

Plan de Transformation Santé – Bien-être

La santé et le bien-être : une priorité pour tous et à tous les âges

La scène se passe dans le bureau du nouveau ministre de la Santé¹. Il n'a pas que la santé dans son portefeuille, il a l'économie, l'emploi, la recherche scientifique, la fonction publique... Comme il veut améliorer la santé, il invite le Pr Léon Cassiers - une sommité en matière de santé - à l'éclairer sur le sujet. Et d'emblée ce dernier lui déclare : *vous voulez vraiment améliorer l'état de santé de la population ? Alors, puisque vous avez aussi cette compétence, faites en sorte que chacun ait un emploi !*

Démédicalisation de la santé, transversalité, approches positives, réponse à un besoin fondamental, sentiment d'utilité... Tout est dit, enfin presque. Par sa déclaration, le Pr Cassiers inverse la logique traditionnelle d'une vision médicale de la santé (qui se concentre uniquement sur le patient) pour la présenter sous une forme dynamique et transversale : celle de l'accès de toute personne aux ressources nécessaires pour répondre à ses besoins vitaux et à son équilibre physique et mental. L'emploi / une activité est une ressource fondamentale, mais on relève aussi le logement, la qualité de l'air, l'alimentation, l'urbanisme, la mobilité, l'enseignement, la vie sociale... c'est-à-dire toutes les conditions environnementales qui influencent notre vie. Revenons à l'emploi, car ce dernier donne accès non seulement à plus d'autonomie financière, mais répond aussi aux besoins de reconnaissance et d'intégration sociale, au sentiment d'utilité et, in fine, à la construction d'une image de soi positive. Autant d'éléments qui fondent le bien-être de la personne, participent de sa dignité et contribuent au sens que chacun peut insuffler dans son projet de vie.

Ce qui nous amène au cœur même de l'enjeu de la santé, à envisager d'abord sous une forme positive qu'il s'agit non seulement de préserver (logique de prévention), mais surtout de promouvoir en travaillant sur ses multiples déterminants (emploi, environnement, éducation, urbanisme, mobilité, logement, cohésion sociale, alimentation, bien-être mental...). Ce qui ouvre la voie, sur le plan politique, à une nécessaire transversalité des stratégies de santé publique.

Étant entendu que les compétences en matière de santé sont éclatées entre les différentes entités, nous souhaiterions pour arriver à faire évoluer nos politiques de santé, et particulièrement de santé publique, refédéraliser la santé ou, à défaut, de mettre en œuvre un mécanisme assurant une plus grande cohérence des mesures et notamment la cocréation des objectifs de santé par les différents niveaux de pouvoir. Clarifions la place des soins de santé. Ces derniers s'inscrivent en aval des autres facteurs qui influencent la santé. Ils répondent aux problèmes de santé suite à un souci de santé, une maladie (physique ou mentale), un accident, une dégénérescence. Car de nombreux problèmes de santé sont la conséquence de facteurs de risque qui se potentialisent les uns les autres. Par exemple, les liens entre le niveau de formation et l'espérance de vie : à l'âge de 25 ans, le diplômé universitaire bénéficie de 7,8 années d'espérance de vie de plus que celui qui ne dispose pas d'un diplôme de secondaire². Plus troublant encore, le diplômé universitaire a le sentiment d'avoir une espérance de 20 ans de vie en bonne santé de plus qu'une personne sans diplôme du secondaire interrogée sur le même sentiment. Autre déterminant, l'environnement et la qualité de l'air : l'exposition aux particules fines est responsable de 6 à 11 % de la mortalité par cancer du poumon³. Ou encore l'aménagement du territoire : des routes sécurisées diminuent les accidents, des voiries dédiées au vélo incitent à la pratique d'une activité physique qui participe de la lutte contre l'obésité et contre le diabète et ses conséquences (hypertension artérielle, AVC, problèmes ophtalmologiques et cutanés...). Sans parler de l'alimentation qui est le facteur qui influence le plus (positivement ou négativement) notre santé.

De nombreux problèmes de santé trouvent donc leur origine dans des déterminants environnementaux et sociaux sur lesquels il est possible d'agir. Toute pathologie ne se réduit donc pas à des phénomènes biologiques ou

¹ Ce n'est pas une fiction, c'était au début de la législature 2004-2009.

² Longevity gains go to wealthy, educated Canadians, StatsCan says, by James Langton, 2020, in Advisor's Edge

³ Cf Étude de la Commission européenne citée par Futura « Particules fines, quel danger pour la santé ? »

génétiques. Et même dans le contexte génétique, les recherches menées depuis une cinquantaine d'années en épigénétique démontrent que l'expression de certains gènes reste sous une influence externe liée au style de vie et à l'environnement physique.

Ceci plaide pour un investissement majeur à l'égard des déterminants de la santé qui imposent une vision transversale. Les gains possibles pour chaque groupe de déterminants ne sont pas équivalents et il faut agir sur les principaux déterminants, car cela offre de grandes possibilités de prévention des maladies et d'amélioration de la santé de la population en général et de chaque personne en particulier. Pratiquement cela passe par l'adoption du critère d'Évaluation d'impact sur la santé (EIS)⁴ dans toutes les politiques et la définition d'objectifs d'amélioration mesurables. Cette approche systémique oblige de s'extraire des visions sectorielles classiques (le ministre du Logement est compétent pour le logement, celui de la mobilité reste cantonné à la mobilité...) pour activer des processus intersectoriels dynamiques. On a déjà rappelé que le niveau de formation d'un individu déterminait sa longévité en bonne santé, mais il est aussi établi que le niveau de formation des parents détermine fortement celui des enfants. En termes de cercles vicieux, la corrélation est forte entre la consommation d'alcool et celle de tabac. Les notions d'environnements (favorables ou défavorables) sont donc déterminantes et la prise en considération de ceux-ci permet de répondre aux grands défis actuels : accès à un emploi, à une formation qualifiante, à un logement de qualité, à des choix responsables en matière environnementale (mobilité, alimentation, consommation d'énergie), accès aux ressources médicales et sanitaires... C'est donc à un changement de paradigme que conduit le travail sur les déterminants de la santé.

Mais ces déterminants mettent également en lumière les inégalités sociales de santé. Pour reprendre l'enjeu de la mise à l'emploi, le jeune en recherche d'emploi qui vit dans un environnement familial aux revenus exclusifs d'allocations sociales, ne bénéficie pas des mêmes incitants que ceux du jeune dont les deux parents travaillent. C'est une inégalité sociale. Tout comme le fait de vivre dans un logement exigu, mal isolé, en butte à des tensions sociales. Ou encore la capacité ou non de comprendre une notice médicamenteuse, appelée la littératie en santé. La lutte contre ces inégalités sociales de santé représente dès lors des priorités d'actions majeures.

Dernier élément caractéristique de cette vision positive de la santé, c'est la place de la participation des citoyens. Le texte fondateur de la promotion de la santé (Charte d'Ottawa-1986) s'inspire largement des principes d'empowerment (participation des citoyens), ce qui a conduit l'OMS à insister sur l'importance des milieux favorables à la santé à travers les programmes de villes promotrices de santé, d'écoles promotrices de santé, d'entreprises promotrices de santé... qui impliquent largement les citoyens dans leurs projets de santé.

