



Mémemorandum

Horizon 2030

Un projet durable pour construire la santé de demain

 mutualités
libres



www.mloz.be - [in](#) - [@MutLibres](#)

HORIZON 2030

Un projet durable pour
construire la santé de demain

Éditeur responsable :

X. Brenez, Route de Lennik 788A, 1070 Anderlecht



Horizon 2030

Un projet durable pour construire la santé de demain

Avant-propos	4
Des objectifs de santé globaux et déclinés à tous les niveaux	6
Une politique de soins cohérente et durable	9
Vers un citoyen informé, impliqué et en bonne santé	17
Climat et environnement au sommet de l'agenda politique pour notre santé	23
En pleine santé mentale, de 0 à 100 ans	27
Une politique des médicaments efficace et axée sur le patient, visant le long terme	33
Incapacité de travail : la durabilité du système en question	39
Transition numérique dans les soins de santé : the next chapter	43
Institutionnel : assurer la stabilité et promouvoir la collaboration. Une vision en termes de politique de santé est la vraie priorité.	47

Avant-propos

Les enjeux auxquels notre système de santé est confronté appellent à mener un certain nombre de réformes et à clarifier certaines priorités. Néanmoins, force est de constater que depuis une dizaine d'années, les réponses à ces nombreux défis ont été insuffisantes. Certes, notre système est complexe, dispersé et composé de nombreuses parties prenantes dont les objectifs ne sont pas nécessairement alignés. Mais aux difficultés inhérentes à moderniser le secteur des soins de santé se sont ajoutés deux événements majeurs lors de cette dernière décennie : la mise en œuvre de la 6^e réforme de l'État et la gestion de la crise sanitaire.

Il est bien évident que ces deux événements sont difficilement comparables, le premier étant le fruit d'une décision politique et le second s'étant imposé par des facteurs extérieurs. Il se rejoignent cependant sur deux points. D'une part, ils ont tous deux monopolisé des ressources importantes de notre secteur rendant difficile, voire impossible, toute réforme d'une certaine ampleur. D'autre part, ils nous incitent à tirer de nombreux enseignements sur

notre politique, nos choix et notre capacité d'anticipation. Ils nous confrontent à la question de savoir si nous sommes en mesure de nous prémunir d'une amnésie collective et de tirer des conclusions durables sur l'orientation à donner à la politique de santé dans les prochaines années. Alors que de nombreuses voix s'élèvent pour dénoncer l'absurdité et les conséquences négatives de la dernière réforme de l'État, certains s'empressent néanmoins d'appeler de leurs vœux une nouvelle aventure institutionnelle, en particulier dans le domaine des soins de santé. De manière similaire, la promesse d'un "monde d'après" la crise Covid, qui a pourtant mis en évidence de nombreuses carences (en termes de prévention, d'anticipation, de monitoring, de dispersion de compétences, de manque de collaboration entre les acteurs de la santé, de capacités humaines et logistiques...), se trouve malmenée par le "naturel qui revient au galop".

Notre système montre des signes évidents d'essoufflement, à l'instar des professionnels de la santé qui sont confrontés à la pénurie et, pour certains, à un manque de reconnaissance et une

perte de sens. Le fait que nos soins de santé restent globalement accessibles et de qualité ne doit pas nous empêcher de reconnaître nos faiblesses en matière de mortalité évitable, d'années de vie en bonne santé, de santé mentale, d'inégalités, et de variabilité dans la qualité et le prix des soins.

Pour une vision globale de la santé

Notre mémorandum plaide pour une vision globale de la santé soutenue par des objectifs qui transcendent les différents niveaux de pouvoir et le seul secteur des soins. Il formule des propositions concrètes pour la prochaine législature qui gravitent autour de deux priorités clés.

La première priorité est de s'attaquer, dans un certain nombre de domaines, à la source des problèmes. La croissance des maladies chroniques, l'explosion des maladies de longue durée ou les problèmes de santé mentale pour ne citer qu'eux, ne sont que les symptômes de maux que nous devrions appréhender bien en amont. La prévention, la littératie en santé, la détection et l'accompagnement précoce ont démontré leur valeur ajoutée pour éviter l'apparition ou la dégradation



de nombreuses pathologies. Dans le même ordre d'idées, nous devons porter une attention croissante aux impacts de plus en plus avérés de l'environnement sur la santé. Ces enjeux dépassent bien entendu le domaine des soins de santé, ce qui renforce la nécessité que d'autres secteurs comme celui de l'éducation, de l'environnement ou de l'aménagement du territoire intègrent la santé dans leurs considérations.

La deuxième priorité est de mener à bien les différentes réformes qui sont déjà engagées, certaines d'entre elles depuis de nombreuses années. Nous pensons par exemple à la refonte du paysage hospitalier, à la réforme du financement des soins et de la nomenclature, à l'organisation des soins de première ligne, à la mise en place des soins intégrés et du "population management", à la révision du système de conventionnement, à la structuration et à l'accès aux soins de santé mentale, à la digitalisation du secteur, à la structuration des données de santé, à l'accompagnement des personnes en incapacité de travail, à la pénurie de personnel soignant, à l'accès aux spécialités pharmaceutiques et à

l'innovation médicale de manière générale. Cette liste est loin d'être exhaustive, mais démontre déjà l'ampleur de la tâche qui nécessitera une vision politique stable, une collaboration entre les différents niveaux de pouvoir et l'implication des acteurs de terrain, sans compter sur le leadership, la persévérance et le sens des priorités.

La révolution ne se situera pas tant sur le terrain des idées et des concepts, mais surtout dans notre capacité à concrétiser ces différents chantiers qui se doivent d'être agencés et planifiés étant donné leur degré d'interdépendance.



Xavier Brenez

Directeur général des Mutualités Libres

Des objectifs de santé globaux et déclinés à tous les niveaux

Contexte

Dans leur mémorandum électoral de 2019, les Mutualités Libres plaident déjà pour une vision globale de la santé, qui dépasse la seule question des soins et prenne en compte l'ensemble des politiques ayant un impact sur la santé (le principe "Health in all policies"). Cinq ans plus tard, et alors que la pandémie de Covid-19 a mis en lumière les forces comme les faiblesses du système de santé belge, nous sommes plus que jamais convaincus qu'il est indispensable de continuer à mettre en place une politique de santé basée sur des objectifs et reposant sur les principes du "Quintuple Aim" :

- ✓ l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population, sur la base de ses besoins en soins de santé ;
- ✓ l'amélioration, à partir de l'expérience vécue par l'individu, de la qualité des soins ;
- ✓ l'utilisation plus efficiente des moyens disponibles ;
- ✓ la réduction des inégalités sociales en matière de santé ;
- ✓ l'amélioration du bien-être des dispensateurs de soins.

La législature qui se termine a amorcé un changement de paradigme en la matière. Dans son accord de majorité,

le gouvernement fédéral s'était en effet engagé à établir "des objectifs de santé, en concertation avec les entités fédérées et les acteurs de la santé, ainsi qu'un système de monitoring avec une possibilité d'ajustement."

De son côté, l'INAMI a mis en place différents groupes de travail pour établir une méthodologie d'élaboration d'objectifs de soins de santé. Parallèlement, l'établissement d'un cadre budgétaire pluriannuel dynamique et une plus grande attention accordée à "l'appropriate care" (c'est-à-dire favoriser le soin pertinent à sa juste place au moment opportun) ont contribué à construire une vision stratégique à moyen et long terme pour l'assurance maladie.

Les entités fédérées ne sont pas en reste. La Flandre travaille avec des objectifs de santé depuis 25 ans déjà. À Bruxelles et en Wallonie, divers outils de planification (Plan Social-Santé intégré, Plan wallon de prévention et de promotion de la santé...) ont été mis en chantier et devraient fournir la base nécessaire à une politique fondée sur des objectifs.

Des politiques toujours dispersées

Toutes positives qu'elles soient, ces initiatives sont toutefois encore trop éparpillées. De même, les nouvelles mesures proviennent encore trop souvent de groupes de prestataires spécifiques (silos) avec un focus sur les aspects budgétaires, au lieu d'une approche multidisciplinaire axée

sur les gains de santé. L'élaboration d'un cadre budgétaire pluriannuel solide et des clarifications concernant, par exemple, la sous-utilisation, les mécanismes d'indexation, ... doivent contribuer au changement souhaité. En outre, l'accent est encore trop peu mis sur les indicateurs. Or, ceux-ci sont indispensables pour évaluer les objectifs fixés. Ceci nécessite de disposer de données de santé de qualité.

Il est donc indispensable de développer une vision plus globale et à long terme, basée sur des données consolidées, et ce dans un cadre interfédéral. Il s'agit de rassembler l'ensemble des acteurs et d'articuler les politiques, au bénéfice de l'ensemble de la population.

De nombreux instruments sont maintenant disponibles : le rapport du KCE (le Centre d'Expertise en soins de santé) sur la performance du système de santé, la Commission des objectifs de soins de santé au sein de l'INAMI ou encore la Health Data Agency. Il y a lieu désormais de s'en saisir. Car les défis sont nombreux : qu'il s'agisse des inégalités de santé, de la population en incapacité de travail ou de l'impact des maladies chroniques sur la qualité de vie et la mortalité précoce, les tendances belges ne sont pas bonnes. Ce sont donc ces questions que les Mutualités Libres proposent de mettre au centre des futurs objectifs de santé.



Objectifs globaux

Réduction des inégalités de santé : d'ici 2030, réduire l'écart d'espérance de vie en bonne santé de 20 % entre la catégorie la plus favorisée et la moins favorisée

Même dans une société relativement égalitaire comme la nôtre, les différences sont importantes entre les catégories les plus favorisées et les moins favorisées : l'écart est de près de 12 années pour les années de vie en bonne santé et de 19 % pour la proportion des personnes se considérant en bonne santé.

Augmentation du nombre d'années de vie en bonne santé : d'ici 2030, intégrer le top 5 européen

Entre 2012 et 2021, la Belgique est passée de la 13^e à la 9^e place européenne en termes d'années de vie en bonne santé. Les problèmes d'ordre musculo-squelettiques, en particulier les douleurs lombaires, et les troubles mentaux sont les causes les plus importantes de perte d'années de vie en bonne santé.

Part de la population en invalidité : d'ici 2030, inverser la tendance

Entre 2005 et 2021, la part des personnes (de 16 ans ou plus) en incapacité de travail de

plus d'un an dans l'emploi total (salariés et indépendants) du secteur privé en Belgique est passée de 5,4 % à 10,9 %. En 2021, on dénombrait 485.435 cas d'incapacité de travail de longue durée en Belgique. Or, dans le cadre des objectifs de développement durable adoptés par les Nations Unies, la Belgique s'est engagée à faire diminuer la part des personnes en incapacité de travail de longue durée.

Réduire le taux de mortalité évitable de 10 % d'ici 2030

Les maladies chroniques sont la première cause de mort prématurée en Belgique et comptent pour 86 % des décès totaux. Le taux de mortalité prématurée due à des maladies chroniques pourrait être sensiblement réduit en travaillant sur les facteurs de risques que sont le tabac, l'alcool, l'alimentation riche en graisse et en sucre, la sédentarité et la pollution de l'air. Plus de 40.000 vies par an pourraient être épargnées en mettant en place de meilleures stratégies de prévention.

Personnel soignant : d'ici 2030, augmenter le nombre d'emplois de 37 % par rapport à 2022

La pénurie de personnel de santé est une menace sérieuse pour le maintien de soins de qualité. En 2022, on dénombrait 691.574 personnes actives dans le domaine des soins de santé. Compte tenu des évolutions du secteur (notamment l'augmentation des

emplois à temps partiel), ce nombre devrait être porté à 803.468 personnes en 2030. Pour y parvenir, il faut d'une part combattre l'exode du personnel soignant en rendant l'emploi plus attractif (accent sur le contenu de la fonction, sur la reconnaissance, sur la formation continue, ainsi qu'une rémunération appropriée). D'autre part, le recrutement de nouveaux travailleurs doit être renforcé par une image positive du travail et une rémunération compétitive.

Climat : rendre le système de santé résilient face au changement climatique d'ici 2030

Le changement climatique a un impact majeur sur notre société, et donc sur la santé publique. Le système de santé belge doit s'adapter à ses conséquences, comme le recommande l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Si le Plan National Environnement et Santé (NEHAP) annonce l'intention d'agir sur la résilience climatique du système de santé, il est néanmoins crucial de rapidement établir un plan d'action pluriannuel et dégager les budgets suffisants.



Une politique de soins cohérente et durable

Contexte

L'explosion du nombre de malades chroniques, de pathologies complexes et de troubles de santé mentale, combinée à la pénurie croissante de personnel dans le secteur des soins de santé, nécessite de faire évoluer notre système de soins d'un modèle réactif aigu vers une politique proactive de soins intégrés. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les soins intégrés comme "des services gérés et fournis de façon à assurer à chacun la continuité des services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge, de réadaptation et de soins palliatifs, coordonnés aux différents niveaux et dans les différents sites de soins, dans le cadre ou à l'extérieur du secteur de la santé, conformément à ses besoins tout au long de la vie."

