaire, inséré par l'article 103 précité, introduit par Niki Leys (numéro du rôle 8020) ;
- l'arrêt n° 16/2024, rendu le 25 janvier 2024, en cause la question préjudicelle concernant l'article 88, § 1^{er}, deuxième phrase, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, posée par la cour d'appel de Bruxelles (numéro

Sabine Laruelle, de heer Georges-Louis Bouchez, mevrouw Véronique Durenne en de heren Gregor Freches, Jean-Paul Wahl en Philippe Dodrimont; Doc. **7-521/1**).

– Bureau

Voorstel tot wijziging van het Reglement van de Senaat met betrekking tot de gemengde commissies en de burgerpanels (van de heer Gaëtan Van Goidsenhoven, de dames Latifa Gahouchi, Karin Brouwers en Stephanie D'Hose, de heren Georges-Louis Bouchez en Philippe Dodrimont, mevrouw Sabine Laruelle, de heer Jean-Paul Wahl, mevrouw Véronique Durenne en de heer Gregor Freches; Doc. **7-522/1**).

– Bureau

Grondwettelijk Hof – Arresten

Met toepassing van artikel 113 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, geeft de griffier van het Grondwettelijk Hof kennis aan de voorzitster van de Senaat van:

- het arrest nr. 12/2024, uitgesproken op 25 januari 2024, inzake de prejudiciële vraag betreffende artikel XX.174, derde lid, van het Wetboek van economisch recht, gesteld door de rechtbank van eerste aanleg te Leuven (rolnummer 7939);
- het arrest nr. 13/2024, uitgesproken op 25 januari 2024, inzake de prejudiciële vragen over artikel 39 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten en de artikelen 103bis tot 103*quinquies* van de herstelwet van 22 januari 1985 houdende sociale bepalingen, gesteld door het arbeidshof te Luik, afdeling Luik (rolnummer 7952);
- het arrest nr. 14/2024, uitgesproken op 25 januari 2024, inzake het beroep tot vernietiging van de artikelen 2 tot 5 van het decreet van het Waalse Gewest van 22 september 2022 tot opschorting van de afsluitingen en tot invoeging van een artikel 66/1 in het decreet van 12 april 2001 betreffende de organisatie van de gewestelijke elektriciteitsmarkt en een artikel 2bis in het decreet van 19 december 2002 betreffende de organisatie van de gewestelijke gasmarkt, ingesteld door de vzw Federatie van de Belgische elektriciteits- en gasbedrijven (rolnummer 7977);
- het arrest nr. 15/2024, uitgesproken op 25 januari 2024, inzake het beroep tot gedeeltelijke vernietiging van artikel 103 van de wet van 22 november 2022 tot wijziging van de wet van 16 maart 1803 op het notarisaat, tot invoering van een tuchtraad voor de notarissen en de gerechtsdeurwaarders in het Gerechtelijk Wetboek en diverse bepalingen, in zoverre het betrekking heeft op paragraaf 2, tweede lid, eerste zin, van het bij het voormelde artikel 103 ingevoegde artikel 555/5bis van het Gerechtelijk Wetboek, ingesteld door Niki Leys (rolnummer 8020);
- het arrest nr. 16/2024, uitgesproken op 25 januari 2024, inzake de prejudiciële vraag over artikel 88, § 1, tweede zin, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, gesteld door het hof van beroep te Brussel