Aux côtés du citoyen qui est encouragé à participer activement à la gestion de sa santé, le médecin généraliste occupe une place centrale : en tant que premier point de contact pour de nombreux patients, son importance réside dans sa capacité à offrir au patient un accompagnement préventif, diagnostique et curatif : il informe le patient sur l'importance d'adopter des comportements sains ; il offre une prise en charge médicale tout en dirigeant le patient vers d'autres acteurs de la santé lorsque cela est nécessaire ; il assure une continuité dans l'accompagnement et la prise en charge tout au long de la vie et joue souvent le rôle de coordinateur de la prise en charge en collaborant avec d'autres professionnels de la santé en vue d'assurer une approche intégrée et cohérente de la santé du patient. Tout ceci contribue fortement à l'élaboration d'une relation de confiance entre le patient et son médecin généraliste, relation qui crée un cadre propice à une communication ouverte et un soutien émotionnel, à une collaboration efficace et à une meilleure adhésion aux soins de santé, et qui peut donc avoir un réel impact positif sur la santé globale du patient sans risque de sanction sur l'accessibilité des soins de santé.

Cette approche n'exclut en rien la nécessité de travailler sur les soins de santé, en visant à renforcer leur accessibilité, à garantir leur qualité et leur financement, et à offrir de bonnes conditions de travail pour les multiples acteurs de la santé.

Cette approche est aussi basée sur une vision collective et pas seulement individuelle du rapport à la santé. Il s'agit d'améliorer l'état de santé de chacun et de l'ensemble de la population. Or, nous ne sommes pas égaux face à ce défi. Les inégalités de base conduisent à ce que chacun ne puisse pas agir de la même manière et avec la même efficacité sur ses conditions personnelles de santé. Responsabiliser les individus signifie les encourager, les accompagner et leur donner les moyens pour qu'ils puissent agir en faveur de leur santé mais ne signifie en rien les sanctionner ou refuser l'accès à des remboursements de traitement. Au travers des décisions politiques et des mécanismes mis en place, c'est bien l'état de santé de tous et toutes qui doit être amélioré en tenant compte des possibilités d'y participer et en augmentant à la fois l'émancipation et la responsabilité de chacun.

⁴ Le Québec est pionnier en la matière. Cf les travaux de l'INSPQ – Institut National de Santé Publique du Québec / En France des communes de plus en plus nombreuses adoptent le système EIS

En conclusion, investir dans une vision positive de la santé demande de réduire les inégalités sociales de la santé et d'améliorer la santé de tous. La concrétisation de cette vision nécessite un investissement constant à long terme. Les résultats seront structurels et accroîtront la capacité de résilience aux crises de toute la population. Investir dans les soins de santé permet de mieux guérir, sauver des vies, retrouver la santé, mais investir plus dans les soins de santé ne va fondamentalement pas réduire les inégalités sociales de santé sur le long terme. Ce sont des objectifs distincts, mais complémentaires, qu'il s'agit de soutenir tous deux avec autant de détermination. Ce double objectif offre une vision régénérée d'une politique de santé, qui constitue l'objet du présent document.

Nos priorités :

- ➔ **Promouvoir la santé, éduquer à la santé et prévenir les maladies**
- ➔ **Accessibilité à des soins de santé de qualité**
- ➔ **Établir de grands plans stratégiques de santé publique à l'échelle nationale**
- ➔ **Promouvoir un esprit sain dans un corps sain (santé mentale)**
- ➔ **Garantir l'autonomie tout au long de la vie**
- ➔ **Faire de la Belgique un leader en e-santé**
- ➔ **Construire l'avenir de la santé sur les 2 bases incontournables des soins : une réelle concertation avec les prestataires de soins et un budget à la hauteur des besoins et des enjeux**

1. PROMOUVOIR LA SANTÉ, ÉDUQUER À LA SANTÉ ET PRÉVENIR LES MALADIES

Il existe différents niveaux d'intervention possibles pour promouvoir ou maintenir la santé, soit en visant directement, de manière spécifique, un facteur de risque et les modes de vie qui y sont associés, soit de manière plus globale et intégrée en visant un ensemble de facteurs et de déterminants de la santé au sein de la population. Cette dernière approche se révèle plus efficace pour promouvoir la santé en général. En effet, celle-ci intègre aussi bien des actions de promotion de la santé et d'éducation à la santé (agissant sur les déterminants de la santé et sur les facteurs qui les influencent) que des actions qui visent à améliorer le dépistage ainsi que l'accompagnement des patients en prévention secondaire et tertiaire. Les actions sur les déterminants de la santé et les facteurs les influençant présentent l'avantage d'avoir un impact sur de nombreuses maladies chroniques.

En Belgique, peu d'études scientifiques qui mettent en avant les impacts positifs sur le long terme en investissant dans la promotion de la santé ont été réalisées.

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, 1986). Elle permet aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur *santé*. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

La prévention a pour but d'éviter les maladies. La prévention est axée sur la lutte contre la maladie, elle se préoccupe des facteurs de risque et est le plus souvent réalisée par les médecins et paramédicaux en vue :

- d'empêcher l'apparition d'une maladie (prévention primaire)
- d'empêcher le développement d'une maladie (prévention secondaire)
- d'empêcher les complications d'une maladie (prévention tertiaire)
- de diminuer les risques de surmédicalisation, de protéger d'interventions médicales inutiles, et de proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables (prévention quaternaire).

Dans la crise de la COVID-19, le manque d'anticipation des stratégies de prévention a conduit à ce que la première ligne de soins et le système hospitalier soient submergés. À aucun moment n'a été développée une approche populationnelle et participative, c'est-à-dire la prise en compte de l'ensemble des besoins de la population, des déterminants sociaux et culturels comme facteurs de risque de la maladie, ni la recherche de solutions à l'échelle de la population. Il y a eu trop peu d'interventions visant les personnes en bonne santé, les non-malades avec facteurs de risque, la personne qui consulte, la personne malade qui ne consulte pas, les différents milieux de vie.

- La crise de la COVID-19 doit nous permettre d'anticiper d'autres crises sanitaires par :
 - L'adoption d'une approche One Health. Pour détecter, traiter et prévenir efficacement les flambées épidémiques de zoonoses et les problèmes de sécurité sanitaire des aliments, différents secteurs tels que

la santé publique, la santé animale, la santé végétale et l'environnement devraient mettre en commun leurs données épidémiologiques et leurs données de laboratoire. Les responsables des administrations publiques, les chercheurs et les acteurs de terrain travaillant aux niveaux local, national, régional et mondial devraient mettre en œuvre des mesures conjointes pour répondre aux menaces qui pèsent sur la santé ;

- La mise en place de mesures protectrices dans les lieux de travail et lieux publics ; elles nécessitent des financements et des investissements publics à grande échelle. Cela passe surtout par la généralisation des normes de ventilation dans les lieux publics et professionnels ;
- L'amélioration de notre connaissance des différents groupes sociaux par des actions de proximité et l'appui de relais ;
- L'encouragement de la recherche scientifique et l'innovation industrielle ;
- La relocalisation européenne de production industrielle de médicaments et matériels médicaux essentiels ;
- Le soutien des partenaires à travers le monde dans le cadre de la surveillance épidémiologique et le renforcement de leurs systèmes de santé ;
- L'adoption d'un accord international sur la prévention des pandémies sous l'égide de l'OMS et qui permettrait aux pays du monde entier de renforcer les capacités nationales, régionales et mondiales et la résilience face à de futures pandémies tout en garantissant une souveraineté aux États.