Cette évolution nécessite dès lors une coopération étroite et efficace entre les différents acteurs : dans ce nouveau paradigme, le citoyen se trouve au centre du système, entouré par les acteurs de la santé au sens large (non seulement les soins, mais aussi la prévention, la promotion et l'accompagnement), afin d'assurer la continuité et des transitions sans rupture. Pour lui permettre d'avoir un rôle pleinement proactif, le citoyen doit, en outre, avoir accès à l'intégralité de ses données de santé et à des informations transparentes et compréhensibles sur le système. Les défis à relever sont donc encore nombreux.

Une vision globale est indispensable

Ainsi, le paysage des soins de santé est très fragmenté, et il est indispensable de mieux utiliser les moyens disponibles en mettant l'accent sur les gains de santé pour la population. Il est donc nécessaire d'établir des priorités, à l'aide d'objectifs de santé, et de soins de santé. Une politique de soins intégrés part d'une vision globale à long terme, basée sur des données, et se fonde sur la réalisation d'objectifs qui répondent aux besoins réels de la population, conformément au modèle du Quintuple Aim (5AIM).

Ces objectifs de santé, et de soins de santé, doivent guider les politiques à l'avenir. Ces dernières années, plusieurs grands chantiers ont été lancés, tant au niveau fédéral que régional, afin de permettre l'évolution du système de santé : les réformes de la nomenclature et du paysage hospitalier, le plan interfédéral "soins intégrés", le New Deal pour les médecins généralistes, les réorganisations régionales de la première ligne constituent désormais la base du nouveau modèle de soins proactifs. Mais la coordination et la cohérence entre ces réformes et entre les différents niveaux politiques sont insuffisantes, et la hiérarchisation des priorités fait défaut.

Assurer des soins de qualité

Le passage à des soins plus proactifs (avec un accent particulier sur la prévention) nécessite par ailleurs un financement approprié assorti d'incitants suffisants. Il convient de trouver

un juste équilibre entre le financement à l'acte, pour éviter l'écueil de la sous-consommation de soins, et le financement forfaitaire, qui encourage la responsabilité financière et valorise d'autres éléments que la seule prestation. Les parties prenantes doivent être impliquées dans les réflexions afin de s'assurer que cette adaptation du financement fournisse le changement de comportement souhaité.

Si l'on veut des soins de qualité, le bien-être du personnel soignant doit également être une priorité afin de remédier à la pénurie et de maintenir durablement les prestataires dans le secteur des soins de santé. La formation de nouveaux profils, une répartition plus efficace des tâches et une meilleure application des délégations existantes de tâches peuvent y contribuer. Il faut aussi réduire la charge administrative, notamment en s'appuyant sur les outils numériques, et déléguer autant que possible les tâches administratives à des collaborateurs spécifiques. En outre, l'évolution vers une approche intégrée permettra d'optimiser l'investissement des professionnels de la santé grâce à une dispensation de soins plus efficace, qui amène les patients à accéder plus rapidement au bon soin au bon endroit. Cela permet dès lors d'éviter les pertes de temps inutiles, les reports de soins, les doubles examens ou les soins inappropriés.

La pénurie de personnel soignant a par ailleurs encore accentué la pression sur les aidants proches. Ces derniers sont désormais



un maillon important du système de santé, mais pour éviter qu'ils ne s'épuisent eux aussi, des mesures de soutien doivent être mises en place.

Garantir l'accessibilité financière

Enfin, la gouvernance du système de santé doit elle aussi s'adapter à l'évolution des soins, et intégrer la dimension intersectorielle. Elle doit également apporter des réponses aux problèmes rencontrés ces dernières années.

En effet, tant au niveau fédéral que régional, l'administration du système de santé repose sur un modèle de concertation qui atteint ses limites. Dernièrement, l'adhésion aux accords et conventions a diminué chez tous les prestataires de soins, particulièrement chez les dentistes, les kinésithérapeutes et les logopèdes. L'accessibilité financière pour les patients est menacée, comme le montre l'absence de radiologues conventionnés dans certains hôpitaux. La pression exercée par la crise énergétique, l'inflation élevée, la non-adaptation des mécanismes d'indexation et l'absence de valorisation des expertises spécifiques n'y sont pas étrangers. En outre, si, à l'origine, les accords et conventions étaient des accords tarifaires, de nombreux autres éléments y ont été ajoutés par la suite, tels que des recommandations politiques, préfigurant les évolutions futures du secteur,

les accords de facturation, les modalités pratiques d'exercice, les recommandations en matière de qualité. Cette démarche n'est pas appropriée, car la plupart de ces éléments doivent être respectés par tous les prestataires de soins, conventionnés ou non. La réforme de ce modèle de concertation doit donc être un chantier prioritaire des années à venir.



Objectifs & actions

Établir une gouvernance qui garantit une politique de santé cohérente et durable

- Partir d'une vision globale de la santé (selon le modèle du 5AIM) et établir des objectifs de (soins de) santé concrets, en mettant l'accent sur la prévention. La Commission Objectifs des soins de santé de l'INAMI doit apporter un soutien scientifique à la définition, à la hiérarchisation (en fonction des moyens disponibles) et au suivi des objectifs de soins de santé, et utiliser le rapport sur la performance du système comme boussole.
- Moderniser le modèle de concertation avec une représentation adéquate dans les organes de consultation, représentative du secteur et tenant compte des évolutions dans le paysage des soins de santé. Tenir compte de la réalité sociale afin de rendre la concertation plus efficace grâce à des techniques de réunion adaptées et rationaliser les commissions et les organes de concertation. Renforcer les administrations et assurer une approche globale des questions de santé, ainsi qu'une plus grande efficacité dans la prise de décision.
- Élaborer un nouveau modèle de conventionnement dans lequel les accords tarifaires sont dissociés des autres missions applicables à chaque prestataire de soins de santé (qualité, recommandations de bonnes pratiques...). Pour ces missions transversales, élaborer, à partir du modèle du 5AIM, un cadre générique applicable à tous les prestataires de soins de santé. Permettre une plus grande flexibilité pour le prestataire tout en garantissant une sécurité tarifaire et une accessibilité aux soins, en particulier pour les groupes vulnérables. Pour certaines catégories de patients, dans certaines situations et sous certaines conditions, les tarifs négociés doivent toujours être respectés, tout en laissant plus de liberté pour d'autres situations. La condition préalable au succès de cette approche est de recalibrer la nomenclature pour tous les prestataires de soins de santé et assurer ainsi des honoraires corrects (acte intellectuel et coût professionnel).

- Optimiser l'échange et la disponibilité de données de santé de qualité. L'utilisation primaire (le dossier patient informatisé : Belgian Integrated Health Record, BIHR) et secondaire (Belgian Health Data Agency) des données de santé est essentielle à la mise en place d'un système de santé performant.



Adapter le modèle de financement

- ☞ Mettre en place un financement qui soutienne une santé proactive via une forfaitarisation partielle (comme le New Deal), afin de stimuler l'approche populationnelle, la détection précoce, la continuité des soins, l'élargissement du profil des tâches, le travail interdisciplinaire et les activités intersectorielles (par le biais, par exemple, de la capitation, du paiement à la performance, du paiement à la coordination ou des accords d'économies partagées). Les forfaits doivent être basés sur les coûts réels et non sur une nomenclature obsolète. De plus, il est essentiel que ces nouvelles initiatives de financement soient évaluées afin de s'assurer qu'elles répondent bien aux objectifs poursuivis.
- ☞ Avoir une réflexion constante au sein du secteur de la santé (commission de convention...) de révision de toutes les mesures en vigueur afin de s'assurer que les moyens budgétaires soient utilisés d'une façon optimale (réflexion sur la création de "health value"). Par exemple, il faut poursuivre la réflexion sur les primes existantes pour les prestataires : évaluation de la nécessité, de la plus-value, de la cohérence entre

les prestataires, ... Les budgets des soins de santé étant limités, ce travail doit être récurrent. Les moyens éventuellement libérés doivent permettre de financer de nouvelles mesures afin de répondre aux objectifs des (soins) de santé.

- ☞ Poursuivre les réflexions sur l'implémentation d'un budget pluriannuel au niveau de l'INAMI au regard des recommandations du rapport final du groupe de travail 5AIM.

Poursuivre et finaliser les réformes en cours, en les priorisant et en respectant leurs feuilles de route

- ☞ Créer une feuille de route globale reprenant tous les chantiers en cours pour avoir une vue globale des différentes réformes, qui sont interdépendantes.
- ☞ Finaliser prioritairement, et d'ici 2026 au plus tard comme prévu par la feuille de route, la réforme de la nomenclature, préalable à d'autres réformes (financement des hôpitaux...), et résorber le retard pris par certaines sous-spécialités (notamment les actes techniques chirurgicaux, l'anesthésie...) dans la description de la nomenclature.

- ☞ Finaliser la réforme des hôpitaux : d'ici 2026, fixer la répartition des missions de soins des réseaux hospitaliers, réformer le financement des hôpitaux tant en ce qui concerne la nomenclature que le Budget des Moyens Financiers, augmenter la transparence sur la qualité des soins à l'aide d'indicateurs basés sur les objectifs de (soins) de santé.
- ☞ Finaliser le Plan interfédéral pour les soins intégrés : opérationnaliser et implémenter en 2024 le protocole d'accord du 8 novembre 2023, aboutir dans les mêmes délais à un système de financement équilibré des tâches de collaboration, préparer d'ici 2025 un cadre et un plan opérationnel de l'approche populationnelle qui soient conformes aux objectifs de soins de santé.
- ☞ Finaliser et évaluer le New Deal pour la médecine générale afin de déterminer s'il a une place durable dans les soins primaires. L'évaluation devra se concentrer principalement sur la qualité des soins prodigués au patient en cartographiant, entre autres, les processus de soins multidisciplinaires développés, mais également prendre en compte d'autres aspects qui s'inscrivent dans le Quintuple Aim, comme l'accessibilité des soins et le bien-être des prestataires de soins au sein de ces pratiques.

Prendre soin des prestataires de soins pour qu'ils puissent continuer à faire leur travail de manière satisfaisante et durable

- Investir dans la formation de nouveaux profils et améliorer l'efficacité de la répartition et de la délégation des tâches. Par exemple, définir précisément le rôle des hygiénistes bucco-dentaires avec des tâches curatives (détartrage) et préventives (conseils de brossage), et conclure des accords sur le financement de cette fonction.
- Améliorer la législation relative à la reconnaissance de l'aidant proche et à l'ouverture de droits spécifiques : simplifier les critères médicaux, revoir les critères pour l'octroi des droits sociaux (p. ex. : l'accompagnement d'une personne en soins palliatifs), activer davantage de droits, permettre de fractionner le congé en jours et/ou en heures, rémunérer le congé pour raisons impérieuses, prendre en compte le temps consacré à l'aidance dans l'assimilation pour le droit à la pension.
- Faciliter l'intégration des nouvelles technologies médicales dans les processus de soins. Face à une pénurie de personnel, celles-ci peuvent offrir des solutions pour aider à la prévention (application de l'intelligence artificielle

aux données), au diagnostic (imagerie médicale assistée par l'intelligence artificielle), au traitement (techniques chirurgicales moins invasives) et au suivi (des applications médicales permettant aux patients eux-mêmes de surveiller certains paramètres). Cette intégration doit être soutenue par des moyens financiers suffisants et par un soutien au personnel en le rassurant sur la sécurité de ces technologies. De plus, il est essentiel d'avoir une attention particulière pour les compétences en littératie en santé des prestataires, des patients et de leurs proches.

- Éviter la surcharge administrative afin que les soignants puissent se consacrer en priorité à l'amélioration de la santé de la population et procéder à une évaluation de l'impact sur la charge administrative de chaque nouvelle mesure. Il est en outre essentiel que les tâches administratives soient systématiquement évaluées afin de s'assurer de leur plus-value pour le système.





Mettre l'accent sur la qualité et l'accessibilité

- ✓ Fournir aux citoyens des informations transparentes sur le coût des soins, le statut conventionné et la qualité des soins, et faciliter l'accès à leurs données de santé. Les PROMs (Patient Reported Outcomes Measures) et PREMs (Patient Reported Experience Measures) doivent devenir des pratiques courantes.
- ✓ Afin de permettre aux prestataires de suivre les guidelines et les pratiques EBM/EBP (Evidence Based Medicine/ Evidence Based Practices), il faut mettre à disposition des outils digitaux pouvant être utilisés pour faciliter la prise de décisions sur les examens/traitements nécessaires. La décision finale doit résulter d'un échange entre le prestataire et le patient.
- ✓ Assurer la continuité et la qualité des soins via la généralisation et l'actualisation du dossier patient électronique partagé. Ce dossier doit permettre aux prestataires d'assurer une prise en charge proactive du patient également.