- du rôle 8051) ;
- l’arrêt n° 17/2024, rendu le 1^{er} février 2024, en cause la question préjudiciale relative à l’article 198, § 1^{er}, premier tiret, du Code des sociétés (tel qu’il était d’application avant l’abrogation de ce Code par la loi du 23 mars 2019), posée par la Cour de cassation (numéro du rôle 7972) ;
 - l’arrêt n° 18/2024, rendu le 8 février 2024, en cause les questions préjudiciables concernant l’article 65/1, § 2, de la loi du 16 mars 1968 relative à la police de la circulation routière, tel qu’il a été remplacé par l’article 29, 2^o, de la loi du 28 novembre 2021, posées par le tribunal correctionnel du Hainaut, division de Mons (numéros du rôle 7934, 7967, 7968, 7969, 7970 et 7971) ;
 - l’arrêt n° 19/2024, rendu le 8 février 2024, en cause la question préjudiciale relative à l’article L1123-1 du Code de la démocratie locale et de la décentralisation, tel qu’il a été modifié par l’article 4 du décret de la Région wallonne du 7 septembre 2017 modifiant le Code de la démocratie locale et de la décentralisation en ce qui concerne les déclarations d’apparentement et de regroupement, posée par le Conseil d’État (numéro du rôle 7960) ;
 - l’arrêt n° 20/2024, rendu le 8 février 2024, en cause les questions préjudiciables concernant l’article 53, alinéa 2, des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970, posées par le tribunal du travail d’Anvers, division d’Anvers (numéro du rôle 7961) ;
 - l’arrêt n° 21/2024, rendu le 8 février 2024, en cause les questions préjudiciables relatives à l’article 275/5 du Code des impôts sur les revenus 1992, posées par la Cour de cassation (numéros du rôle 7973 et 7980) ;
 - l’arrêt n° 22/2024, rendu le 15 février 2024, en cause la question préjudiciale relative à l’article 312, § 2, de l’ancien Code civil, posée par le tribunal de la famille du tribunal de première instance du Hainaut, division de Mons (numéro du rôle 7918) ;
 - l’arrêt n° 23/2024, rendu le 15 février 2024, en cause la question préjudiciale relative à l’article 13, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi du 15 décembre 1980 sur l’accès au territoire, le séjour, l’établissement et l’éloignement des étrangers, posée par le Conseil d’État (numéro du rôle 7936) ;
 - l’arrêt n° 24/2024, rendu le 15 février 2024, en cause les questions préjudiciables relatives à l’article 908 de l’ancien Code civil, tel qu’il a été inséré par la loi du 17 mars 2013 et avant sa modification par la loi du 21 décembre 2018, posées par la Cour de cassation (numéro du rôle 7956) ;
 - l’arrêt n° 25/2024, rendu le 22 février 2024, en cause le recours en annulation de l’article 2, 1^o, de la loi du 28 février 2022 [relative] à la vaccination et à l’administration, par des pharmaciens exerçant au sein d’officines pharmaceutiques ouvertes au public, des vaccins autorisés dans le cadre de la prophylaxie du Covid-19, introduit par l’ASBL Association belge des syndicats