Nous avons un éclatement des compétences entre fédéral et entités fédérées sans parler des provinces et des communes qui ont aussi des compétences en santé. Parmi les actions qui affectent la promotion et la prévention, certaines relèvent exclusivement du gouvernement fédéral alors que d'autres font l'objet d'une coopération entre le gouvernement fédéral qui finance entièrement ou en partie les programmes et les Communautés et les Régions qui les organisent.

Moins de 0,2% du PIB (€1.031.700.000) est destiné aux institutions et organisations impliquées dans la prévention⁵. Selon certaines estimations, 1€ investi dans la promotion et la prévention permet d'économiser 4€ en soins de santé⁶.

Notre pays fait également face à des problèmes d'assuétude (alcool, drogue, tabac). Le mésusage d'alcool coûte de 4,2 à 6 milliards/an à la Belgique (échec scolaire et académique, absentéisme au travail, perte de productivité, pathologies aiguës et chroniques, violences intrafamiliales, désinsertion sociale, décès prématurés (10% de la mortalité en Belgique). La vente d'alcool ne rapporte que 1,8 milliard/an. Selon une estimation de l'OCDE, 1€ investi dans des actions de lutte contre la consommation de l'alcool permettrait de récupérer 16€ à long terme⁷.

Le tabac est responsable de 90% des cancers du poumon mais aussi un facteur de risque de nombreux autres cancers. Le cancer du poumon vient de passer de la troisième à la deuxième place chez la femme en termes d'incidence de cancer. Il pourrait bientôt devenir la première cause de mortalité par cancer avec plus de 3.500 nouveaux cas.

En 2021, 6,8% de la population belge avaient un diagnostic de diabète connu (données de l'AIM). Cependant, plus d'une personne diabétique sur trois ne sait pas qu'elle est atteinte de la maladie (enquête de santé par examen, BELHES), ce qui porte la prévalence réelle estimée du diabète (connu + inconnu) à 10 %⁸.

Les mesures objectives de la taille et du poids (BELHES) révèlent que 49,3% des belges sont en surpoids et 15,9% sont obèses⁹ à cause principalement de mauvaises habitudes alimentaires et du manque d'activités physiques. La prise en charge des patients souffrant de surcharge pondérale représenterait, pour la Belgique, un coût de près de 4 milliards € par an selon la Fédération mondiale de l'obésité (FMO) et un impact économique total (soins de santé, productivité des travailleurs en berne, absentéisme, retraite ou décès prématurés) estimé par la FMO à 10 milliards € par an¹⁰. Ce qui nous inquiète le plus, c'est que, selon les estimations de la FMO, un Belge sur trois sera obèse à

⁵ En 2020, 11,1 % du PIB (€50.535.200.000) est consacré à la santé. 10,9 % du PIB est consacré aux soins de santé. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr>

⁶ <https://www.mloz.be/fr/content/investir-dans-une-politique-de-prevention-ambitieuse-et-integree>

⁷ <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6e4b4ffb-en/index.html?itemId=/content/publication/6e4b4ffb-en>

⁸ J. Van der Heyden et al., "Enquête de Santé par Examen Belge 2018," Belgian Health Examination Survey (BELHES).

⁹ [https://www.sciensano.be/fr/sujets-](https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/obesite/chiffres#:~:text=Pourcentage%20de%20la%20population%20adulte,%20ob%C3%A8ses%20%3A%205%2C8%25)

<sante/obesite/chiffres#:~:text=Pourcentage%20de%20la%20population%20adulte,%20ob%C3%A8ses%20%3A%205%2C8%25>

¹⁰ <https://fr.worldobesityday.org/resources/entry/world-obesity-atlas-2023>

l'horizon 2035. À l'échelle de la Belgique, cela représenterait des dépenses en soins de santé proches de 5 milliards d'euros par an et un impact total économique de 13,7 milliards € par an¹¹.

La recherche belge a calculé que la prévention permet de réduire de 20 % les coûts pour les quatre pathologies (AVC, diabète de type 2, insuffisance cardiaque et cancer). En chiffres absolus, cela signifie après quelques années une diminution de près de 5 milliards d'euros des dépenses en soins de santé, moins d'allocations et une productivité accrue¹².

Un tiers de la population âgée de 15 ans et plus (33 %) a un faible niveau de littératie en santé, ce qui signifie qu'ils ne disposent pas des compétences suffisantes pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé¹³. Les personnes en mauvaise santé, les personnes âgées et les personnes moins instruites ont un niveau plus faible de littératie en santé alors qu'elles ont souvent besoin de plus de prévention et de soins. De fortes inégalités socio-économiques sont observées dans de nombreux déterminants de santé (consommation de fruits/légumes ou de pratique d'activité physique, consommation de tabac).

La transition technologique et l'accessibilité accrue de l'information ont le potentiel de transformer la façon dont le citoyen gère sa santé mais aussi la relation qu'il entretient avec les professionnels de santé : elles peuvent conduire à un échange plus approfondi sur base des informations partagées durant le colloque singulier mais aussi des informations trouvées précédemment par le citoyen. Celui-ci reste au centre de son projet de santé et en est un véritable acteur, tandis que le numérique et les outils d'intelligence artificielle (IA) qui génèrent des connaissances pourront accompagner l'expertise médicale et scientifique des professionnels de santé.

En Belgique, les soins de santé centralisent la très grande majorité des attentions et des ressources ; des efforts doivent être réalisés en termes d'investissement dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Les actions sur les déterminants non médicaux de la santé restent faibles et l'intersectorialité une vision purement théorique. C'est pourtant nécessaire d'intégrer des composantes Santé dans toutes les politiques (« Health in all policies »). L'exemple de la pollution de l'air est parlant. Un décès sur huit est lié à l'exposition à la pollution de l'air. Les seules compétences santé ne peuvent combattre ce facteur environnemental. Une collaboration avec de nombreux secteurs est indispensable pour prévenir tant la pollution que les conséquences.

Enfin la dimension One Health tient compte de ces liens complexes entre déterminants dans une approche globale des enjeux sanitaires. Celle-ci inclut la santé des animaux, des végétaux et des êtres humains, ainsi que les perturbations de l'environnement générées par l'activité humaine. C'est donc la nécessité d'aborder des problématiques environnementales de façon interdisciplinaire (ex. antibiorésistance, santé des végétaux et des animaux...) en tenant compte des activités humaines.

En ce qui concerne la promotion de la santé, nous proposons de :

- **Refédéraliser la santé ou à défaut de mettre en œuvre un mécanisme assurant une plus grande cohérence des compétences entre les entités.** Nous devons surtout réduire le nombre de ministres en charge de la compétence de la santé.
- **Doubler la part allouée à la promotion de la santé et prévention dans le PIB**, ce qui permettra une meilleure qualité de vie, un retour sur investissement, des économies en soins de santé.
- **Mettre en œuvre le principe « Health in all policies »** en adoptant le critère d'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) physique et mentale pour toute décision politique, car un Etat proactif doit veiller à ce que toute politique menée, dans chaque compétence et à chaque niveau de pouvoir que ce soit, prenne en compte la dimension « Santé » dès le début du processus décisionnel et soit de nature à renforcer l'état de santé de la population ou d'une partie de citoyens ! Cela passe par des politiques :
 - **De lutte contre les inégalités**
 - Mener les projets et les offres de promotion de la santé en respectant les valeurs des publics fragilisés en appliquant le principe d'universalisme proportionné ;
 - Favoriser le travail en partenariat et en réseau avec d'autres professionnels pour assurer une détection précoce des problèmes et une prise en charge adéquate ;

¹¹ <https://fr.worldobesityday.org/resources/entry/world-obesity-atlas-2023>

¹² https://issuu.com/vokavzw/docs/hc_-_prevention_met_impact?fr=sMzgwZTU3ODgwODU, p. 23.