Parmi les membres des Mutualités Libres, on dénombrait :

565.874
malades chroniques

565.874 malades chroniques en **2021** sur
2.260.038 personnes au total.
Prévalence = **25,0 %**

465.130
malades chroniques

465.130 malades chroniques en **2010** sur
1.962.526 personnes au total.
Prévalence = **23,7 %**



Hausse de **5,5 %** du taux
de prévalence
(en termes relatifs) ou
de 1,3 % entre **2010** et
2021



Vers un citoyen informé, impliqué et en bonne santé

Contexte

Un quart des Belges souffre d'une maladie chronique, et ce chiffre va probablement augmenter dans les prochaines décennies. La plupart des maladies chroniques, y compris le cancer et les maladies cardiovasculaires, sont en grande partie le résultat de modes de vie malsains, tels que le tabagisme et la consommation d'alcool, ainsi que de facteurs génétiques et liés au cadre de vie. Elles constituent donc une cause majeure de mortalité évitable. Investir davantage dans des modes de vie sains permettrait non seulement d'améliorer la qualité de vie et de réduire le risque de maladies chroniques, mais aussi de garantir un système de soins de santé durable.

Un mode de vie plus sain pour les Belges

En 2018, 5,9 % de la population belge a déclaré avoir une consommation excessive d'alcool. La proportion de buveurs problématiques est passée, quant à elle, de 5 % en 1997 à 14 % en 2018. Par ailleurs, 24 % des Belges fumaient quotidiennement ou occasionnellement en 2022, et seuls 12,5 % des Belges de plus de 6 ans consomment la quantité minimale recommandée de fruits et légumes. Nous sommes en outre les plus grands consommateurs quotidiens de boissons sucrées de l'Union européenne (20,4 % de la population). Enfin, seuls 30 % des Belges adultes pratiquent l'activité physique quotidienne recommandée.

Des interventions sur le mode de vie doivent donc être initiées par les médecins généralistes, en collaboration avec d'autres prestataires de soins de santé, notamment des diététiciens et des psychologues. Une offre structurelle, telle que la médecine du style de vie pratiquée aux Pays-Bas avec les malades chroniques, fait encore défaut en Belgique. Les acteurs des différents milieux de vie doivent être également outillés et mobilisés : en 2022, une enquête des Mutualités Libres montrait par exemple que deux jeunes sur trois souhaitaient que l'école s'empare davantage des questions de santé relatives aux comportements à risques (consommation d'alcool ou de drogues, et pratiques sexuelles).

Le dépistage précoce de certaines maladies (ou des risques de maladie) est également un outil important, comme celui dont nous disposons déjà dans les programmes organisés pour les cancers. Le dépistage précoce du diabète, par exemple, permet de prendre des mesures spécifiques pour prévenir l'apparition de la maladie. Là encore, les soins de première ligne ont un rôle essentiel à jouer, dans une approche multidisciplinaire.

Promouvoir la littératie en santé

Pour que ces interventions soient efficaces, la littératie en santé est un levier fondamental. Plus les personnes ont les clés en main pour trouver, comprendre et utiliser les informations sur la santé, plus elles seront à même de prendre des décisions éclairées en faveur de leur santé, d'être impliquées, de jouer un rôle actif ("empowerment") et de participer aux prises de décision ("shared decision").

Des chiffres récents montrent qu'en Belgique, 27,8 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont un niveau limité de littératie en santé, et 5,6 % un niveau insuffisant. Cette faible littératie est associée à des risques accrus pour la santé (des comportements moins sains, une moindre participation aux dépistages et moins d'adhésion aux traitements), et à des coûts liés aux soins plus élevés (en raison d'une utilisation moins efficace des services de santé notamment). Une littératie en santé plus faible est particulièrement présente chez certaines personnes plus fragilisées et, selon l'Organisation mondiale de la Santé, la littératie en santé est l'un des principaux facteurs qui contribuent aux inégalités de santé entre les personnes ainsi qu'aux différences d'accès aux soins.

Au-delà des capacités individuelles, il est absolument essentiel que les acteurs de santé (tels que la première ligne, les

mutualités...), s'engagent dans une démarche de littératie en santé organisationnelle, pour que les citoyens puissent "naviguer" dans le système de santé, et plus facilement accéder et utiliser les informations et les services de santé dont ils ont besoin. Actuellement, une majorité de Belges juge difficile à très difficile de connaître leurs droits en tant que patient ou utilisateur (62,5 %), de savoir ce que couvre l'assurance obligatoire pour certains services (55,6 %) et de trouver des informations sur la qualité d'un service de santé (61,1 %).

La littératie en santé est en outre un élément clé dans l'interaction entre le patient et le soignant. Les professionnels de santé ont un rôle important à jouer pour placer encore plus le patient et ses préférences au centre des soins, et pouvoir lui proposer une prise de décision partagée.



Objectifs & actions

Réduire le nombre de fumeurs (quotidiens et occasionnels) à moins de 20 % d'ici 2030 (24 % en 2022)

- Augmenter les accises sur le tabac deux fois au cours de la prochaine législature, d'au moins 10 % à chaque fois, en concertation avec les pays européens pour contrer les achats transfrontaliers et lutter contre le commerce illégal.
- Limiter les arômes et les couleurs spécifiques des cigarettes électroniques, à l'exception de l'arôme tabac dans le cadre de son utilisation pour le sevrage tabagique.

Réduire la consommation d'alcool à risque (> 10 verres) à moins de 10 % d'ici 2030 (14 % en 2018)

- Augmenter les accises sur toutes les boissons alcoolisées d'au moins 15 %, comme le recommande l'Organisation mondiale de la Santé, en concertation avec les pays européens pour contrer les achats transfrontaliers et lutter contre le commerce illégal.

Augmenter le nombre de Belges de plus de 6 ans mangeant suffisamment de fruits et légumes (5 portions) à 20 % d'ici 2030 (12,7 % en 2018) et réduire le nombre de Belges buvant quotidiennement des boissons sucrées à 15 % d'ici 2030 (20,4 % en 2018)

- Augmenter la taxe sur les boissons sucrées en utilisant une taxe (progressive) de production sur le sucre contenu dans les boissons non alcoolisées, en concertation avec les pays européens pour contrer les achats transfrontaliers et lutter contre le commerce illégal.
- Utiliser le produit de cette augmentation de taxe pour financer une réduction de la TVA sur les aliments sains, en veillant à ce que les deux mesures fiscales aient un effet combiné suffisamment important (au moins 20 %) sur les prix, compte tenu de la faible élasticité du prix des produits alimentaires.
- Interdire la publicité pour les aliments jugés malsains (selon une définition scientifique) pour les enfants, dans tous les médias et environnements auxquels ils sont exposés.

Renforcer les politiques de prévention et de détection précoce des cancers d'ici 2030

- Augmenter les taux de vaccination contre le papillomavirus chez les filles (au moins 90 %) et chez les garçons (augmentation significative).
- Augmenter de manière significative la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus et suivre de près le développement de nouvelles méthodes de dépistage, telles que les autotests, et les mettre en œuvre si elles s'avèrent efficaces.
- Augmenter de manière significative la participation aux programmes de dépistage des cancers du sein et du côlon.

Renforcer le rôle des soins de santé primaires dans la lutte contre les maladies chroniques d'ici à 2030

- Encourager la recherche sur les interventions (combinées) sur le mode de vie dans le cadre des soins de santé primaire, en intégrant les prestataires actuels et de nouveaux profils tels que les conseillers en mode de vie.

- ✓ Développer et financer un modèle permettant une large application de ces interventions, afin qu'elles soient également accessibles aux groupes cibles vulnérables.
- ✓ Encourager le dépistage précoce du diabète, à travers l'utilisation généralisée du questionnaire FINDRISC ainsi qu'un contact avec le médecin généraliste, si c'est nécessaire pour le suivi, pour les 45 ans et plus.

D'ici 2035, atteindre un niveau de 75 % en matière de littératie en santé (66,6 % en 2018)

- ✓ Établir un plan interfédéral "une vie (plus) saine pour tous les Belges", avec des objectifs communs en matière de santé. La promotion de la littératie en santé doit en être un chapitre important, en se basant sur les recommandations et les principes élaborés par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), et notamment en accordant une attention suffisante aux compétences en matière de santé dans le contexte des soins, dans les organisations de soins et chez les prestataires de soins.
- ✓ Prévoir davantage de moyens financiers pour les dispositifs d'outreaching vers les groupes vulnérables, tels que les personnes âgées, dans l'acquisition de



connaissances en matière de santé, via des organisations qui sont en contact étroit avec des groupes cibles particuliers (par exemple les Community Health Workers).

- Créer un centre de connaissances spécifiques sur la littératie en santé, comme aux Pays-Bas (“Alliantie Gezondheidsvaardigheden”), qui collecte les données scientifiques les plus récentes et offre un soutien aux prestataires et aux organisations de soins de santé.
- Inclure l’aspect “littératie organisationnelle en santé” dans les indicateurs de qualité des organisations et prestataires de soins de santé, sur la base des rapports des hôpitaux, mais aussi des expériences des patients, par exemple en ce qui concerne la prise de décision partagée et les informations compréhensibles et personnalisées.

- Investir davantage pour rendre transparentes et accessibles au public les informations sur les prix (coûts à la charge du patient, tels que ticket modérateur et suppléments, et coût total de la prestation pour la sécurité sociale), qualité et services dans le domaine des soins de santé. Rassembler les informations comparatives de manière centralisée.
- Intégrer le renforcement des connaissances en matière de santé dans les programmes d’enseignement dès l’école primaire, et renforcer la “littératie organisationnelle en santé” des écoles elles-mêmes.



Entre **1997** et **2018**, le pourcentage de Belges ayant une consommation d’alcool problématique est passé de **5 à 14 %**.



Climat et environnement au sommet de l'agenda politique pour notre santé

Contexte

La crise climatique est l'un des principaux défis auxquels nous sommes confrontés. Pour y faire face, nous devons partir du concept "One Health" : la santé humaine est inextricablement liée à la santé des animaux et des habitats ou écosystèmes. Le dernier rapport du GIEC (Groupe intergouvernemental d'experts sur l'évolution du climat) insiste sur la nécessité d'agir davantage et d'être plus ambitieux. Le rapport Lancet Countdown de 2022 ne laisse, quant à lui, aucun doute : l'impact du changement climatique sur notre santé est gigantesque, et nos systèmes de soins ne sont pas suffisamment préparés à ses conséquences. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) souligne depuis plusieurs années la nécessité de travailler au renforcement de la résilience climatique et à la durabilité écologique des établissements de soins, et cela a été confirmé dans une étude réalisée en 2021 pour le SPF Santé publique.

Agir résolument contre les polluants

Des mesures fortes sont également nécessaires pour lutter contre la pollution. Dans l'Union européenne, environ 307.000 personnes décèdent prématurément chaque année en raison de l'exposition à une forme particulière de pollution de l'air : les particules fines. Les normes européennes de qualité de l'air, actuellement moins strictes

que les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé, sont en cours de révision. Le Parlement européen est d'avis que les valeurs recommandées par l'OMS doivent être implémentées pour 2035. Une fois que le Conseil aura formulé sa position, la Belgique devra rechercher un accord entre les institutions lors de sa présidence européenne (premier semestre 2024).

La pollution de l'air affecte également la viabilité financière de notre sécurité sociale. En 2021, les Mutualités Libres ont démontré qu'une augmentation de la pollution de l'air peut entraîner une augmentation du nombre de nouveaux cas d'incapacité en raison de troubles psychiques. En 2023, une autre étude des Mutualités Libres a analysé le lien entre le nombre de consultations chez le médecin généraliste et l'exposition aux particules fines. Il en ressort que si tous les Belges vivaient dans un quartier où la concentration de particules fines est la plus faible, 43 millions d'euros pourraient être épargnés par l'assurance maladie et les citoyens. Renforcer la lutte contre la pollution de l'air est donc non seulement bon pour notre santé, mais aussi pour les finances publiques.

Les produits chimiques perturbant le système endocrinien ont également un impact sur la santé. Parmi les effets déjà recensés, on peut citer la baisse de la fertilité et l'augmentation du risque de certaines maladies comme le cancer et le diabète. Ils se trouvent un peu partout : cosmétiques, plastiques, produits d'entretien, revêtements de sols, conserves, tickets de caisse, emballages, pesticides,

textiles... Or, une enquête menée par les Mutualités Libres en 2020 a révélé que 48 % des personnes interrogées n'avaient jamais entendu parler des perturbateurs endocriniens. Le plan d'action national sur les perturbateurs endocriniens adopté en 2022 par la Conférence interministérielle mixte de l'environnement et de la santé doit donc être mis en œuvre sans tarder.

Un environnement plus sain pour tous

Certaines catégories de la population, comme les enfants, les personnes âgées, les malades chroniques et les groupes socio-économiques défavorisés, sont plus touchés par les effets du changement climatique ou de la pollution de l'air et risquent davantage de subir des problèmes de santé. Un récent rapport de l'Unicef sur l'impact de la pollution de l'air sur les enfants (dans lequel la Belgique se classe à la 36^e place) indique que les enfants des familles les plus pauvres sont particulièrement vulnérables. La "Transition Juste" est donc d'une grande importance pour assurer une transition équitable vers une société et une économie climatiquement neutres.