- (rolnummer 8051);
- het arrest nr. 17/2024, uitgesproken op 1 februari 2024, inzake de prejudiciële vraag betreffende artikel 198, § 1, eerste streepje, van het Wetboek van vennootschappen (zoals van toepassing vóór de opheffing van dat Wetboek bij de wet van 23 maart 2019), gesteld door het Hof van Cassatie (rolnummer 7972);
 - het arrest nr. 18/2024, uitgesproken op 8 februari 2024, inzake de prejudiciële vragen over artikel 65/1, § 2, van de wet van 16 maart 1968 betreffende de politie over het wegverkeer, zoals vervangen bij artikel 29, 2^o, van de wet van 28 november 2021, gesteld door de correctionele rechtbank Henegouwen, afdeling Bergen (rolnummers 7934, 7967, 7968, 7969, 7970 en 7971);
 - het arrest nr. 19/2024, uitgesproken op 8 februari 2024, inzake de prejudiciële vraag over artikel L1123-1 van het Wetboek van de plaatselijke democratie en de decentralisatie, zoals gewijzigd bij artikel 4 van het decreet van het Waalse Gewest van 7 september 2017 tot wijziging van het Wetboek van de plaatselijke democratie en decentralisatie voor wat betreft de verklaringen van appartenement of hergroepering, gesteld door de Raad van State (rolnummer 7960);
 - het arrest nr. 20/2024, uitgesproken op 8 februari 2024, inzake de prejudiciële vragen over artikel 53, tweede lid, van de wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit, gecoördineerd op 3 juni 1970, gesteld door de arbeidsrechtbank te Antwerpen, afdeling Antwerpen (rolnummer 7961);
 - het arrest nr. 21/2024, uitgesproken op 8 februari 2024, inzake de prejudiciële vragen betreffende artikel 275/5 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, gesteld door het Hof van Cassatie (rolnummers 7973 en 7980);
 - het arrest nr. 22/2024, uitgesproken op 15 februari 2024, inzake de prejudiciële vraag betreffende artikel 312, § 2, van het oud Burgerlijk Wetboek, gesteld door de familierechtbank van de rechtbank van eerste aanleg Henegouwen, afdeling Bergen (rolnummer 7918);
 - het arrest nr. 23/2024, uitgesproken op 15 februari 2024, inzake de prejudiciële vraag over artikel 13, § 1, tweede lid, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, gesteld door de Raad van State (rolnummer 7936);
 - het arrest nr. 24/2024, uitgesproken op 15 februari 2024, inzake de prejudiciële vragen betreffende artikel 908 van het oud Burgerlijk Wetboek, zoals ingevoegd bij de wet van 17 maart 2013 en vóór de wijziging ervan bij de wet van 21 december 2018, gesteld door het Hof van Cassatie (rolnummer 7956);
 - het arrest nr. 25/2024, uitgesproken op 22 februari 2024, inzake het beroep tot vernietiging van artikel 2, 1^o, van de wet van 28 februari 2022 houdende de vaccinatie en de toediening, door apothekers die hun beroep uitoefenen in voor het publiek opengestelde apotheken, van vaccins vergund voor de profylaxe van Covid-19, ingesteld door de vzw Belgische Vereniging van artsensyndicaten