¹³ R. Charafeddine, S. Demarest, and F. Berete, "Enquête de santé 2018 : Littératie en santé", Sciensano, Bruxelles, Belgique, D/2019/14.440.72, 2020.

- Développer une approche interministérielle de la promotion de la santé et des inégalités sociales de santé ;
- Inscrire la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les programmes politiques et dans les plans d'action des décideurs politiques, quels que soient leurs niveaux et types de compétences (logement, enseignement, santé, mobilité, emploi...) : au niveau du budget, des stratégies, des objectifs, des procédures de sélection des projets ;
- Adopter des mesures spécifiques pour faciliter l'accès des populations précarisées à des structures, services, aides financières favorables à leur santé notamment pour les jeunes tant qu'ils sont étudiants ;
- Au niveau des pouvoirs locaux, rechercher des solutions pour la mise en place de la gratuité, de prix adaptés ou de facilités financières du type chèque sport, avec un abaissement de l'âge et un élargissement des activités couvertes (psychomotricité pour les enfants avant trois ans...).
- **De l'emploi et de la formation (cf. Plan Emploi)**
- **De réhabilitation des logements insalubres**
 - L'obligation lors de la construction d'un immeuble à étages de prévoir des balcons à tous les appartements d'au moins 10% de la surface habitable.
- **De lutte contre les pollutions (extérieures et intérieures)**
 - Augmenter le nombre de rues scolaires, c'est-à-dire des aménagements urbains permettant de bloquer au trafic routier des rues qui se trouvent à proximité immédiate d'écoles, au moment de la sortie et de l'entrée des enfants ;
 - Sensibiliser à la pollution de l'air intérieur et aux principaux risques : fumée de tabac, amiante, particules fines, radon, encens, bougies, parfums d'intérieur, produits d'entretien, de bricolage ou des meubles émettant des substances polluantes, contrôler les appareils de combustion...

La santé environnementale est définie par l'OMS comme "comprenant les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures". La pollution de l'eau, de l'air, des sols, les habitats vétustes ou les conditions de travail dangereuses sont à l'origine de multiples pathologies, notamment cancéreuses, de troubles de la reproduction et du développement. En Belgique, les polluants environnementaux induisent des maladies cardiovasculaires, des cancers, des maladies respiratoires comme l'asthme, des allergies, de l'hypersensibilité environnementale, des maladies neurologiques, de la fatigue chronique entre autres.

- **D'appliquer le principe de précaution, réguler et surveiller de manière plus stricte les substances qui présentent un risque significatif pour la santé humaine et l'environnement :**
 - Réaliser un état des lieux des substances qui présentent un risque significatif pour la santé humaine et l'environnement (perturbateurs endocriniens, PFAS, amiante, perchlorates, certains déchets hospitaliers, microplastiques, micro-organismes résistants aux antimicrobiens...) et développer une cartographie accessible aux citoyens ;
 - Améliorer les techniques d'analyse des pollutions induites par l'eau potable (analyses au robinet plutôt qu'au château d'eau ; analyse des résidus sur les cultures et les sols) ;
 - Assurer une totale transparence vis-à-vis de la population, des consommateurs et des autorités locales, par une information complète et rapide des résultats des analyses et des éventuelles mesures de précaution à prendre, en cas de dépassement d'une norme ;
 - Mettre à jour plus régulièrement la liste des substances à surveiller, en anticipant les normes européennes et appliquer le principe de précaution en cas de suspicion de pollution ;
 - Appliquer en Wallonie et à Bruxelles des normes plus strictes que l'Union européenne en ce qui concerne les PFAS et prendre en compte la toxicité spécifique de chaque type de PFAS ;
 - Au niveau régional, accélérer les cartographies, renforcer les contrôles et durcir les sanctions vis-à-vis des entreprises qui rejettent des PFAS ;

- Interdire les PFAS au niveau européen ;
 - En cas d'interdiction de consommation de l'eau du réseau de distribution, prévoir un plan de gestion de crise et assurer un accès à l'eau potable de façon alternative ;
 - Mieux encadrer la gestion des eaux usées des hôpitaux et prévoir un financement suffisant pour aider le secteur à mettre en place des solutions ad hoc permettant d'isoler et de traiter les eaux contenant potentiellement des substances toxiques (exemple : déchets issus d'une chimiothérapie) ;
 - Proposer un large plan, à coconstruire avec les différents acteurs du secteur, afin de répondre aux différents enjeux environnementaux et climatiques. En effet, le secteur des soins de santé est fortement énergivore et émetteur de gaz à effet de serre, que ce soit à travers ses institutions de soins mais également du côté du secteur pharmaceutique. Il est également à l'origine de nombreux déchets et évacuation dans l'environnement de produits toxiques ;
 - Soutenir la recherche en matière d'évaluation de la qualité de l'eau potable et les risques induits sur la santé et l'environnement.
- D'investissement dans la **mobilité douce accessible** invitant ainsi à l'activité physique¹⁴ :
- Rendre certaines rues de quartier ouvertes et partagées pour tous les usagers, piétons, cyclistes, voitures, trottinettes, voitures... et permettre leur utilisation comme aire de jeux, marchés, événements à certains moments précis. Ceci devrait pouvoir être géré concrètement par des personnes du quartier selon des règles établies par la Police locale ;
 - Aménager, entretenir, rénover et sécuriser des espaces ou infrastructures spécifiques (destinés à des publics ou activités spécifiques : plaines de jeux, par exemple) et polyvalents (pour divers publics ou activités : parcs, espaces verts, halls sportifs...) en tenant compte du mode de vie et des besoins des publics bénéficiaires ;
 - Améliorer, élargir et sécuriser les pistes cyclables.
- ➡ Toutes les politiques de mobilité devront intégrer ces nouvelles normes. Cela nécessite donc des adaptations des programmes de travaux actuels en cours sur la Région wallonne et la Région Bruxelloise.
- D'investissement dans les **lieux collectifs de rencontres** :
- Créer des espaces publics (places) et virtuels (plateformes) de rencontres et de créativité ;
 - Amplifier le soutien aux lieux tiers : bibliothèques, cafés associatifs, salons de coiffure sociaux, maisons de quartier, maisons médicales, écoles des devoirs... ;
 - Favoriser l'économie de partage ;
 - Installer des objets tiers (grands jeux, bancs, barbecue, bac à sable, panneau d'expressions...) pour favoriser les contacts
 - Désigner un coordinateur social par quartier faisant le lien entre les habitants pour provoquer une dynamique d'entraide et d'échange de compétence et de temps (via l'extension de l'utilisation du réseau social hoplr, par exemple) ;
 - Promouvoir les fêtes/activités de quartier qui réunissent et donnent de l'envie dans le respect des riverains ;
 - Développer des actions de sensibilisation de la population en matière de la qualité de vie et de la promotion de la santé : organisation et participation à des journées (inter)nationales de la qualité de vie....
- ➡ Le financement des communes pourra être augmenté par un critère d'investissement de celles-ci dans les actions de cohésion sociale. Une partie des budgets de l'action sociale des gouvernements wallon et bruxellois sera redirigée vers le fonds des communes et le financement des aides à l'emploi APE et ACS afin de permettre une mise en œuvre de ces

¹⁴ L'adoption d'une alimentation saine et d'activités physiques d'intensité modérée génère un coût par année de survie ajustée pour la qualité de vie gagnée de 1 100 \$ US (en dollars de 2000), <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/investir-prevention-perspective-economique-resultats-messages-principaux.html>

mesures au plus près des besoins de la population avec une attention particulière pour les communes rurales et les quartiers sociaux.