Objectifs & actions

Mais n'oublions pas non plus que l'environnement peut avoir un impact positif considérable sur notre santé. La nature agit à la fois de manière préventive et curative : elle nous permet de nous détendre, et c'est le lieu de prédilection pour la socialisation. De plus, elle offre de la fraîcheur en cas de fortes chaleurs. Une récente étude des Mutualités Libres a montré une association entre les espaces verts et la consommation de soins de santé : les personnes vivant dans un quartier avec plus de 30 % de couverture arborée se rendent moins souvent chez le médecin généraliste.

Une meilleure santé grâce à un meilleur environnement, c'est donc possible, mais cela doit passer par une coopération entre toutes les politiques publiques, et entre tous les niveaux de pouvoir (de l'Europe aux communes, en passant par l'État fédéral et les entités fédérées).

Placer le climat au sommet de l'agenda politique lors de la législature 2024-2029

- ✓ Réaliser une évaluation intermédiaire du Plan National énergie - climat 2021-2030, et ajuster les politiques pour atteindre les objectifs fixés d'ici 2030.
- ✓ Développer un plan d'action national pour une transition juste sur la base des avis de la Conférence nationale pour une Transition Juste et commencer sa mise en œuvre d'ici 2025.
- ✓ Prendre des mesures pour adapter le système de soins de santé au changement climatique et le rendre plus durable, sur la base des recommandations du rapport 2021 de VITO, Sciensano et Möbius.

Améliorer radicalement la qualité de l'air d'ici 2035

- ✓ Implémenter les nouvelles directives de l'OMS d'ici 2035, y compris des normes plus strictes pour le dioxyde d'azote (4 fois plus strictes) et les particules fines (2 fois plus strictes), même si une échéance plus lointaine devait être reprise dans la révision des normes européennes de qualité de l'air.
- ✓ Rendre les transports plus durables et encourager les citoyens à choisir des modes de déplacement plus respectueux de l'environnement, offrir des transports publics abordables et de qualité et continuer à améliorer les infrastructures cyclables.
- ✓ Élaborer une stratégie équitable d'élimination progressive des poêles à bois les plus polluants.
- ✓ Sensibiliser les citoyens à la nécessité de prendre des mesures efficaces, comme l'exclusion des voitures polluantes des villes qui contribue à améliorer la qualité de l'air, et donc à protéger notre santé.
- ✓ Soutenir la recherche en rendant publiques les données-clés.



©Bruxelles Mobilité / Brussel Mobiliteit

Réduire l'exposition aux produits chimiques dangereux

- ✓ Débloquer les budgets nécessaires pour mettre en œuvre les objectifs et les actions définis dans le plan d'action national sur les perturbateurs endocriniens, et assurer un suivi efficace de son implémentation aux différents niveaux de pouvoir.
- ✓ Informer la population de manière transparente sur les risques liés à l'exposition aux perturbateurs endocriniens et sur les moyens de les éviter dans la vie quotidienne, en collaboration avec les différents acteurs du système de santé, dont les mutualités.
- ✓ Restreindre ou interdire l'utilisation de produits chimiques dangereux même lorsque le danger n'est que soupçonné (principe de précaution), comme l'ont récemment demandé certains États membres pour les PFAS (alkyls perfluorés et polyfluorés, un groupe de produits chimiques).
- ✓ Soutenir la révision du règlement européen REACH (sur l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des produits chimiques dans l'Union européenne), en préconisant l'application du principe "pas de données, pas de marché" avant d'autoriser les produits chimiques sur le marché et en transférant à l'industrie

la charge de la preuve des effets des produits chimiques sur la santé.

- ✓ Investir dans la recherche scientifique pour développer des alternatives sûres afin d'interdire et de remplacer les produits chimiques et les pesticides dangereux.

Protéger et promouvoir la nature et les espaces verts

- ✓ Soutenir les villes et les communes pour qu'elles adhèrent à la démarche de "Ville-Santé", dans laquelle la vie dans les villes devient plus saines grâce à une bonne planification urbaine avec suffisamment d'espaces verts, une offre large de transports publics et des centres-villes avec une réduction du trafic motorisé.
- ✓ Assurer une distribution égale et équitable des espaces verts dans les villes et communes, sur la base du concept "Tree Equity" : intégrer les espaces verts dans les environnements urbains, par exemple en appliquant la règle des 3-30-300, selon laquelle chaque citoyen doit pouvoir voir au moins trois arbres depuis son domicile, avoir 30 % de canopée dans son quartier et ne pas vivre à plus de 300 mètres d'un parc ou de l'espace vert le plus proche.

- ✓ Aider les établissements de soins à intégrer la verdure dans leurs installations, par exemple en créant des espaces extérieurs pour les patients et le personnel.



97 % de la population urbaine de l'UE a été exposée à des concentrations de particules fines supérieures aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé.



En pleine santé mentale, de 0 à 100 ans

Contexte

Les troubles mentaux et la consommation de drogues sont la principale cause de la perte d'années de vie en bonne santé en Belgique. Leur impact sur l'espérance de vie sans incapacité est en outre légèrement en hausse, contrairement aux tendances à la baisse pour le cancer et les maladies cardiovasculaires. 36 % des personnes en invalidité sont en incapacité de travail en raison d'une maladie mentale, et parmi celles-ci, 66 % souffrent de dépression ou de burn-out. Pendant la pandémie de Covid-19, la prévalence des symptômes anxieux et dépressifs a augmenté de manière significative et la récente étude BELHEALTH (fin 2022) montre que - bien qu'en baisse par rapport à la pandémie - les chiffres sont plus élevés aujourd'hui qu'en 2018, avec respectivement 19 % et 17 % des adultes présentant des symptômes d'anxiété et de dépression, contre 11 % et 9 % en 2018. Le suicide reste un problème grave, avec un taux de mortalité de 15,2/100.000 (2020), ce qui nous place en tête de 14 pays de l'Union européenne, tant chez les hommes que chez les femmes. Pendant la crise Covid-19, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide ont augmenté. Un jeune (âgé de 18 à 29 ans) sur six a ainsi déclaré avoir eu des pensées suicidaires. Or, une tentative de suicide est le principal facteur de risque de suicide ultérieur. L'une des priorités de la politique de prévention du suicide est donc la collecte de données détaillées sur les

tentatives de suicide, alors que les chiffres nationaux sont aujourd'hui principalement obtenus sur la base d'autodéclarations.

Une prévention accrue et plus précoce

Étant donné que 62 % des affections psychiques se manifestent pour la première fois avant l'âge de 25 ans, il est essentiel de les prévenir à temps. Plus la prévention intervient tôt dans la vie, plus l'impact potentiel et le rapport coût-efficacité de ces interventions sont importants. C'est au cours des 1.000 premiers jours (grossesse et deux premières années de vie) que notre cerveau est le plus plastique, et les investissements en faveur des soins mentaux périnataux et de la prévention chez les futurs parents vulnérables et les parents des plus jeunes enfants se traduisent donc par des gains considérables pour la santé et le bien-être des générations futures.

L'un des aspects de la prévention consiste à renforcer la "littératie en santé mentale", c'est-à-dire faire en sorte que les individus acquièrent les connaissances et les attitudes qui les aident à prévenir, reconnaître et gérer les symptômes et les troubles de santé mentale, y compris en réfutant les connaissances erronées et les attitudes négatives (déstigmatisation). 48,6 % des Belges ont déclaré qu'il était difficile, voire très difficile, d'obtenir des informations sur les problèmes de santé mentale, un chiffre nettement plus élevé que la moyenne de 36,1 % pour les 17 pays européens examinés.

On constate en outre que les comportements de refus d'aide psychologique sont plus élevés chez les personnes âgées et les jeunes. Une littératie en santé mentale renforcée pourrait améliorer ces chiffres.

Améliorer la prise en charge

Ces dernières années, la santé mentale a fait l'objet d'une attention particulière sur le plan politique. Une étape importante a été franchie avec la nouvelle convention sur les soins psychologiques de première ligne, qui connaissent une croissance progressive, mais dont le budget reste sous-utilisé. Cela peut s'expliquer par le fait que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour faire connaître ces soins. De nombreux acteurs, y compris en dehors du secteur des soins, ont un rôle à jouer à cet égard.

Il est par ailleurs nécessaire d'accorder plus d'attention aux transitions : entre la première et la deuxième lignes, entre les soins ambulatoires et résidentiels, entre les soins et l'aide sociale, entre les soins pour enfants et adolescents et les soins pour adultes. Un transfert d'informations de qualité et une bonne gestion des sorties méritent plus d'attention à ces moments cruciaux. Actuellement, il n'existe aucun cadre clair garantissant une gestion qualitative de la sortie, ce qui est particulièrement important pour les personnes souffrant de problèmes psychiatriques plus graves.

La place des pairs-aidants constitue une troisième priorité au niveau des soins. Ce thème est aussi largement mis en avant par les plateformes de patients. La recherche montre que l'intégration de cette fonction dans les soins de santé mentale représente une valeur ajoutée pour les patients et les professionnels de la santé mentale, et peut contribuer à éviter les (ré)hospitalisations, à augmenter le recours aux soins ambulatoires, à améliorer la qualité de vie et à déstigmatiser les patients.

La consommation de médicaments psychoactifs est une autre source de préoccupation. Ces dernières années, par exemple, les Mutualités Libres ont constaté parmi leurs membres (tous âges confondus) une augmentation de la consommation à long terme (c'est-à-dire supérieure à trois mois) d'antidépresseurs, qui a atteint environ 8 % en 2022. C'est surtout chez les personnes âgées vivant en maison de repos que l'utilisation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques reste alarmante (avec respectivement 37,6 % - contre 8 % dans la population générale - et 8,9 % - contre 1 %). L'utilisation de somnifères et de calmants augmente également fortement avec l'âge. Ainsi, 30 % des plus de 75 ans déclarent utiliser des somnifères et des calmants. Selon le Vlaamse Ouderenraad, une explication possible de cette consommation élevée de

médicaments est une offre de prévention et de soins insuffisamment adaptée aux besoins psychologiques des personnes âgées.

Enfin, on constate la popularité croissante de l'assistance mixte (ou blended), un mélange entre les contacts en face-à-face et les outils digitaux (vidéo, applications...). Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur le développement et l'implémentation de ces applications, en collaboration avec les patients et avec leur évaluation. Il s'agit potentiellement d'une partie de la solution à la demande croissante de soins, à la pénurie aiguë de prestataires de soins, aux listes d'attente parfois trop longues, ...



Objectifs & actions

Atteindre une nette tendance à la baisse du fardeau des maladies psychiques d'ici 2030, par des efforts accrus en matière de prévention et d'optimisation des soins pour l'ensemble de la population

- Maximiser les moyens consacrés à la prévention et (de préférence et dans la mesure du possible) aux soins non pharmacothérapeutiques, en premier lieu pour les enfants et les adolescents. Le but est d'éviter qu'ils développent une maladie plus tard, ou du moins de la détecter et de la traiter de manière précoce, afin aussi de faire diminuer la consommation de médicaments pour les troubles mentaux chez les enfants et adolescents.
- Renforcer l'expertise en matière de santé mentale périnatale chez les prestataires de soins. Il est préférable de cibler les interventions auprès des prestataires de soins qui sont le plus en contact avec les femmes enceintes et les nouveau-nés, notamment les sages-femmes, les gynécologues, les médecins généralistes, les pédiatres, les psychiatres, Kind & Gezin et l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), les psychologues et les travailleurs sociaux. Un projet tel que "Born in Belgium Professionals" mérite par exemple d'être davantage soutenu et élargi.
- Développer une stratégie globale, destinée aux enfants, aux jeunes, à leurs parents et aux professionnels de l'enseignement, pour tous les niveaux d'enseignement, qui se concentre d'une part sur le renforcement du bien-être mental de ce groupe cible (entre autres grâce à l'exercice physique, au développement d'espaces verts...) et d'autre part, sur le développement d'une littératie en santé mentale.
- Assurer une communication et une accessibilité ciblées de la convention relative aux soins psychologiques de première ligne. L'objectif est que les personnes qui recherchent des soins psychologiques et en ont besoin puissent en bénéficier, en accordant une attention particulière à l'inclusion des groupes cibles vulnérables. Les acteurs importants à impliquer sont non seulement les patients eux-mêmes, mais aussi un large éventail d'autres groupes cibles, y compris les prestataires de soins, les travailleurs sociaux, les services d'aide à la jeunesse, l'enseignement et le secteur de l'emploi (médecins du travail, conseillers en prévention, ...).