- médicaux (numéro du rôle 7855) ;
- l’arrêt n° 26/2024, rendu le 22 février 2024, en cause le recours en annulation partielle de l’article 103, 7^e, du décret de la Région wallonne du 5 mai 2022 modifiant diverses dispositions en matière d’énergie dans le cadre de la transposition partielle des directives 2019/944/UE du 5 juin 2019 concernant des règles communes pour le marché intérieur de l’électricité et 2018/2001/UE du 11 décembre 2018 relative à la promotion de l’utilisation de l’énergie produite à partir de sources renouvelables et en vue d’adapter les principes relatifs à la méthodologie tarifaire, introduit par la Commission wallonne pour l’énergie (numéro du rôle 7966).
- **Pris pour notification.**
- ## Cour constitutionnelle – Questions préjudiciales
- En application de l’article 77 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, le greffier de la Cour constitutionnelle notifie à la présidente du Sénat :
- la question préjudicielle relative à l’article 10 du Code bruxellois du logement, posée par le Conseil d’État (numéro du rôle 8144) ;
 - la question préjudicielle relative aux articles 418, alinéa 1^{er}, et 419, alinéa 1^{er}, 4^e, du Code des impôts sur les revenus 1992 (tels qu’ils étaient applicables pour les exercices d’imposition 2015 et 2016), posée par la Cour de cassation (numéro du rôle 8147) ;
 - la question préjudicielle relative à l’article 533 du Code judiciaire, tel que cet article a été remplacé par l’article 2 de la loi du 7 janvier 2014, posée par la chambre francophone de la commission disciplinaire des huissiers de justice du ressort de la cour d’appel de Bruxelles (numéro du rôle 8149) ;
 - la question préjudicielle relative à l’article 10, § 1^{er}, de la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants, posée par le tribunal du travail d’Anvers, division de Tongres (numéro du rôle 8151) ;
 - la question préjudicielle relative aux articles 14546^{ter} et 14546^{quater} du Code des impôts sur les revenus 1992, tels qu’ils ont été insérés par l’article 17 du décret de la Région wallonne du 20 juillet 2016 relatif à l’octroi d’un avantage fiscal pour l’acquisition de l’habitation propre : le Chèque Habitat, posée par le tribunal de première instance de Liège, division de Liège (numéro du rôle 8153) ;
 - la question préjudicielle relative à l’article 269, § 2, du Code des impôts sur les revenus 1992, tels qu’il a été inséré par l’article 5, b), de la loi-programme du 28 juin 2013, posée par le tribunal de première instance de Liège, division de Liège (numéro du rôle 8154) ;
 - les questions préjudiciales relatives aux articles XX.107, § 1^{er}, et XX.108, § 3, du Code de droit économique, posées par le tribunal de l’entreprise de Gand, division de
- (rolnummer 7855);
- het arrest nr. 26/2024, uitgesproken op 22 februari 2024, inzake het beroep tot gedeeltelijke vernietiging van artikel 103, 7^e, van het decreet van het Waalse Gewest van 5 mei 2022 tot wijziging van verscheidene bepalingen inzake energie in het kader van de gedeeltelijke omzetting van richtlijnen 2019/944/EU van 5 juni 2019 betreffende gemeenschappelijke regels voor de interne markt voor elektriciteit en 2018/2001/EU van 11 december 2018 ter bevordering van het gebruik van energie uit hernieuwbare bronnen en met het oog op de aanpassing van de beginselen betreffende de tariefmethodologie, ingesteld door de Waalse Commissie voor energie (rolnummer 7966).
- **Voor kennisgeving aangenomen.**
- ## Grondwettelijk Hof – Prejudiciële vragen
- Met toepassing van artikel 77 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, geeft de griffier van het Grondwettelijk Hof aan de voorzitster van de Senaat kennis van:
- de prejudiciële vraag betreffende artikel 10 van de Brusselse Huisvestingscode, gesteld door de Raad van State (rolnummer 8144) ;
 - de prejudiciële vraag betreffende de artikelen 418, eerste lid, en 419, eerste lid, 4^e, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 (zoals van toepassing voor de aanslagjaren 2015 en 2016), gesteld door het Hof van Cassatie (rolnummer 8147) ;
 - de prejudiciële vraag betreffende artikel 533 van het Gerechtelijk Wetboek, zoals dat artikel werd vervangen bij artikel 2 van de wet van 7 januari 2014, gesteld door de Franstalige kamer van de tuchtcommissie van gerechtsdeurwaarders van het rechtsgebied van het hof van beroep te Brussel (rolnummer 8149) ;
 - de prejudiciële vraag betreffende artikel 10, § 1, van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen, gesteld door de arbeidsrechtbank te Antwerpen, afdeling Tongeren (rolnummer 8151) ;
 - de prejudiciële vraag betreffende de artikelen 14546^{ter} en 14546^{quater} van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, zoals ingevoegd bij artikel 17 van het decreet van het Waalse Gewest van 20 juli 2016 betreffende de toekenning van een fiscaal voordeel voor de aankoop van de eigen woning: de “Chèque Habitat” (woonchèque), gesteld door de rechbank van eerste aanleg Luik, afdeling Luik (rolnummer 8153) ;
 - de prejudiciële vraag betreffende artikel 269, § 2, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, zoals ingevoegd bij artikel 5, b), van de programmawet van 28 juni 2013, gesteld door de rechbank van eerste aanleg Luik, afdeling Luik (rolnummer 8154) ;
 - de prejudiciële vragen betreffende de artikelen XX.107, § 1, en XX.108, § 3, van het Wetboek van economisch recht, gesteld door de ondernemingsrechtbank te Gent, afdeling