- De développement d'**espaces verts** proches et accessibles :
 - S'assurer que chaque citoyen ait accès à un espace vert à moins de 300m du domicile ;
 - Mettre en place des partenariats locaux pour développer des cadres de vie et des infrastructures adaptés. Il s'agit d'identifier et de repérer les infrastructures, espaces collectifs, lieux de vie (écoles, quartiers, rues, espaces collectifs publics, etc.) où les actions d'aménagement doivent être développées en priorité afin d'en faire bénéficier les populations fragilisées.
 - De soutien à l'**alimentation saine** et de lutte contre les aliments ultratransformés¹⁵ :
 - Adopter un plan interfédéral nutrition santé en vue d'améliorer la santé des Belges en luttant contre les risques liés aux mauvaises habitudes alimentaires, après concertation avec les acteurs concernés et avec un financement suffisant pour implémenter et permettre le suivi des actions du plan et pour mettre en place des campagnes d'information ;
 - Diminuer ou supprimer la TVA sur des produits sains et cultivés localement (avec une transparence sur ces informations). En contrepartie et pour financer la mesure, nous voulons augmenter le prix des produits de tabac et d'alcool, notamment en prévoyant une hausse de 5% de la TVA sur ces produits. Pour les autres produits alimentaires, le taux de TVA varierait par catégorie de biens en fonction de leur impact sur l'environnement et la santé ;
 - Proposer une alimentation saine et équilibrée à l'école, dans les établissements pour personnes âgées ou personnes handicapées, les hôpitaux... à un prix abordable.
 - Intégrer obligatoirement aux programmes de toutes les écoles primaires et secondaires la question de l'alimentation saine à l'intention des élèves, des journées à thème, des événements... ;
 - Encourager les employeurs à proposer des menus sains ;
 - Rendre obligatoire le Nutriscore sur tout étiquetage alimentaire et y intégrer un critère d'ultratransformation et d'impact CO₂ ;
 - Installer dans les écoles uniquement des distributeurs de boissons et d'aliments dont le Nutriscore est de A ou B ;
 - Interdire la diffusion de publicités sur les aliments malsains¹⁶ ;
 - Interdire l'installation des fast foods à côté des écoles ;
 - Créer un label « alimentation saine » pour l'HORECA ;
 - Installer des fontaines d'eau et remplacer les aliments trop sucrés et trop gras par des aliments plus sains dans les infrastructures publiques (communales, provinciales, communautaires, régionales – dans les écoles notamment) ou lors d'événements organisés par les pouvoirs publics ;
 - Développer les messages de prévention à grande échelle (ex. : manger bouger, manger 5 fruits et légumes par jour) ;
 - De tenir compte de l'impact que les rayonnements électromagnétiques peuvent avoir sur les humains, en particulier sur les personnes qui sont électrohypersensibles, en continuant la recherche scientifique. Sur base des résultats disponibles, nous établirons un plan d'action. Celui-ci prévoira notamment la mise en œuvre d'un principe intra-belge d'utilisation des sites d'émissions entre opérateurs de sorte à réduire la multiplicité des implantations et des antennes tout en améliorant le taux de couverture du territoire.
- Lutter contre la consommation excessive, problématique, d'alcool :
- De renforcer la lutte contre la consommation d'alcool (interdire la distribution ou l'offre gratuite de boissons alcoolisées, interdire la vente et la consommation de tout alcool avant 18 ans, interdire certaines pratiques commerciales, mettre en place un avertissement sanitaire clair à la place du slogan actuel,

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Interdire la diffusion de publicités sur les aliments malsains pendant les émissions pour enfants permettrait de faire des économies pouvant aller jusqu'à 300 millions de dollars australiens.

interdire la publicité, améliorer l'étiquetage des boissons alcoolisées, interdire la vente d'alcool sur les aires d'autoroute et dans les magasins de nuit, augmenter la TVA de 5% sur l'alcool...);

- D'améliorer l'étiquetage passe notamment i) par la mention de la teneur en alcool d'une manière claire et nette, de façon à éviter toute confusion avec des produits non alcoolisés ; ii) par l'adoption d'une législation visant à rendre obligatoire la déclaration de la valeur énergétique sur les boissons alcoolisées ; iii) pour ce qui est des boissons énergisantes, par la mention d'un avertissement sanitaire sur toutes les boissons à haute teneur en caféine qui sensibilise les consommateurs, en particulier les femmes enceintes, les personnes sensibles à la caféine et les jeunes, aux risques de la consommation excessive de boissons énergisantes, mais également aux risques de les associer à de l'alcool ;
 - De mettre en place plus de campagnes d'information à destination des jeunes ;
 - D'offrir de l'eau gratuite lors de festivals y compris grâce à des sponsors ;
 - D'instaurer la carafe d'eau (du robinet) dans les restaurants, gratuitement ou à un prix modique (1€ par litre) ;
 - De renforcer les initiatives de sensibilisation sur la consommation d'alcool sur les campus étudiants ;
 - De renforcer un véritable contrôle du respect de la législation via notamment des mystery shoppings ;
 - De reconnaître et d'encadrer les métiers de l'alcoologie :
 - Reconnaissance du titre d'alcoologue diplômé ;
 - Remboursement des prestations en alcoologie ;
 - Reconnaissance de la dépendance à l'alcool comme une pathologie chronique.
 - D'accorder une attention particulière pour les aînés afin de prévenir les risques associés à une consommation importante d'alcool suite à des difficultés sociales, à la solitude et aux problèmes de santé mentale.
- Renforcer la **lutte contre la consommation de produits du tabac** :
- Augmenter les accises sur les produits du tabac par l'augmentation de 10% en plus de l'inflation ;
 - Interdire de présenter ou d'exposer de manière visible des produits du tabac ;
 - Etendre l'interdiction de fumer :
 - À tous les lieux ouverts situés dans l'enceinte des lieux dans lesquels des enfants ou des jeunes en âge scolaire sont accueillis, logés ou soignés et de tous les lieux dans lesquels un enseignement et/ou des formations professionnelles sont dispensées et cela en présence d'au moins un enfant de moins de dix-huit ans ;
 - Aux aires de jeux et aux parcs ouverts à tous.
 - Renforcer le contrôle du respect de la législation via notamment des mystery shoppings ;
 - Améliorer l'aide au sevrage tabagique :
 - Mettre en place des campagnes d'aide au sevrage ;
 - Encourager le remboursement des thérapies de remplacement de la nicotine ;
 - Créer des centres d'aide aux fumeurs dans les hôpitaux et mettre en place un suivi d'aide au sevrage pour chaque fumeur hospitalisé ;
 - Fournir une aide au sevrage tabagique adaptée au fumeur et augmenter le nombre de tentatives de sevrage remboursées chez les adultes et les jeunes afin d'accroître ainsi le nombre de fumeurs qui arrêtent de fumer. Ceci englobe également la poursuite de la communication au public de l'offre en matière d'accompagnement au sevrage tabagique ;
 - Promouvoir l'orientation et le conseil en matière d'arrêt tabagique et prodiguer des conseils appropriés en matière d'aide médicamenteuse.
 - Instaurer un fonds budgétaire financé par l'industrie du tabac pour financer la politique de lutte contre le tabac.