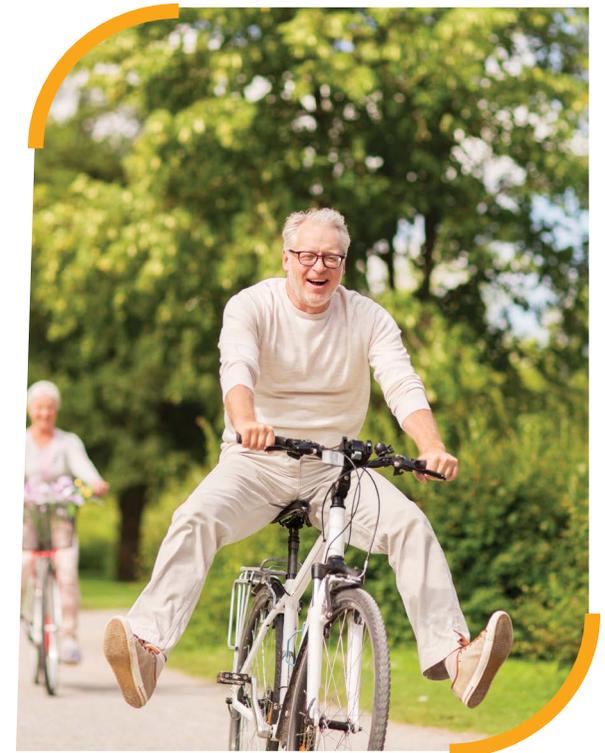
- Assurer la continuité des soins par un transfert fluide d'informations entre la première et la deuxième lignes, les soins de santé mentale et somatiques, les soins et l'aide sociale, ... Le patient doit pouvoir décider lui-même du contenu et des accès à ses informations. Pour les patients souffrant de problèmes psychiatriques sévères, il est particulièrement important de mettre en place des procédures de sortie bien définies (y compris un plan de suivi) qui assure la coordination avec d'autres partenaires, souvent ambulatoires, et avec les aidants proches. Une attention spécifique doit être accordée à la continuité et à l'accessibilité des soins pour les jeunes qui se trouvent dans la transition entre la psychiatrie pour enfants et la psychiatrie pour adultes.
- Valoriser le rôle des pairs-aidants, en créant un cadre clair pour des postes de travail rémunérés (qualifications requises, profil de fonction, rémunération adaptée). Cela peut se faire, par exemple, en incluant cette fonction dans les réglementations concernant le cadre de personnel des hôpitaux psychiatriques.

D'ici 2030, diminuer le nombre de suicides de 10 % par rapport à l'année de référence 2020 et enclencher une baisse significative des tentatives de suicides

- Organiser un enregistrement de qualité des tentatives de suicide au niveau national, sur la base du projet d'enregistrement de la cellule "Eenheid voor Zelfmoordonderzoek", et en commençant par les services d'urgence, afin de mieux orienter la politique de prévention du suicide, tout en tenant compte des différences régionales, des groupes cibles spécifiques, ... Les autorités compétentes doivent définir le cadre de cet enregistrement et le financer.

Réduire l'utilisation de produits psychopharmaceutiques de 10 % d'ici 2030

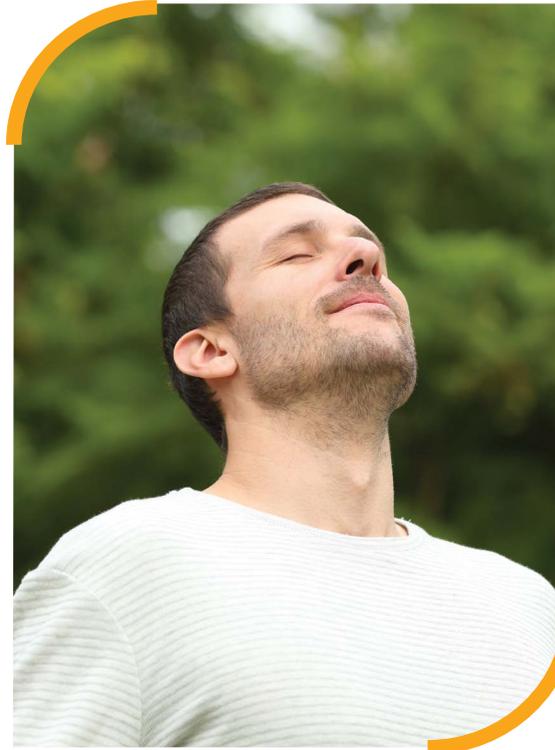
- Soutenir l'expansion de l'offre psychologique au sein des résidences pour personnes âgées, soit en collaboration avec les services ambulatoires ou en s'appuyant sur la convention des psychologues de première ligne, soit en faisant appel à un psychologue interne.



- ⌋ Mettre en place une politique dans chaque structure résidentielle concernant les produits psychopharmaceutiques, notamment à travers la psychoéducation des résidents, des membres des familles et des professionnels, la mise en œuvre des directives existantes (p. ex. la prise en charge des problèmes de comportement en cas de démence) et les interventions sur l'environnement. Cette politique doit être portée par une équipe multidisciplinaire au sein de la structure.

Réduire le fossé de financement entre la recherche sur la santé somatique et la recherche sur la santé mentale

- ⌋ En plus de la prévention, investir en particulier dans la recherche sur le développement et l'implémentation d'outils digitaux, intégrés dans les soins "ordinaires", pour les problèmes de santé mentale, ce que l'on appelle "l'aide mixte".
- ⌋ Mettre en place une plateforme pour partager et améliorer l'accès à la recherche et à l'expertise en matière de santé mentale.



Les troubles de santé mentale et la consommation de drogues représentent **20 %** de la perte d'années de vie en bonne santé.





Brain Help

Une politique des médicaments efficace et axée sur le patient, visant le long terme

Contexte

Les médicaments jouent un rôle important dans le diagnostic et le traitement des maladies. C'est pourquoi l'accès à des médicaments abordables, sûrs et de qualité fait partie des objectifs de développement durable des Nations Unies. Lorsque les médicaments ne sont pas disponibles (p. ex. en raison de pénurie) ou ne sont pas abordables, cela peut avoir un impact sur notre santé. Bien que l'utilisation des médicaments soit souvent inévitable, il y a lieu d'éviter la "surprescription". Enfin, l'implication des patients joue un rôle important dans le traitement. Des informations correctes, faciles à comprendre et accessibles sur le fonctionnement et les effets secondaires des médicaments, ainsi que la concertation entre prestataires de soins tels que médecins et pharmaciens au sujet des patients, sont essentielles.

Accessibilité et durabilité en péril

On assiste aujourd'hui à un développement rapide de nouveaux médicaments susceptibles d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies graves ou de guérir des maladies pour lesquelles il n'existe actuellement aucun traitement. Un tel développement doit être soutenu, mais les évolutions actuelles impliquent différentes mises en garde.

Ces dernières années en effet, les dépenses publiques en matière de médicaments ont fortement augmenté. Souvent, la valeur ajoutée des nouveaux médicaments n'est pas manifeste en raison des incertitudes concernant la sécurité et l'efficacité au moment où l'autorisation de mise sur le marché est accordée, et elle n'est pas toujours avérée dans la vie réelle ensuite. La position unique sur le marché et l'absence d'alternatives amènent parfois les entreprises à pratiquer des prix qui, à terme, deviennent impayables pour la sécurité sociale. Il n'y a pas de justification suffisamment claire du prix fixé par l'entreprise, ni de transparence sur les coûts de développement réels et les investissements déjà réalisés par les autorités par le biais de la recherche fondamentale subventionnée dans les universités et autres institutions de recherche.

De nombreux pays (dont la Belgique) ont recours aux "Managed Entry Agreements", dans lesquels des accords confidentiels fixent un coût spécifique pour un médicament, en tenant compte, entre autres, des incertitudes qui subsistent et de l'impact possible sur le budget des médicaments. La confidentialité de ces accords ne permet pas aux citoyens et aux organisations d'examiner d'un œil critique les dépenses réelles en médicaments, et elle empêche les autorités de justifier leurs décisions. Il est donc important de trouver un juste équilibre entre

la récompense de l'innovation, la garantie de l'accessibilité et de la disponibilité, et la viabilité du système.

Pour assurer la durabilité du système actuel, on compte régulièrement sur des économies à réaliser dans le marché hors brevet. Cependant, la part des génériques (35,1 %) et des biosimilaires en Belgique reste inférieure à celle d'autres pays comme les Pays-Bas ou l'Allemagne. Leur utilisation doit être encouragée parce qu'ils peuvent accroître la concurrence sur le marché et qu'ils permettent certaines baisses de prix légales. Toutefois, la marge dégagée avec les médicaments "bon marché" semble insuffisante pour couvrir les dépenses liées aux nouveaux médicaments.

La problématique doit donc être considérée dans un contexte plus large. Plusieurs initiatives ont été prises ces dernières années aux niveaux européen et mondial pour encourager l'accès à l'innovation avec un suivi du budget des soins de santé, sans résultats concrets jusqu'à présent toutefois.

Lutter contre la surconsommation

La maîtrise des dépenses en matière de médicaments passe également par un recours plus raisonné à ceux-ci. En Belgique, la consommation de médicaments est élevée, surtout pour certaines classes telles que les antibiotiques, les somnifères et les calmants. Des tentatives ont été réalisées de longue date pour réduire cette consommation,

mais sans résultat satisfaisant jusqu'ici. Or, la surconsommation de médicaments peut entraîner des problèmes tels que la résistance (dans le cas des antibiotiques), la dépendance (dans le cas des somnifères et des calmants), des hospitalisations, ... C'est pourquoi il est indispensable d'investir davantage dans la prescription rationnelle.

Le principe de la prescription rationnelle tient compte non seulement de la nécessité de traiter ou de ne pas traiter, mais aussi de la comparaison de l'efficacité, de la sécurité et des coûts des options thérapeutiques, ainsi que des préférences du patient. Il s'inscrit dans une approche d'evidence-based practice (EBP), selon laquelle chaque patient reçoit les meilleurs soins, les prestataires de soins de santé peuvent améliorer leurs compétences et la société peut garantir la durabilité et l'équité de son système de soins de santé. Cela nécessite dès lors que les prescripteurs soient informés de la valeur d'un médicament de manière objective via des informations adaptées au contexte belge.

Les patients, quant à eux, ont accès à de nombreuses informations sur les médicaments, mais elles ne sont pas toujours faciles à comprendre ou à lire. Pour le patient, pouvoir accéder à des informations objectives, de qualité et facilement compréhensibles sur les médicaments et dialoguer avec les professionnels de

santé est essentiel pour limiter les risques d'erreurs de médication, favoriser l'adhésion aux traitements, et renforcer les capacités d'autogestion du traitement. Il est de plus en plus évident que le fait d'encourager la participation des patients peut améliorer leurs résultats de santé et leur bien-être. Plusieurs enquêtes indiquent d'ailleurs que de nombreux patients souhaitent pouvoir mieux comprendre leur situation de santé et participer, même partiellement, aux choix thérapeutiques qui les concernent.



Objectifs & actions

Garantir un accès durable et juste à des médicaments sûrs, efficaces, accessibles et de qualité

- Établir, au niveau européen, un cadre équilibré dans lequel suffisamment de preuves pertinentes disponibles sont fournies au moment de l'autorisation de mise sur le marché et qui met l'accent sur les médicaments pour les maladies pour lesquelles subsiste un besoin médical important.
- Soutenir, au niveau européen, les différentes initiatives prises pour améliorer la transparence des prix ou pour parvenir à un prix "juste" (comme le Fair Price Calculator développé par l'Association internationale de la Mutualité).
- Explorer les possibilités de collaborations conjointes entre États européens (p. ex. des négociations conjointes ou la collecte de données).
- Ajuster le système actuel de "Managed Entry Agreements", en mettant davantage l'accent sur la collecte des données nécessaires pour lever les incertitudes qui subsistent quant à la valeur ajoutée (en examinant, par dossier, la solution, le modèle d'étude...), en responsabilisant les entreprises pharmaceutiques, en améliorant la transparence par une évaluation et des audits indépendants, et en explorant les possibilités de contrats non confidentiels, dans lesquels le remboursement est lié à des conditions et qui permettent de lever les incertitudes budgétaires.
- Poursuivre les efforts pour soutenir les initiatives européennes en faveur d'une approche structurelle et durable des indisponibilités.
- Encourager les essais cliniques en situation réelle menés par des organismes indépendants : les études cliniques effectuées avant l'introduction d'un nouveau médicament sur le marché n'apportent pas toujours de réponses à toutes les questions que se posent les patients, la société ou les prestataires de soins de santé. Les études axées sur la pratique concernant l'optimisation des traitements, telles que les ajustements des doses nécessaires, la durée du traitement, ... peuvent avoir un impact positif sur les soins aux patients et sur l'utilisation raisonnable des moyens dans les soins de santé.
- Améliorer la transparence sur les investissements des fonds publics dans la recherche.
- Organiser un large débat public, comme recommandé par la Fondation Roi Baudouin et le KCE, sur différents aspects des médicaments, dont le prix de revient, les critères d'évaluation (qualité de vie, survie, ...), la valeur ajoutée, ...
- Informers clairement les citoyens sur l'évaluation de la valeur d'un médicament, les données disponibles sur un médicament (par exemple les effets secondaires ou la qualité de vie), et sur les raisons pour lesquelles certains médicaments sont ou ne sont pas remboursés.
- Ajuster le processus de remboursement actuel, afin de se concentrer sur une approche efficace et durable : stimuler l'utilisation des médicaments génériques et des biosimilaires pour augmenter la concurrence, ainsi que pour évaluer et réviser les systèmes de contrôle budgétaire existants.
- Créer un groupe de travail au sein de la Commission de remboursement des médicaments afin de trouver une solution structurelle et un cadre adapté à la problématique des thérapies combinées (association de plusieurs médicaments, de plus en plus fréquente, surtout en oncologie) pour résoudre les problèmes en termes de procédure de remboursement et réduire leur impact sur le budget.