- Termonde (numéro du rôle 8155) ;
- la question préjudicielle relative à l'article 187, § 1^{er}, alinéa 4, du Code d'instruction criminelle, posée par le tribunal de première instance de Liège, division de Liège (numéro du rôle 8159) ;
 - la question préjudicielle relative à l'article 3, § 1^{er}, 3^o, alinéa 2, de la loi du 19 juillet 1991 organisant la profession de détective privé, posée par le Conseil d'État (numéro du rôle 8160) ;
 - la question préjudicielle relative aux articles 464/1 et 464/30 du Code d'instruction criminelle, posée par le tribunal de l'application des peines du tribunal de première instance de Flandre orientale, division de Gand (numéro du rôle 8161) ;
 - les questions préjudicielles relatives à l'article 233*duodecies* du Code bruxellois du logement, posées par la juge de paix du canton de Molenbeek-Saint-Jean (numéro du rôle 8162) ;
 - la question préjudicielle relative à l'article 85, § 1^{er}, alinéa 3, du Code de la taxe sur la valeur ajoutée, posée par la cour d'appel d'Anvers (numéro du rôle 8165) ;
 - la question préjudicielle concernant l'article 7, § 3, de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, posée par le tribunal du travail francophone de Bruxelles (numéro du rôle 8166) ;
 - la question préjudicielle relative à l'article 51 du Code des impôts sur les revenus 1992, posée par la Cour de cassation (numéro du rôle 8167) ;
 - les questions préjudicielles relatives à l'article 2244, § 2, alinéa 4, 4^o, de l'ancien Code civil, posées par la cour du travail de Bruxelles (numéro du rôle 8168) ;
 - la question préjudicielle concernant l'article 65/1, § 8, de la loi du 16 mars 1968 relative à la police de la circulation routière, posée par le tribunal de police d'Anvers, division d'Anvers (numéro du rôle 8172).
- **Pris pour notification.**
- Dendermonde (rolnummer 8155);
- de prejudiciële vraag betreffende artikel 187, § 1, vierde lid, van het Wetboek van strafvordering, gesteld door de rechtkerk van eerste aanleg Luik, afdeling Luik (rolnummer 8159);
 - de prejudiciële vraag betreffende artikel 3, § 1, 3^o, tweede lid, van de wet van 19 juli 1991 tot regeling van het beroep van privé-detective, gesteld door de Raad van State (rolnummer 8160);
 - de prejudiciële vraag betreffende artikelen 464/1 en 464/30 van het Wetboek van strafvordering, gesteld door de strafuitvoeringsrechtbank van de rechtkerk van eerste aanleg Oost-Vlaanderen, afdeling Gent (rolnummer 8161);
 - de prejudiciële vragen betreffende artikel 233*duodecies* van de Brusselse Huisvestingscode, gesteld door de vrederechter van het kanton Sint-Jans-Molenbeek (rolnummer 8162);
 - de prejudiciële vraag betreffende artikel 85, § 1, derde lid, van het Wetboek van de belasting over de toegevoegde waarde, gesteld door het hof van beroep te Antwerpen (rolnummer 8165);
 - de prejudiciële vraag over artikel 7, § 3, van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, gesteld door de Franstalige arbeidsrechtbank te Brussel (rolnummer 8166);
 - de prejudiciële vraag betreffende artikel 51 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, gesteld door het Hof van Cassatie (rolnummer 8167);
 - de prejudiciële vragen betreffende artikel 2244, § 2, vierde lid, 4^o, van het oud Burgerlijk Wetboek, gesteld door het arbeidshof te Brussel (rolnummer 8168);
 - de prejudiciële vraag over artikel 65/1, § 8, van de wet van 16 maart 1968 betreffende de politie over het wegverkeer, gesteld door de politierechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen (rolnummer 8172).
- **Voor kennisgeving aangenomen.**