➤ **Lutter contre les substances psychotropes :**

- Prévoir une mesure alternative à la prison consistant en une prise en charge psycho-médico-sociale intensive obligatoire pour les consommateurs de drogues ;
 - A l'instar de ce qui a été décidé pour les antibiotiques et qui sera d'application en 2024, instaurer une délivrance des antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères et opioïdes à l'unité, en fonction de la durée du traitement prévu, pour limiter la surconsommation et le surdosage de ces médicaments. Cette mesure serait positive pour la santé mais également pour le portefeuille du patient ;
 - Développer, à l'égard des toxicomanes, des mécanismes d'approche intégrée et intégrale afin de réduire les risques inhérents à leur consommation, notamment en soutenant lorsque cela s'avère indiqué la création de salles de consommation à moindre risque.
- Développer un plus grand nombre d'offres d'**activité physique et sportive** en veillant à les adapter aux bénéficiaires et à leurs milieux de vie :
- Favoriser la promotion du dispositif de prescription d'activité physique par un médecin en collaboration avec un kiné, des coachs sportifs, des fédérations sportives...¹⁷ ;
 - Dans les espaces aménagés et sécurisés, offres d'activités encadrées par des personnes spécifiquement formées à certains types de publics (exemple : activité physique pour les seniors, pour les tout-petits, les personnes moins sportives, etc.) ;
 - En milieu scolaire, organisation de 1 heure de « mouvements » par journée scolaire pour les enfants de primaire et de maternelle ;
 - Prévoir une déduction fiscale forfaitaire pour inciter la pratique du sport et le rendre abordable.
- Intégrer dans le parcours scolaire des cours de littératie en santé avec un angle spécifique promotion et prévention santé et premiers secours¹⁸.
- Intégrer les concepts de promotion de la santé (et de la santé mentale) dans la formation de base de chaque faculté des sciences de la santé.
- **Réaliser des études évaluant le cout-bénéfice des mesures de promotion et prévention de santé**

Prendre en compte les vulnérabilités des publics plus fragiles est une autre stratégie fondamentale pour lutter contre les inégalités sociales de santé. On parle d'universalisme proportionné pour désigner des actions qui concernent l'ensemble de la population et qui sont adaptées au degré de désavantage de certains groupes qui la composent. Cette adaptation des actions n'est envisageable qu'à travers l'adoption d'une approche de proximité, prenant en compte les besoins spécifiques.

Il est important de souligner que les actions de prévention visant les facteurs de risque des maladies chroniques sont efficaces et qu'elles l'ont prouvé. Tant aux États-Unis qu'au Canada, des études ont mis en évidence le rôle important de la prévention au niveau des facteurs de risque pour diminuer la mortalité cardiovasculaire et celle des cancers. À titre d'exemple, en Finlande, le projet Carélie du Nord a permis, après avoir été élargi à tout le pays, de diminuer l'incidence des maladies coronariennes ainsi que des troubles cardiovasculaires au niveau national. Cette expérience entendait modifier les modes de vie associés aux maladies cardiovasculaires, ainsi que leur environnement social et physique, non seulement pour les personnes à risque ou déjà atteintes, mais également pour l'ensemble de la population. Plutôt qu'une multitude de projets verticaux spécifiques, ne visant qu'un facteur de risque en particulier, c'est une approche intégrée visant un ensemble de facteurs de risque partagés par la population¹⁹ qui a été privilégiée.

Ces propositions veulent avant tout renforcer la **responsabilisation sociale** plutôt qu'individuelle, tout en travaillant sur les représentations et en développant l'esprit critique et la liberté de choisir. Un de ses objectifs est de rendre disponibles un savoir-être et un savoir-faire qui permettent à la population d'acquérir des comportements favorables à la santé et de contribuer à la création d'environnements porteurs de bien-être et de qualité de vie en matière entre autres d'alimentation, d'activité physique, de consommation d'alcool et de tabagisme.

En termes de prévention, nous souhaitons :

¹⁷ <https://www.sport-sur-ordonnance.be/>

¹⁸ Cfr. Pacte d'excellence, cours d'éducation physique, bien-être et santé

¹⁹ Puska P, « Le projet de Carélie du Nord : 30 ans de prévention efficace des maladies chroniques », in Diabète Voice, Volume 53, numéro spécial, mai 2008, pp. 26-29.

- **Assurer un suivi de la santé** (vaccination, croissance, développement cognitif, développement manuel) par des consultations pédiatriques régulières et remboursées : actuellement 15 consultations ONE entre 0 à 3 ans et 3 consultations entre 3 et 6 ans.
- **Prévoir une consultation « Promotion Santé » annuelle** (honoraires spécifiques, rendez-vous programmé) auprès du médecin généraliste au cours de laquelle celui-ci pourrait informer le patient, assurer un « coaching » personnalisé quant au comportement du citoyen pour l'encourager à adopter un mode de vie sain (alimentation, activité physique, assuétudes, vaccination, diagnostic précoce...). Pour les enfants et jeunes scolarisés, cette consultation annuelle pourrait être prise en charge par le médecin du centre PMS et PSE (pour un check-up des vaccins, poids, taille, alimentation, conseil santé, dépistage...). Un lien doit être fait avec le dossier médical global du jeune.
- **Promouvoir la vaccination²⁰ :**
 - Faciliter l'accessibilité des données scientifiques et en pharmacovigilance sur les vaccins pour les citoyens ;
 - Aller à la rencontre des publics vulnérables (sans-abris, réfugiés, migrants, prisonniers...) pour leur expliquer les avantages et inconvénients de la vaccination et leur proposer la vaccination gratuitement. Engager des infirmiers de rue au travers des maisons médicales, des CPAS ou d'ASBL actives dans l'accompagnement des personnes fragilisées. Cette possibilité sera encadrée par un décret/une ordonnance ;
 - Garantir l'enregistrement de tous les vaccins dans les plateformes informatiques afin d'assurer une bonne accessibilité de l'information pour le citoyen mais aussi pour les prestataires amenés à le prendre en charge, particulièrement le médecin généraliste.
- **Dépister de manière précoce²¹ :**
 - Continuer les campagnes d'information et de sensibilisation pour inciter à se faire dépister régulièrement ;
 - Mettre en place des dépistages précoces de différentes pathologies (cardiovasculaires et cancers) ;
 - Utiliser de nouveaux tests de dépistage (nouveaux biomarqueurs, indicateurs de types de cancer déterminés) qui sont développés et optimisés grâce à la recherche ;
 - Amener chaque personne à être particulièrement attentive à l'importance d'un mode de vie sain et du dépistage et donc à gérer activement sa santé sans risque de sanction dans l'accessibilité aux soins de santé ;
 - Améliorer la sensibilisation, la prévention et la recherche sur les maladies spécifiquement féminines, comme l'endométriose, le cancer du sein et de l'ovaire.
- Reconnaître un **rôle de prévention de la santé, de conseil et d'accompagnement** aux professionnels de la santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens...) par un code de prestation spécifique dans la nomenclature
- **Informers et sensibiliser sur la contraception**, les maladies et infections sexuellement transmissibles ainsi que les autres pathologies féminines (endométriose...), et renforcer l'accessibilité financière des contraceptifs (féminins et masculins) pour permettre des choix réellement éclairés et éviter les grossesses non désirées :
 - gratuité de la pilule du lendemain ;
 - élargissement du remboursement des contraceptifs à l'ensemble des femmes quel que soit leur âge ;

²⁰ Le programme de vaccination contre la grippe offert aux personnes âgées de 50 ans et plus et le fardeau qu'il représente auprès d'une cohorte hypothétique de résidents de la Colombie-Britannique entraînerait un gain de 3 300 années de survie ajustée pour la qualité de vie au coût favorable par année de survie ajustée pour la qualité de vie de 11 900 \$ (H. Krueger et associés, 2008a). Au Canada, les programmes de vaccination nationaux contre le VPH apportent une rentabilité de 20 500 \$ par année de survie ajustée pour la qualité de vie dans l'éventualité où la protection conférée par le vaccin dure pendant toute la vie de la patiente et de 64 500 \$ par année de survie ajustée pour la qualité de vie si cette protection se maintient pendant 30 ans (Brisson et coll., 2007).