Mieux informer les patients de façon à leur permettre de faire des choix éclairés et favoriser un bon usage des médicaments

- ⤿ Mettre à la disposition des patients des informations brèves, de qualité et facilement compréhensibles sur les médicaments, et sur la place du médicament dans le traitement. Ces informations peuvent être rendues accessibles via un site web, un outil existant tel que MaSanté ou être communiquées au patient par le prestataire de soins.
- ⤿ Mettre à la disposition du prestataire de soins de santé des outils pouvant être utilisés pour faciliter la prise de décision sur les traitements, dans un processus de décision partagée entre médecin et patient (comme des supports présentant les options de traitement, les effets attendus...), et qui sont facilement accessibles et liés au module de prescription.

Une politique qui optimise l'utilisation des médicaments

- ⤿ Améliorer l'utilisation des antibiotiques : poursuivre les différentes actions reprises dans le plan actuel "One health 2020-2024", et préparer un nouveau

plan sur la base d'une évaluation du plan actuel. Investir dans de nouveaux modèles économiques afin de garder les antibiotiques existants sur le marché et stimuler le développement de nouveaux.

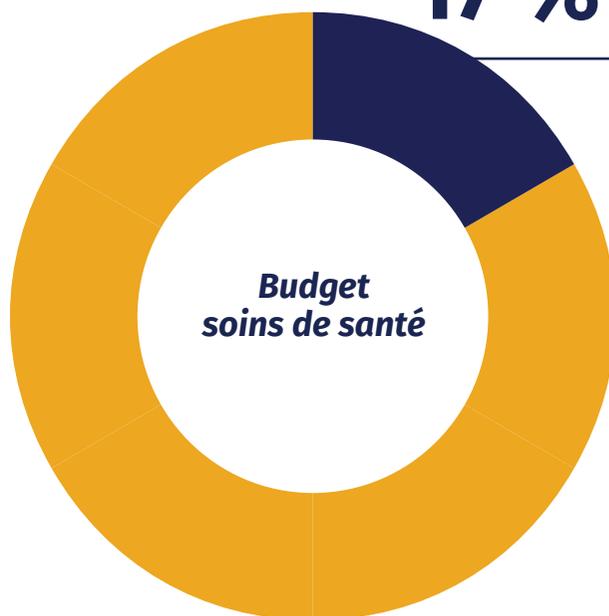
- ⤿ Réduire l'utilisation des benzodiazépines : diminuer les utilisateurs chroniques en mettant l'accent sur un usage de courte durée des somnifères, en évitant la prescription chronique et en continuant à informer le public et les prescripteurs des effets indésirables possibles.
- ⤿ Développer un système permettant de prescrire et de délivrer la quantité exacte nécessaire au traitement (à court terme) pour certaines classes de médicaments, par exemple les antibiotiques, les opioïdes, les somnifères et les calmants.
- ⤿ Intégrer l'optimisation de l'utilisation des médicaments dans les pratiques de routine des prestataires de soins : intégrer les bonnes pratiques de prescription et les aides à la décision dans les logiciels médicaux, ...
- ⤿ Optimiser l'utilisation des médicaments dans les centres de soins résidentiels, par exemple en mettant en place une concertation interprofessionnelle dans les établissements résidentiels pour personnes âgées.

Une politique qui garantit les meilleurs soins possibles autour du patient

- ⤿ Garantir la continuité du traitement médicamenteux en assurant un transfert entièrement électronique des données relatives aux médicaments entre les différents niveaux de soins et assurer une politique structurelle d'admission et de sortie ainsi qu'une politique transmurale, en collaboration avec les soins de santé primaire et les établissements résidentiels pour personnes âgées.

17 %

Les dépenses en médicaments représentaient environ 5 milliards d'euros, soit 17 % du budget des soins de santé.



**Budget
soins de santé**

En 2021, les dépenses brutes en médicaments s'élevaient à 5,9 milliards d'euros. Parmi celles-ci, les dépenses en médicaments pour lesquels un contrat a été conclu représentaient 1,89 milliards d'euros. Les compensations versées par l'industrie pharmaceutique s'élevaient quant à elles à 1,01 milliards d'euros. En prenant en compte les indemnités, les dépenses en médicaments représentaient donc environ 5 milliards d'euros, soit 17 % du budget des soins de santé.





Incapacité de travail : la durabilité du système en question

Contexte

D'après Statbel, les personnes en incapacité de travail enregistrent des scores largement moindres en termes de satisfaction des conditions de vie (générales, financières et relationnelles) que les travailleurs, les pensionnés, les demandeurs d'emploi, les étudiants et les personnes au foyer. L'incapacité de travail est une période difficile, non seulement à cause de la maladie, mais aussi en raison des conséquences de celle-ci sur la vie quotidienne.

Un phénomène en augmentation

Or, à l'exception des années 2020-2021 (exceptionnelles par l'accroissement des incapacités, puis leur diminution suite aux confinements), on observe depuis le début du siècle une augmentation structurelle du nombre d'incapacités primaires (c'est-à-dire de moins de 12 mois d'incapacité). La croissance des personnes en invalidité (c'est-à-dire plus de 12 mois d'incapacité) s'avère, elle aussi, structurelle. Elle est en outre beaucoup plus importante et soutenue que celle de l'incapacité primaire.

Parmi les causes principales de ces augmentations, il y a bien évidemment le vieillissement de la population générale et celui de la population active, accompagnés de davantage de problèmes de santé. Le

recul de l'âge légal de départ à la retraite joue donc un rôle important, et cela s'est particulièrement vu à l'occasion de la féminisation du marché du travail et de l'alignement de l'âge de la pension des femmes sur celui des hommes, alors que celles-ci sont davantage touchées par certaines pathologies, notamment les troubles psychiques, musculo-squelettiques et du tissu conjonctif. À eux seuls, ceux-ci expliquent deux tiers des incapacités de travail, et cette part va croissant. Enfin, il a été démontré que les restrictions amenées aux allocations de chômage ont aussi induit des transferts vers l'incapacité de travail.

Des dépenses à contenir

Cette croissance générale de l'incapacité de travail entraîne une augmentation forte et structurelle des dépenses d'indemnités, surtout en ce qui concerne l'invalidité. D'après certaines projections du Bureau du Plan, on peut estimer qu'à politique constante, les 10 milliards de dépenses ont été dépassés en 2022, et que les 11 milliards le seront déjà en 2024.

En appliquant les taux d'évolution du Bureau du Plan sur les effectifs consolidés de 2021, on peut déduire que :

à politique inchangée, l'incapacité primaire connaîtra encore une croissance à court terme, avant d'atteindre une relative stabilité à partir de 2027. Nous évoluerons alors, sur le long terme, à un

niveau haut, entre 480.000 et 500.000 périodes annuelles ;

en ce qui concerne l'invalidité, le demi-million d'invalides a été dépassé en 2022. La croissance est toujours fulgurante, le cap des 550.000 invalides sera atteint dès 2024, et celui des 575.000 aux alentours de 2028. À politique inchangée, des taux de croissance négatifs ne sont attendus, de manière consolidée, qu'à partir de 2035.

La décroissance annoncée des effectifs invalides pourrait rassurer, mais elle n'advient qu'à des niveaux bien plus hauts que ceux observés en 2023, alors même que le système s'avère déjà sous pression. En effet, à l'heure actuelle, on compte moins de 200 médecins-conseils au sein des mutualités, alors que l'INAMI lui-même évalue les besoins à plus de 320. C'est d'ailleurs pour répondre à cet important défi que la réforme de l'évaluation médicale a été entérinée en 2023 : pleinement pertinente, elle permet d'alléger les tâches du médecin-conseil par une meilleure répartition avec les paramédicaux et les coordinateurs de retour au travail.

Néanmoins, il est nécessaire d'aller plus loin qu'une réorganisation de la gestion du système, et de diminuer concrètement les effectifs des personnes en incapacité de travail, particulièrement de longue durée.

Objectifs & actions

D'ici 2030, réduire les entrées en incapacité de travail de 10 % par rapport à 2023 par la prévention

- Monitorer et évaluer le processus de responsabilisation des employeurs institué en 2023, et si nécessaire le renforcer. Par ailleurs, accompagner les employeurs par des incitants positifs afin de les amener à déployer largement les actions de prévention sur le lieu du travail.
- Élargir l'accès à la profession des conseillers en prévention et alléger la charge des médecins du travail, notamment par davantage de digitalisation, de délégation vers le personnel infirmier, et une meilleure sélection des travailleurs à inviter.
- Renforcer la concertation des initiatives régionales en matière de prévention et de promotion avec le niveau fédéral.
- Mener une évaluation d'impact global des outils en matière de prévention et de promotion de la santé au travail, ainsi qu'un audit du système de prévention de l'incapacité de travail.

Améliorer l'accompagnement des ayants-droits par la simplification et l'optimisation du système

- Revoir les notions d'incapacité primaire et d'invalidité, notamment quant à leurs dénominations stigmatisantes.
- Faire en sorte que chaque titulaire puisse aisément comprendre les moments-clés de sa période d'incapacité, les éléments pris en compte pour le calcul des indemnités, les différentes voies de retour à l'emploi, et plus généralement ses droits et ses devoirs.
- Penser l'accompagnement par les médecins-conseils et leurs équipes en fonction des diagnostics afin d'individualiser et d'optimiser davantage les accompagnements.
- Centrer davantage les accompagnements sur les capacités restantes, car l'incapacité de travail induit une moindre satisfaction des conditions de vie, et un retour à l'emploi (possiblement aménagé et à temps partiel) peut faire partie du rétablissement.
- Concentrer les actions sur l'incapacité primaire plutôt que sur l'invalidité afin de maximiser les chances de succès.

- Numériser davantage le système de l'incapacité de travail, au vu des flux d'informations nécessaires entre de multiples acteurs aux fins de reconnaissance de l'incapacité et des calculs d'indemnités. Cela permettra en outre de renforcer la lutte contre les abus et les surprescriptions de périodes d'incapacité de travail.
- Augmenter les niveaux d'indemnités au-dessus du seuil de risque de pauvreté, tout en maintenant un différentiel suffisant avec les revenus professionnels afin d'inciter au retour à l'emploi.
- Finaliser la réflexion sur l'instance de médiation permettant de limiter les recours juridiques.

D'ici 2030, augmenter de 10 % par rapport à 2023 les sorties d'incapacité de travail par le retour à l'emploi

- Mettre en exergue les avantages du retour à l'emploi, et les consolider par des incitants positifs, dont le différentiel entre indemnités et revenus professionnels.
- Renforcer la reprise du travail à temps partiel et l'amener à toucher davantage d'autres publics, comme celui des

personnes en fin de carrière et ayant recouvré suffisamment de capacités restantes.

- Instaurer différents taux d'incapacité comme c'est le cas d'autres pays européens, en plus du taux actuel de 66 % : l'adjonction d'un taux dès 33 % de perte de capacité de gain peut constituer une piste intéressante.

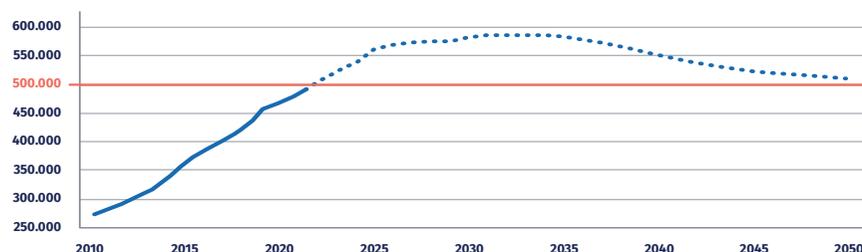
En 2030, organiser un audit indépendant sur la politique en matière d'incapacité de travail, afin d'évaluer si elle s'est améliorée par rapport à celle menée en 2020

- Renforcer la concertation entre entité fédérale et entités fédérées pour toute nouvelle politique relative à l'incapacité de travail ou ayant un impact sur cette dernière (telles que les politiques sociales, de santé, d'emploi, d'économie...), et impliquer les acteurs directement concernés, qui peuvent alerter sur d'éventuelles incohérences réglementaires ou impossibilités opérationnelles et guider vers des solutions viables.
- Évaluer le caractère réaliste de toute nouvelle politique en temps et en heure, autant que possible en amont, et avec l'aide du centre d'expertise en matière d'incapacité de travail.