Cour constitutionnelle – Recours

En application de l'article 76 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, le greffier de la Cour constitutionnelle notifie à la présidente du Sénat :

- le recours en annulation de l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 5 octobre 2023 instituant une procédure d'instruction spécifique d'une demande de permis d'urbanisme relative à la déconstruction de l'intérieur du Palais du Midi et à la modification du permis délivré par le fonctionnaire délégué de la Région de Bruxelles-Capitale le 24 mai 2019 à la Société des transports intercommunaux de Bruxelles, introduit par l'ASBL Inter-Environnement Bruxelles et l'ASBL Atelier de recherche et d'action urbaines (numéro du rôle 8148) ;
- le recours en annulation partielle de l'article 5 de la loi du

Grondwettelijk Hof – Beroepen

Met toepassing van artikel 76 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, geeft de griffier van het Grondwettelijk Hof kennis aan de voorzitster van de Senaat van:

- het beroep tot vernietiging van de ordonnantie van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest van 5 oktober 2023 tot instelling van een specifieke behandelsprocedure van een stedenbouwkundige vergunningsaanvraag voor de ontmanteling van het interieur van het Zuidpaleis en voor de wijziging van de vergunning die op 24 mei 2019 door de gemachtigde ambtenaar van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest aan de Maatschappij voor het intercommunaal vervoer te Brussel werd afgeleverd, ingesteld door de vzw *Inter-Environnement Bruxelles* en de vzw *Atelier de recherche et d'action urbaines* (rolnummer 8148);
- het beroep tot gedeeltelijke vernietiging van artikel 5 van de