²¹ une étude britannique (Hayee, 2006) a estimé que le coût du diagnostic à l'aide du test de dépistage de sang occulte dans les selles est de 2 600 à 6 000 £ (environ 4 500 à 10 500 \$ CAN) par année de survie ajustée pour la qualité de vie gagnée

- élargissement du remboursement aux différents contraceptifs à longue durée d'action (stérilets, implants) et ce, pour toutes les femmes ;
 - Faire des campagnes de sensibilisation en faveur de la vasectomie.
- Intégrer la **sensibilisation aux questions de genre**, avec une attention particulière à toutes les formes de violence dans la formation des professionnels de la santé.
 - Agir en faveur de la santé au travail : face à l'absentéisme et aux maladies de longue durée dont le nombre est en constante augmentation²² et dont les effets en termes de pertes de sens, de difficultés psychologiques mais également en termes de pertes économiques, des stratégies de prévention santé au travail doivent être renforcées pour permettre à chacun de trouver du sens dans son travail et de pouvoir s'épanouir dans son activité professionnelle.
 - **Mieux prendre en charge les maladies professionnelles** : le bien-être au travail, les risques pour la santé dans le cadre du contrat de travail ont conduit à définir des politiques et des indemnités particulières dans le cadre du Fonds des Maladies professionnelles. La reconnaissance de celles-ci a peu évolué. Nous voulons réviser et adapter régulièrement les critères de reconnaissance des maladies professionnelles et de leur nature, et mieux tenir compte de l'évolution des données scientifiques. Favoriser les synergies entre Fedris et l'INAMI sur la gestion efficace des dossiers.

2. ACCESSIBILITÉ À DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ

La première ligne de soins a un rôle majeur à jouer dans les stratégies de prévention et de promotion de la santé. Cela passe par un premier niveau de prise en charge pluridisciplinaire qui soit plus ancrée dans les soins de santé primaires, c'est-à-dire « des soins essentiels auxquels toutes les personnes et toutes les familles d'une collectivité peuvent avoir accès sans distinction d'une façon qui leur convient, avec leur pleine participation et à des coûts abordables pour la collectivité et le pays ».

Malgré tous les efforts que l'on peut et que l'on se doit de consacrer à une politique ambitieuse de promotion de la santé et de prévention, nous serons tous confrontés un jour ou l'autre à des besoins en soins de santé. Au centre de cette prise en charge se trouve le citoyen devenu patient.

La participation des patients aux soins est essentielle. Cette participation doit s'illustrer au niveau individuel par la participation de chacun à son processus de soins (empowerment). La révision de la loi relative aux droits du patient doit être l'occasion d'y apporter des améliorations notamment en termes de reconnaissance d'un droit effectif à la médiation pour l'ensemble des citoyens, quel que soit leur lieu de prise en charge (hôpital, maisons de repos et de soins, cabinet du prestataire de soins...) ou de reconnaissance des spécificités des patients mineurs. Cette participation doit également s'illustrer au niveau collectif par l'implication des associations de patients dans la définition des politiques à mener, dans la mise en œuvre de celles-ci...

Le citoyen devenu patient doit pouvoir faire appel aux soignants et avoir recours aux services et médicaments nécessaires pour recouvrer sa santé. Nous devons donc agir pour renforcer l'accessibilité de ces soins, pour garantir leur qualité et leur financement, et pour veiller à assurer aux multiples acteurs de la santé de bonnes conditions de travail pour qu'ils puissent, à leur tour, offrir des soins de qualité à chaque patient.

2.1. Accessibilité aux soignants bien formés et soutenus

À l'heure actuelle, de nombreux citoyens rencontrent d'importantes difficultés pour trouver un médecin généraliste. Les délais d'attente pour pouvoir consulter certains médecins spécialistes sont également beaucoup trop longs, avec pour conséquence le risque d'aggravation de l'état de santé des patients concernés.

Sur les 262 communes de Wallonie, en 2016, il y avait 151 communes en pénurie et 53 en pénurie sévère. D'après les chiffres de l'AVIQ en juin 2023, 129 communes sont en situation de pénurie et 57 sont en situation de pénurie grave²³. De plus, avec 3,2 médecins pour 1000 habitants, nous sommes l'avant-dernier pays de l'ensemble de l'Union européenne... et nous sommes en deçà de la moyenne de l'OCDE. Nous sommes le pays où la démographie (pyramide des âges) est la plus inquiétante : 39% des médecins belges ont 55 ans ou plus. Cela veut dire que près de 15000 médecins vont partir à la retraite dans les 10 ans²⁴...

²² [https://press.securex.be/le-taux-dabsenteisme-de-longue-duree-reste-eleve-dans-les-entreprises-belges#:~:text=Avec%20une%20%C3%A9g%C3%A8re%20baisse%20en,coronavirus%20\(3%2C01%20%25\).](https://press.securex.be/le-taux-dabsenteisme-de-longue-duree-reste-eleve-dans-les-entreprises-belges#:~:text=Avec%20une%20%C3%A9g%C3%A8re%20baisse%20en,coronavirus%20(3%2C01%20%25).)

²³ <https://www.aviq.be/fr/liste-des-communes-en-penurie-impulseo-i-du-01-06-23-au-31-12-2024>

²⁴ <https://stats.oecd.org/?lang=fr#>, Ressources en Santé, Médecins par âge et par sexe.

On assiste aujourd'hui encore dans notre pays à une limitation du nombre d'étudiants autorisés à pratiquer la médecine à la fin de leurs études tandis que les médecins et dentistes formés dans un autre pays européen peuvent venir pratiquer chez nous sans aucune limitation. Cette situation discriminatoire envers nos étudiants est inacceptable et il faut y mettre fin immédiatement.

La pénurie d'infirmiers est une réalité depuis plusieurs années et qui a été mise en lumière lors de la crise COVID. Les mesures adoptées par le gouvernement durant l'actuelle législature ne répondent pas réellement à cet enjeu de pouvoir compter sur suffisamment d'infirmiers et donc du soutien à apporter à ces soignants.

Si le constat du manque de soignants ne date pas d'hier, il est aujourd'hui criant et l'abandon de la pratique d'une partie des soignants est inquiétant.

Les hôpitaux sont aussi confrontés à d'importants manques de personnel ; ce qui conduit à la fermeture de lits et de services et au recrutement de personnes à l'étranger qui n'ont pas toujours le même niveau de formation et ne maîtrisent pas toujours bien notre langue ; ce qui n'est pas en faveur d'une prise en charge de qualité des patients.

D'autres professions paramédicales sont également en pénurie, c'est notamment le cas des technologues en radiothérapie et en radiologie.