Projection de l'invalidité

La courbe bleue est une projection réalisée à partir des taux de croissance définis par le Comité d'Étude sur le Vieillessement, dans le cadre de la rédaction de son rapport 2022. Elle marque la non-soutenabilité du système, puisque, à politique inchangée, le nombre d'invalides sera supérieur à celui de 2023 durant les 20 prochaines années.

Invalidité consolidée jusque 2021 et projetée au-delà
(en nombre de personnes invalides)



- Renforcer le centre d'expertise en matière d'incapacité de travail au sein de l'INAMI, en termes de missions, de mandats, de ressources et de partenariats.
- Élargir les croisements de données, dans le respect du RGPD (règlement général sur la protection des données), au moins avec les structures en charge du retour à l'emploi, afin de pouvoir mesurer les résultats des trajets de réintégration.
- Baser la politique en matière d'incapacité de travail sur l'évidence scientifique, qui doit guider les investissements sur des leviers porteurs.
- Définir les politiques en matière d'incapacité de travail sur un terme long de 10 ans, au-delà donc d'une simple législature, avec un budget pluriannuel correspondant et la prise en compte du retour sur investissement en termes de financement de la sécurité sociale par la diminution des indemnités et l'augmentation du taux d'emploi et des cotisations.
- Mandater la Cour des Comptes pour mener un nouvel audit des mesures de réintégration sur le marché du travail. Le résultat global devrait être jugé "amélioré" par rapport aux audits de 2019 et 2021.



Transition numérique dans les soins de santé : the next chapter

Contexte

Les évolutions numériques se succèdent à un rythme effréné dans notre société, et les soins de santé ne font pas exception. Mais aujourd'hui, tout le monde ne participe pas à cette transition numérique. Selon Eurostat, seuls 54,23 % des Belges possèdent des compétences numériques de base, avec une différence significative entre les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (57 %) et les personnes moins instruites (15 %). Le renforcement de la littératie numérique (en santé) est un point d'attention crucial pour les politiques futures, afin que les citoyens comprennent et utilisent pleinement les évolutions numériques, tout en sachant comment se protéger contre les atteintes à la vie privée et les autres risques.

Les données de santé : un enjeu capital

Les citoyens veulent avoir la garantie que leurs données médicales personnelles sont conservées en toute sécurité et partagées uniquement avec les personnes qu'ils ont autorisées à y accéder. Il est essentiel qu'ils gardent confiance dans l'utilisation correcte et la sécurité de leurs données, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD). Plus de trois Belges sur quatre sont prêts à partager leurs données de santé personnelles, à condition que cela soit limité au secteur des soins, et donc pas à des fins commerciales. Il est toutefois nécessaire de renforcer la politique

globale en matière de données. Par exemple, les normes minimales actuelles de la Banque Carrefour, qui datent de 2017, sont dépassées. La digitalisation entraîne une multitude de points d'accès, ce qui augmente le risque d'attaque par des pirates informatiques et rend nécessaires des investissements supplémentaires dans la cybersécurité. Les institutions de soins doivent être soutenues financièrement pour répondre aux exigences en matière de cybersécurité.

Divers projets sont actuellement en gestation en matière de données de santé. Alors que dans le cadre du "Quintuple Aim", on vise les soins intégrés autour du patient, le Belgian Integrated Health Record (BIHR, ou dossier patient informatisé) est un élément fondamental qui assurera un continuum de soins autour du patient et conduira à une meilleure qualité de soins (utilisation primaire des données). La création de la Health Data Agency (HDA) vise, quant à elle, un accès simplifié à des données de santé fiables pour la recherche et l'innovation (utilisation secondaire). Au niveau européen, un espace européen des données de santé, mieux connu sous le nom de European Health Data Space (EHDS), est en cours d'élaboration. Ces projets sont ambitieux et, outre un calendrier réaliste, ils nécessitent l'engagement de suffisamment de personnes et de moyens.



La digitalisation au service du patient

La digitalisation des flux administratifs se poursuit également. Les flux et les documents numériques deviennent la norme. En 2023, les services digitaux eAttest (transmission d'une attestation électronique à la mutualité) et eFact (régime du tiers-payant) sont utilisés par 86 % des médecins généralistes, 79 % des dentistes et 95 % des spécialistes (pour les soins ambulatoires intra/extra muros). D'ici 2025, l'utilisation d'eAttest et d'eFact sera rendue obligatoire par la loi. D'ici 2026, d'autres prestataires tels que les kinésithérapeutes, les logopèdes, les bandagistes et les audiciens doivent également passer au digital, tout comme les prescriptions pour des soins de santé (p. ex. pour les séances de kinésithérapie). Pour éviter les fraudes, l'utilisation obligatoire d'un timestamp (via la carte d'identité électronique) devra être obligatoire pour indiquer le moment de contact avec le prestataire de soins. Les démarches en matière d'incapacité de travail sont aussi digitalisées. Fin 2022, l'eCIT a été lancé. Il s'agit d'une application qui permet aux médecins d'envoyer, avec le consentement du patient, un certificat d'incapacité de travail par voie électronique à l'employeur et/ou à la mutualité. Fin 2024, la plateforme de communication TRIO sera mise en production dans le cadre du trajet d'incapacité de travail et de réintégration professionnelle. Elle doit

permettre à tous les acteurs - médecins du travail, médecins généralistes, médecins-conseils - d'échanger et de consulter les informations nécessaires à la prise de décision concernant une demande de reprise du travail.

L'intégration des nouvelles technologies dans les soins de santé et l'assurance maladie reste un défi. Les téléconsultations ont soudainement été rendues possibles en raison de la pandémie, mais le cadre réglementaire doit être clarifié. Il sera nécessaire de définir quand une consultation virtuelle peut être appliquée ; parfois une consultation physique doit rester la norme. Un prestataire ne peut jamais imposer une consultation à distance au patient. Le consentement éclairé du patient est donc une condition essentielle pour une téléconsultation, tout comme l'existence d'une relation préalable avec le prestataire de soins.

Des avancées sont également nécessaires pour les applications médicales. À ce jour, 37 ont été validées en Belgique, une seule ayant été (temporairement) remboursée dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. La procédure de validation a été revue en profondeur en 2023, ce qui devrait permettre une intégration améliorée et, espérons-le, plus rapide des applications médicales dans les processus de soins. Au niveau régional, un

site internet a été lancé en Flandre (online-hulpapps.be), répertoriant d'autres sites et des applications pour le bien-être et la santé mentale, validés par des experts. Alors que d'autres pays sont à la pointe, comme l'Allemagne, avec 44 applications reconnues et remboursées et qu'au niveau européen, un label est en cours d'élaboration (projet Label2Enable), la Belgique a encore des progrès à accomplir.

54,23 %

des Belges possèdent des compétences numériques de base, avec une différence significative entre les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (57 %) et les personnes moins instruites (15 %).



Objectifs & actions

Augmenter la proportion de Belges disposant des compétences numériques de base à 70 % d'ici 2030

- Renforcer les connaissances des citoyens afin qu'ils sachent comment utiliser certaines applications digitales dans le domaine des soins de santé et quels sont leurs droits dans cet environnement numérique, comme décrit dans la proposition du European Health Data Space.
- Sensibiliser et informer les citoyens sur la valeur ajoutée de l'utilisation secondaire des données afin de renforcer la confiance dans la numérisation des soins de santé.
- Maintenir l'accès aux services non digitaux pour les citoyens qui sont moins à l'aise dans le monde numérique.

Élaborer un cadre juridique et technique solide pour une gestion et une utilisation efficaces et sûres des données de santé

- Moderniser les normes minimales de la Banque Carrefour pour les rendre plus conformes aux réglementations actuelles et aux réalités du terrain.
- Fournir un soutien financier aux institutions de soins de santé et aux plateformes de données pour répondre aux exigences strictes en matière de cybersécurité.

- Fournir un calendrier réaliste pour l'implémentation des chantiers BIHR, HDA et EHDS, ainsi que des moyens et du personnel en suffisance pour les réaliser, en utilisant de façon optimale les structures et plateformes existantes.
- Développer un régime de défraiement transparent et équitable pour la mise à disposition des données de santé à des fins d'utilisation secondaire.

Faire de l'envoi et de l'échange électroniques d'informations administratives la norme, grâce à l'application des principes suivants

- Six mois après le début de la production d'un nouveau service digital, son caractère obligatoire doit être établi par la loi avec une période de transition de 2 ans.
- La fourniture systématique d'un timestamp (via la carte d'identité électronique) et le caractère obligatoire d'un service de facturation digitale doivent toujours aller de pair, avec une preuve digitale pour le citoyen.
- Intégrer les flux de données externes (par exemple, les données fiscales) qui sont essentiels pour une organisation optimale des remboursements de soins de santé ou le paiement des indemnités.

- Faire respecter strictement le calendrier par les fournisseurs de logiciels qui contribuent à l'implémentation des services digitaux soutenus par l'INAMI ou les administrations régionales.

Faciliter l'intégration des nouvelles technologies dans les soins de santé et l'assurance maladie-invalidité

- Élaborer un cadre réglementaire clair pour les téléconsultations, contenant la spécification du contexte dans lequel une téléconsultation est autorisée ou interdite, et le droit du patient de choisir entre une téléconsultation et une consultation physique.
- Améliorer l'intégration des applications médicales dans les processus de soins de santé avec des garanties suffisantes pour les patients grâce à une implémentation rapide de la nouvelle procédure de validation en tenant compte de la perspective du patient, des avantages pour la santé, ainsi que de toute valeur ajoutée de l'application pour l'organisation des soins.
- Prévoir des ressources supplémentaires au sein de l'INAMI pour accompagner cette procédure, et l'évaluer après 2 ans.
- Soutenir un label européen pour les applications de santé qui reflète de manière transparente la qualité de l'application.



Institutionnel : assurer la stabilité et promouvoir la collaboration. Une vision en termes de politique de santé est la vraie priorité.

Contexte

La 6^e réforme de l'État a nécessité de consacrer beaucoup de ressources et de temps pour intégrer les matières transférées dans les structures régionales. À titre d'exemple, ce n'est qu'en juin 2024 que la Flandre reprendra l'exercice des dernières politiques transférées. Pendant dix ans, les efforts n'ont pas été concentrés sur les véritables défis et les réformes indispensables du système de santé actuel, tels que l'offre hospitalière, la collaboration entre les professions de santé, la pénurie de personnel soignant, la révision de la nomenclature, l'innovation pour les patients, ... Or, pour améliorer la santé et le bien-être de tous les Belges, c'est sur ces chantiers que nous devons nous concentrer.

Dans les années qui viennent, les gouvernements ont besoin de stabilité pour parvenir à un véritable fédéralisme de coopération, condition essentielle pour assurer la réussite des chantiers cités plus haut. Que l'on régionalise ou que l'on refédéralise les politiques de santé, une collaboration entre les différentes entités sera toujours nécessaire dans le contexte belge. Or, de nombreux outils, remis en lumière lors de la crise Covid-19, existent déjà.

La collaboration est en effet possible et mène à la réussite si l'on s'en donne les moyens, comme le prouve l'exemple du Protocole d'accord du 5 novembre 2018 sur les 25 réseaux hospitaliers locorégionaux : le gouvernement fédéral et les entités fédérées ont déterminé le nombre de réseaux par entité fédérée, mais ont laissé à chacune d'entre elles, en concertation avec les acteurs du terrain, la liberté d'organiser ces réseaux. Dans un autre domaine, l'accord de coopération pour l'exploitation des données médicales sur le certificat Covid a permis aux citoyens belges de voyager dans les pays non européens.

Utilisons donc au maximum les nombreux outils existants pour parvenir à un véritable fédéralisme de coopération : cela profitera aux citoyens et à l'efficacité du système.

Quelques principes pour une politique de santé renforcée

Les Mutualités Libres partagent les analyses selon lesquelles la 6^e réforme de l'État a été un échec, la répartition des compétences relevant davantage d'un accord politique que d'une répartition rationnelle qui, de notre point de vue, devrait faciliter une politique de santé efficace et efficiente.



Pendant dix ans, les efforts n'ont pas été concentrés sur les véritables défis et les réformes indispensables du système de santé actuel, tels que l'offre hospitalière, la collaboration entre les professions de santé, la pénurie de personnel soignant, la révision de la nomenclature, l'innovation pour les patients...



Utilisons plutôt des méthodes de travail qui n'ont pas encore été suffisamment saisies, comme des politiques fédérales asymétriques, des accords de coopération ou une représentation des différentes entités dans les organes de gouvernance et de gestion des politiques de santé. En outre, un véritable "esprit d'équipe" entre les différents gouvernements permettrait déjà de mettre beaucoup d'huile dans les rouages.