- 11 juillet 2023 modifiant les lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, introduit par Geert Lambrechts et autres (numéro du rôle 8150) ;
- le recours en annulation des articles 11 et 12 de la loi du 11 juillet 2023 modifiant les lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, introduit par l'ASBL *Aktiekomitee Red de Voorkempen* et autres (numéro du rôle 8152) ;
 - les recours en annulation totale ou partielle du décret de la Région flamande du 23 juin 2023 concernant « *wonen in eigen streek* » (habiter dans sa propre région), introduits par la SA Fremoluc et par l'ASBL Association de promotion des droits humains et des minorités (numéros du rôle 8156 et 8157, affaires jointes) ;
 - le recours en annulation partielle de l'article 58 de la loi-programme du 22 décembre 2023 (en ce qu'il concerne le paragraphe 3 de la rubrique XXXVII du tableau A de l'annexe à l'arrêté royal n° 20 du 20 juillet 1970 fixant les taux de la taxe sur la valeur ajoutée et déterminant la répartition des biens et des services selon ces taux), introduit par l'ASBL Union professionnelle du secteur immobilier et autres (numéro du rôle 8158) ;
 - le recours en annulation de l'article 23, § 1^{er}, 3^o, et § 2, du décret de la Communauté flamande du 16 juin 2023 relatif aux internats de l'enseignement, introduit par l'ASBL *Sint-Ignatius* (numéro du rôle 8163) ;
 - le recours en annulation des articles 5, 6 et 8 du décret de la Région flamande du 14 juillet 2023 modifiant le décret sur l'Énergie du 8 mai 2009 en ce qui concerne les activités des gestionnaires de réseau et portant abrogation de l'article 22 du décret du 2 avril 2021 modifiant le décret relatif à l'Énergie du 8 mai 2009 transposant partiellement la directive (UE) 2018/2001 du Parlement européen et du Conseil du 11 décembre 2018 relative à la promotion de l'utilisation de l'énergie produite à partir de sources renouvelables et transposant la directive (UE) 2019/944 du Parlement européen et du Conseil du 5 juin 2019 concernant des règles communes pour le marché intérieur de l'électricité et modifiant la directive 2012/27/UE, introduit par le Conseil des ministres (numéro du rôle 8170) ;
 - le recours en annulation et la demande de suspension de l'article 11 de la loi du 13 novembre 2023 portant des dispositions diverses en matière de santé, introduits par l'ASBL Association belge des syndicats médicaux et autres (numéro du rôle 8171) ;
 - le recours en annulation des articles 7, 3^o, 183, 2^o, et 184 de la loi-programme du 22 décembre 2023, introduit par l'ASBL *Federatie van de hotel-, restaurant-, caföhouders en aanverwanten van Vlaanderen* et autres (numéro du rôle 8176).
- **Pris pour notification.**
- wet van 11 juli 2023 tot wijziging van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, ingesteld door Geert Lambrechts en anderen (rolnummer 8150);
- het beroep tot vernietiging van de artikelen 11 en 12 van de wet van 11 juli 2023 tot wijziging van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, ingesteld door de vzw Aktiekomitee Red de Voorkempen en anderen (rolnummer 8152);
 - de beroepen tot vernietiging van het decreet van het Vlaamse Gewest van 23 juni 2023 over wonen in eigen streek, ingesteld door de nv Fremoluc en door de vzw *Association de promotion des droits humains et des minorités* (rolnummers 8156 en 8157, samengevoegde zaken);
 - het beroep tot gedeeltelijke vernietiging van artikel 58 van de programmawet van 22 december 2023 (in zoverre het betrekking heeft op paragraaf 3 van rubriek XXXVII van tabel A van de bijlage bij het koninklijk besluit nr. 20 van 20 juli 1970 tot vaststelling van de tarieven van de belasting over de toegevoegde waarde en tot indeling van de goederen en de diensten bij die tarieven betreft), ingesteld door de vzw Beroepsvereniging van de vastgoedsector en anderen (rolnummer 8158);
 - het beroep tot vernietiging van artikel 23, § 1, 3^o, en § 2, van het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 16 juni 2023 over de onderwijsinternaten, ingesteld door de vzw Sint-Ignatius (rolnummer 8163);
 - het beroep tot vernietiging van de artikelen 5, 6 en 8 van het decreet van het Vlaamse Gewest van 14 juli 2023 tot wijziging van het Energiedecreet van 8 mei 2009, wat de activiteiten van de netbeheerders betreft, en tot opheffing van artikel 22 van het decreet van 2 april 2021 tot wijziging van het Energiedecreet van 8 mei 2009 tot gedeeltelijke omzetting van richtlijn (EU) 2018/2001 van het Europees Parlement en de Raad van 11 december 2018 ter bevordering van het gebruik van energie uit hernieuwbare bronnen en tot omzetting van richtlijn (EU) 2019/944 van het Europees Parlement en de Raad van 5 juni 2019 betreffende gemeenschappelijke regels voor de interne markt voor elektriciteit en tot wijziging van richtlijn 2012/27/EU, ingesteld door de Ministerraad (rolnummer 8170);
 - het beroep tot vernietiging en de vordering tot schorsing van artikel 11 van de wet van 13 novembre 2023 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, ingesteld door de vzw Belgische Vereniging van artsensyndicaten en anderen (rolnummer 8171);
 - het beroep tot vernietiging van de artikelen 7, 3^o, 183, 2^o, en 184 van de programmawet van 22 december 2023, ingesteld door de vzw Federatie van de hotel-, restaurant-, caföhouders en aanverwanten van Vlaanderen en anderen (rolnummer 8176).
- **Voor kennisgeving aangenomen.**

Centre d'information et d'avis sur les organisations sectaire nuisibles

Par lettre du 16 février 2024, le président du Centre

Informatie- en adviescentrum inzake de schadelijke sektarische organisaties

Bij brief van 16 februari 2024 zendt de voorzitter van de

d'information et d'avis sur les organisations sectaires nuisibles transmet au Sénat, conformément à l'article 11 de la loi du 2 juin 1998 portant création d'un Centre d'information et d'avis sur les organisations sectaires nuisibles et d'une Cellule administrative de coordination de la lutte contre les organisations sectaires nuisibles, le rapport d'activités pour la période 2017-2023.

– Dépôt au Greffe.

Myria

Par lettre du 21 février 2024, le directeur de Myria transmet au Sénat, conformément à l'article 6 de la loi du 15 février 1993 créant un Centre fédéral pour l'analyse des flux migratoires, la protection des droits fondamentaux des étrangers et la lutte contre la traite des êtres humains :

- le rapport annuel « La migration en chiffres et en droits 2023 » ;
- le rapport annuel d'évaluation Traite et trafic des êtres humains 2023 « Une chaîne de responsabilités ».

– Dépôt au Greffe.

Conseil central de l'économie

Par lettre du 29 février 2024 le Conseil central de l'économie transmet au Sénat, conformément l'article XIII.1 du titre I^{er} du livre XIII du Code de droit économique, le rapport « Les carrières professionnelles en Belgique : enjeux et diagnostic » (CCE 2024-0540).

– Dépôt au Greffe.

Parquet européen

Par lettre du 6 mars 2024, la cheffe du Parquet européen transmet au Sénat, conformément à l'article 7, § 1^{er}, du règlement (UE) 2017/1939 du Conseil du 12 octobre 2017 mettant en œuvre une coopération renforcée concernant la création du Parquet européen, le rapport annuel du Parquet européen pour 2023.

– Dépôt au Greffe.

Parlement européen

Par lettres des 5 et 23 février 2024, la présidente du Parlement européen transmet au Sénat les textes adoptés par le Parlement européen au cours de ses périodes de session du 15 au 18 janvier 2024 et du 5 au 8 février 2024.

– Dépôt au Greffe.

Informatie- en Adviescentrum inzake de schadelijke sektarische organisaties, overeenkomstig artikel 11 van de wet van 2 juni 1998 houdende oprichting van een Informatie- en Adviescentrum inzake de schadelijke sektarische organisaties en van een Administratieve coördinatiecel inzake de strijd tegen schadelijke sektarische organisaties aan de Senaat over, het activiteitenverslag voor de periode 2017-2023.

– Neergelegd ter Griffie

Myria

Bij brief van 21 februari 2024 zendt de directeur van Myria, overeenkomstig artikel 6 van de wet van 15 februari 1993 tot oprichting van een federaal Centrum voor de analyse van de migratiestromen, de bescherming van de grondrechten van de vreemdelingen en de strijd tegen de mensenhandel, aan de Senaat over:

- het jaarverslag “Migratie in cijfers en in rechten 2023”;
- het jaarlijks evaluatieverslag Mensenhandel en mensensmokkel 2023 “Een keten van verantwoordelijkheden”.

– Neergelegd ter Griffie.

Centrale raad voor het bedrijfsleven

Bij brief van 29 februari 2024 zendt de Centrale raad voor het bedrijfsleven, overeenkomstig artikel XIII. 1 van titel I van boek XIII van het Wetboek van economisch recht aan de Senaat over, het verslag “Beroepsloopbanen in België: problemen en diagnose” (CRB 2024-0540).

– Neergelegd ter Griffie.

Europees Openbaar Ministerie

Bij brief van 6 maart 2024, zendt de Europeese hoofdaanklager, overeenkomstig artikel 7, § 1, van de verordening (EU) 2017/1939 van de Raad van 12 oktober 2017 betreffende nauwere samenwerking bij de instelling van het Europees Openbaar Ministerie, aan de Senaat over, het jaarverslag van het Europees Openbaar Ministerie voor 2023.

– Neergelegd ter Griffie.

Europees Parlement

Bij brieven van 5 en 23 februari 2024 zendt de voorzitster van het Europees Parlement aan de Senaat over, de teksten aangenomen door het Europees Parlement tijdens zijn vergaderperiodes van 15 tot 18 januari 2024 en van 5 tot 8 februari 2024.

– Neergelegd ter Griffie.