Un certain nombre de changements sont bien sûr nécessaires si l'on veut parvenir à un processus de décision politique plus efficient et plus efficace en matière de santé publique. Plusieurs principes doivent toutefois être respectés dans toute réflexion institutionnelle :

- ✓ Une réforme de l'État ne constitue qu'un moyen et n'est pas une fin en soi. Il faut éviter toute complexité supplémentaire et rechercher une plus grande efficacité dans le processus de décision et dans la gestion de l'assurance maladie-invalidité, en étroite concertation avec les mutualités.
- ✓ Toute concurrence déloyale entre les entités fédérées doit être évitée. Les choix des entités fédérées dans le cadre de leurs compétences ne doivent pas

mettre en difficulté les autres, ni le niveau fédéral, ou leur imposer des coûts supplémentaires. Par conséquent, le remboursement des prestations et les normes doivent être définis au niveau fédéral.

- ✓ La responsabilisation des autorités concernées est également cruciale. Elle doit d'ailleurs être liée à la vision commune, ainsi qu'aux objectifs et aux accords financiers correspondants (par exemple, une contribution au budget des soins de santé des entités fédérées qui n'auraient pas atteint leurs objectifs en matière de prévention). Une révision du mécanisme de concertation entre les niveaux politiques, les administrations et les parties prenantes, avec une plus grande coordination du niveau fédéral, doit donc être à l'ordre du jour.
- ✓ Le citoyen/patient doit occuper une place centrale, et ne pas devenir une victime de la complexité (supplémentaire) de notre système de soins de santé. Le libre choix du prestataire et du traitement, ainsi que la liberté de faire appel à n'importe quel prestataire sur le territoire belge, doivent être garantis.

- ✓ Pour la mise en œuvre de cette vision commune, il est important que le niveau fédéral joue un rôle de coordination.

Vers une plus grande cohérence des politiques de santé

- ✓ Aujourd'hui, le pays, en raison de sa structure étatique, connaît des blocages dans les processus décisionnels en général, et dans le domaine de la santé publique en particulier. La réduction du nombre d'entités fédérées ou le renforcement de leur autonomie n'éliminera pas le besoin de mécanismes de coordination. Les difficultés que nous rencontrons aujourd'hui pour mener une politique de santé cohérente exigent avant tout que les différentes autorités se coordonnent et coopèrent mieux dans leurs mécanismes de décision. Dans l'intérêt de l'efficacité et de l'efficience du système de santé, des médecins et des patients, la santé publique doit à nouveau être considérée comme une responsabilité commune, et non comme une compétence partagée ou qui divise.



“

La santé publique doit à nouveau être considérée comme une responsabilité commune, et non comme une compétence partagée ou qui divise. Utilisons au maximum les nombreux outils existants pour parvenir à un véritable fédéralisme de coopération : cela profitera aux citoyens et à l'efficacité du système.

”

Notre position nous permet d'avancer plusieurs pistes pour renforcer la collaboration et la cohésion au sein de la structure actuelle. Les pistes proposées découlent de la volonté de mettre la politique de santé au centre des préoccupations, ainsi que le renforcement de la coordination, de la loyauté et de la responsabilité, et se concentrent sur l'intérêt du patient en tant que citoyen. Il s'agit d'exploiter au maximum les instruments prévus par la précédente réforme de l'État.

- ✓ Le Comité de concertation est un moteur important pour renforcer la cohésion, la coordination et la coopération. Au début de chaque législature, le Comité de concertation peut charger la Conférence Interministérielle Santé publique de définir un certain nombre d'objectifs et de priorités communs dans le domaine des soins de santé en vue d'une politique efficace et efficace.
- ✓ Les accords de coopération doivent servir à ancrer les objectifs et les priorités. Une marge de manœuvre est laissée aux entités fédérées pour mener leurs propres politiques ("place-based policies", ou politiques de proximité). Dans le cadre des accords de coopération, un bonus/malus financier peut être lié à la réalisation des objectifs.

- La représentation croisée de chaque entité dans les organes décisionnels des autres parties doit être encouragée. Les fonctionnaires des entités fédérées participent aux travaux des administrations fédérales (INAMI, SPF Santé publique...) et vice versa. Ils exercent une fonction de conseil et d'observation. Leur mandat est défini dans un arrêté concerté. Une telle démarche peut garantir la cohésion et la cohérence, en particulier dans le cas de réformes majeures du système de santé dont l'impact dépasse les frontières des entités fédérées.
- Enfin, nous proposons une simplification administrative à Bruxelles au travers de la "cocomisation" des compétences en matière de santé publique : les compétences "santé" de la Cocom doivent être rassemblées au sein d'une seule administration, tout en maintenant la dynamique paritaire et en adaptant les organes de concertation (conseils consultatifs, commissions...), tant au niveau de leur composition que de leur fonctionnement. Ceci signifie l'absorption progressive des secteurs "santé" et "affaires sociales" de la Cocom.

Améliorer la collaboration

Les instruments énumérés ci-dessus n'ont besoin que d'une simple volonté politique. Ils ne nécessitent pas de modification de la Constitution, ni de loi spéciale de réformes institutionnelles, ni de loi spéciale de financement. Si une majorité des deux tiers est disponible après 2024, des ajustements plus profonds peuvent également être effectués pour renforcer la cohésion au sein du Comité de concertation, la répartition des compétences, ainsi que le financement et les dotations :

- Pour améliorer le fonctionnement du Comité de concertation, un mécanisme de décision doit être prévu dans la loi ordinaire de réformes institutionnelles. Ce mécanisme doit permettre de briser la situation dans laquelle le gouvernement fédéral se trouve de facto en position minoritaire.
- La loi spéciale de financement prévoit déjà des mécanismes de responsabilisation en ce qui concerne les dotations aux entités fédérées. Une responsabilisation spécifique en matière de santé publique et de soins de santé peut être prévue.

- Les principales inefficacités concernant la répartition des compétences en matière de santé doivent être éliminées. L'homogénéisation des compétences est réalisée en vue d'atteindre plus d'efficacité. Dans tous les cas, l'assurance maladie-invalidité reste organisée au niveau national.
- La possibilité du droit de substitution doit être prévue. Particulièrement en cas de gestion de catastrophes et de crises, le gouvernement fédéral doit pouvoir se substituer aux entités fédérées s'il s'avère que celles-ci ne peuvent, seules, faire face à la situation.

Quelles que soient les majorités possibles en 2024, compte tenu des différences des uns et des autres, l'organisation de l'État doit se greffer pleinement sur le développement, le renforcement et le déploiement de structures et d'instruments de collaboration intergouvernementale où la stabilité doit être la priorité absolue. Il ne faut pas perdre de vue que de nombreux mécanismes peuvent être conçus au niveau juridique pour promouvoir la collaboration. Certains d'entre eux sont déjà bel et bien prévus, mais sous-utilisés. En fin de compte, le plus important est que les acteurs eux-mêmes éprouvent la volonté d'utiliser les possibilités actuelles de collaboration pour en faire un succès. Il est temps d'instaurer un véritable fédéralisme de coopération !

Bibliographie

- Banque Carrefour de la sécurité sociale. (2017). Normes minimales sécurité de l'information et vie privée. https://www.ksz-bcss.fgov.be/sites/default/files/assets/protection_des_donnees/mnm_normes_minimales.pdf
- Bruyneel, L., Kestens, W., Alberty, M., Karakaya, G., Van Woensel, R., Horemans, C., Trimpeneers, E., Vanpoucke, C., Fierens, F., Nawrot, T. S., & Cox, B. (2022). Short-Term exposure to ambient air pollution and onset of work incapacity related to mental health conditions. *Environment International*, 164. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2022.107245>
- Bureau fédéral du Plan. (2022). Incapacité de travail de longue durée (i38). https://www.indicators.be/fr/i/G08_WIN/Incapacite+de+travail+de+longue+duree
- Charafeddine, R., Demarest, S., Berete, F. Enquête de santé 2018 : Littérature en santé . Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440.72. Disponible en ligne : www.enquetesante.be
- Conseil supérieur des finances. (2022). Comité d'Etude sur le Vieillessement: Rapport annuel. <https://www.conseilsuperieuresdesfinances.be/fr/publication/comite-detude-sur-le-vieillessement-rapport-annuel-2022>
- Dejardin, B. (2021). Les conséquences inattendues de la supervision de la recherche d'emploi : invalidité au lieu d'emploi? https://dulbea.ulb.be/wp-content/uploads/2021/07/Dulbea_PolicyBrief_21.07.pdf
- Devleeschauwer, B., & Gorasso, V. (2022). Quel impact ont les 37 maladies principales sur la santé des Belges? Sciensano. <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/quel-impact-ont-les-37-maladies-principales-sur-la-sante-des-belges>
- European Commission. (2022). Healthier together : EU non-communicable diseases initiative. <https://doi.org/10.2875/195572>
- Eurostat. (2021). Individuals who have basic or above basic overall digital skills by sex (tepsr_sp410). ESMS Indicator Profile (ESMS-IP). https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/tepsr_sp410_esmsip2.htm
- Horemans, C., Huyghebaert, C., Macken, E., Peeters, M., Prade, A., Van Woensel, R., & Von Rauch, E. (2020). Perturbateurs endocriniens: agir pour protéger notre santé. Position paper des Mutualités Libres. www.mloz.be
- Hulstaert F., Pouppez C., Primus-de Jong C., Harkin K., Neyt M.. Mise sur le marché des médicaments et des dispositifs médicaux en Europe : manque de données probantes et solutions possibles. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2021. KCE Reports 347. DOI: 10.57598/R347BS.
- Karakaya, G., Lona, M., & Bruyneel, L. (2020). Etude sur les maladies Chroniques en Belgique. Evolution entre 2010 et 2018. www.mloz.be
- Kestens, W., Karakaya, G., Bruyneel, L., Lona, M., & Leclercq, A. (2019). La concentration des dépenses de santé en 2010 et 2018. www.mloz.be
- M-POHL. (2021). International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>
- Mutualités Libres. (2023). Chiffres eAttest et eFact (non-publié).
- Neyt, M., Devos, C., Thiry, N., Silversmit, G., De Gendt, C., Van Damme, N., Castanares-Zapatero, D., Fairon, N., Hulstaert, F., & Verleye, L. (2021). Les médicaments innovants contre le cancer ont-ils toujours une réelle valeur ajoutée ?. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2021. KCE Reports 343. DOI : 10.57598/R343BS.
- Raeymaekers, P. (2015). Les remboursements dans les soins de santé : un agenda pour le changement. <https://www.kbs-frb.be/>
- Raeymaekers, P. (2022). Prenez soin de vos données: Connaître, gérer et partager ses données de santé. <https://www.kbs-frb.be/>
- RIZIV-INAMI. Statistiques sur les indemnités d'incapacité de travail. <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnitees/Pages/default.aspx>
- RIZIV-INAMI. Remboursement des consultations médicales à distance. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-distance-medecins/Pages/default.aspx>
- Rondia, K., Adriaenssens, J., Van Den Broucke, S., & Kohn, L. (2019). Littérature en santé : quels enseignements tirer des expériences d'autres pays ?. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 322. DOI: 10.57598/R322BS.
- Sciensano. (2022). Belgian National Burden of Disease Study. <https://burden.sciensano.be/shiny/daly/>
- Statbel. (2023). Les Belges sont majoritairement heureux. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/suivi-trimestriel>
- Van De Vel, K., Vandenbergh, D., Bruffaerts, N., De Clercq, E., De Ridder, K., Devleeschauwer, B., Koppen, G., Vanuytrecht, E., & Willen, P. (2021). Impact of Climate Change on the Healthcare System in Belgium: Study Commissioned By the Federal Public Service Health , Food Chain Safety and Environment.
- Van Der Gronde, T., Uyl-De Groot, C. A., & Pieters, T. (2017). Addressing the challenge of high-priced prescription drugs in the era of precision medicine: A systematic review of drug life cycles, therapeutic drug markets and regulatory frameworks. *PLoS ONE*, 12(8), 1-34. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182613>
- Vlaamse Oudereraad. (2021). Advies over de beleidsuitdagingen rond psychisch welzijn op oudere leeftijd (Vol. 3). <https://www.vlaamse-oudereraad.be/sites/default/files/inline-files/Advies%202021-3%20Over%20beleidsuitdagingen%20rond%20psychisch%20welzijn%20op%20oudere%20leeftijd.pdf>
- Vranken, A., Bijmens, E., Horemans, C., Leclercq, A., Kestens, W., Karakaya, G., Vandenthoren, L., Trimpeneers, E., Vanpoucke, C., Fierens, F., Nawrot, T., Cox, B., & Bruyneel, L. (2023). Association of air pollution and green space with all-cause general practitioner and emergency room visits : A cross-sectional study of young people and adults living in Belgium. *Environmental Research*, 236(1). <https://doi.org/10.1016/j.envres.2023.116713>



mutualités
libres

www.mloz.be -  - [@MutLibres](https://www.instagram.com/MutLibres)