Les délais d'attente pour certains examens sont également beaucoup trop longs : par exemple pour un examen IRM, il faut attendre plusieurs mois (hors situation d'urgence) alors qu'il s'agit d'un examen devenu incontournable pour de nombreuses pathologies dans la mesure où il est plus pointu que le scanner et non irradiant. Pour réduire ces délais, il est absolument nécessaire d'augmenter le nombre de machines IRM permises dans notre pays et de les financer, mais également d'augmenter l'attractivité des métiers de technologues en radiologie et en radiothérapie pour solutionner la pénurie actuelle qui rend difficile l'organisation de ces services.

Pour permettre à chaque citoyen de consulter les soignants nécessaires pour une bonne gestion de sa santé et pour soutenir les acteurs de la santé et leur permettre de travailler dans de bonnes conditions, nous voulons :

- Assurer « un médecin pour chacun » et, pour cela, nous voulons supprimer les quotas de numéros INAMI octroyés aux médecins et dentistes formés en Belgique pour répondre à l'ensemble des besoins, tout en garantissant à chaque étudiant une formation de qualité (y compris durant les stages et les spécialisations) et un apprentissage dans de bonnes conditions.
- Supprimer le numerus clausus limitant l'accès à la profession des médecins et des dentistes, ainsi que le concours à l'entrée de ces études. Nous voulons nous assurer que les générations futures puissent avoir accès à un médecin, alors que de nombreux jeunes veulent s'engager dans ce secteur en pénurie.
- Renforcer le médecin généraliste dans son rôle de proximité et d'orientation du patient et donc dans son rôle de lien entre la 1ère et la 2ème ligne de soins. Le renforcer aussi dans son rôle par rapport à la continuité des traitements du patient et à la coordination du suivi entre les différents lieux de prises en charge (hôpital, centre de révalidation, domicile...).
- Face à la pénurie d'infirmiers, créer et mettre en œuvre un plan d'attractivité et de rétention de la profession d'infirmier et d'aide-soignant afin d'encourager de nombreux étudiants à se former à ces professions, mais aussi de soutenir les infirmiers en place pour qu'ils bénéficient des conditions nécessaires à la bonne poursuite de leur carrière. Concrètement, nous voulons :
 - Revaloriser cette profession financièrement, mais aussi en termes de motivation et d'épanouissement personnel ;
 - Augmenter les normes d'encadrement dans les institutions de soins pour au moins atteindre la recommandation européenne de sécurité d'en moyenne 8 patients par infirmier en journée dans les services hospitaliers généraux, à adapter en fonction du type de service et du moment (jour, nuit, week-end) ;
 - Reconnaître et valoriser les spécialisations et apporter les corrections à l'Institut de Classification de Fonctions (IFIC) ;
 - Encourager la formation continue et sa reconnaissance financière ;
 - Mettre en place des aménagements de fin de carrière permettant une meilleure conciliation vie professionnelle-vie privée et reconnaître la pénibilité du métier pour la pension ;

- Augmenter le personnel de soutien (logistique notamment) et le personnel permettant de répondre à la professionnalisation et aux nouvelles contraintes imposées aux hôpitaux (gestionnaire de projets, GDPR, cybersécurité...) afin d'améliorer la gestion, de limiter les risques et de libérer du temps pour la prise en charge et le suivi au chevet des patients.
- Favoriser des crèches dans les hôpitaux et des systèmes de garde d'enfant jusque 12 ans avec des horaires allongés pour concilier vie privée – vie professionnelle.
- Donner du temps aux soignants pour qu'ils puissent accompagner au mieux les patients qu'ils rencontrent, via une révision en profondeur de la nomenclature : il faut valoriser les actes intellectuels, le temps d'écoute et de communication ainsi que le temps consacré à la coordination.
- Assurer une représentation des différents métiers de soins dans les institutions et les organes de concertation et de décision de l'hôpital ou des lieux d'hébergement comme les maisons de repos (et de soins).
- Améliorer le statut des médecins en formation de base et de spécialisation et tendre vers la création d'un statut complet en commençant par une prise en considération des années de formation pour le calcul de la pension.
- Veiller à ce que les soignants consacrent leur temps à la prise en charge de leurs patients et non à la gestion administrative, en allégeant la charge administrative à laquelle ils sont confrontés actuellement.
- Veiller au bien-être des travailleurs de la santé et des soins est essentiel pour nous. C'est pourquoi il convient de :
 - Prévoir un accompagnement pour les soignants au début de leur carrière professionnelle
 - Renforcer les subsides dédiés à l'accompagnement et l'encadrement du bien-être au travail : la pratique des intervisions permet de déposer entre pairs et avec un accompagnement professionnel les ressentis, les questionnements du métier. Nous proposons le lancement de telles pratiques dans le secteur de la santé dans son ensemble. Pour financer ceci, nous proposons que les gouvernements mettent cette possibilité à l'agenda d'un nouvel accord non marchand dans le secteur.
 - Assurer un réel encadrement des futurs infirmiers et médecins durant leurs stages et le début de leur activité professionnelle pour éviter qu'ils ne soient découragés et décident d'arrêter. Nous proposons les mesures suivantes :
 - Intégrer dans le cursus de formation des infirmiers et des médecins l'accompagnement des stagiaires ;
 - Renforcer les équipes enseignantes (y compris dans des formules de tutorat avec des médecins et infirmiers plus âgés) pour permettre l'accompagnement des stagiaires. Cette mesure pourrait être négociée dans le cadre de l'aménagement des fins de carrière ;
 - Prendre en compte le temps consacré à l'accompagnement des infirmiers au début de leur carrière dans le calcul de la norme d'encadrement.
- Appliquer le cadre d'evidence based medicine et garantir la qualité des soins, la sécurité et la protection des patients aux pratiques non-conventionnelles reprises entre autres dans la loi du 29 avril 1999.

2.2 Accessibilité territoriale et proximité

Comme indiqué ci-dessus, de nombreuses communes sont confrontées actuellement à une pénurie de médecins impliquant, pour leurs habitants, des difficultés pour pouvoir être pris en charge.

Nous voulons :

- Garantir une présence suffisante de médecins généralistes, spécialistes et de dentistes sur l'ensemble du territoire en renforçant les mesures déjà existantes de soutien à l'installation et en adoptant de nouvelles mesures incitatives associant les communes, spécialement dans les zones rurales les plus touchées par la pénurie. Concrètement, nous voulons mettre en œuvre les mesures suivantes :
 - Mettre à disposition, à l'initiative des communes, une infrastructure gratuite où le médecin généraliste, spécialiste ou dentiste qui s'installe pourrait exercer à l'acte pendant 5 ans. Ceci ne doit être conditionné par aucune ingérence de la commune dans l'organisation de sa pratique. Le médecin qui accepte ce service garde la liberté de poursuivre son activité dans la même commune en dehors de cette infrastructure après ou même pendant ces cinq ans ;

- Exonérer de taxes communales pendant 5 ans les médecins généralistes, spécialiste ou dentiste qui installent leur pratique dans une de ces communes et décident d'y résider pendant ces cinq ans ;
 - Obtenir le financement par la région de 100% des frais de secrétariat pendant cinq ans quand un médecin généraliste, spécialiste ou dentiste s'installe dans une commune réputée en pénurie dès l'installation ; Lever les freins réglementaires aux fusions des hôpitaux, définir les programmes de soins par réseaux pour offrir une offre coordonnée de soins pour les patients.
- Permettre à chaque citoyen de faire appel à un médecin de garde qui puisse le prendre en charge dans de bonnes conditions, lors des nuits et des week-ends et, pour ce faire, assurer une organisation des gardes de médecine générale qui tienne compte de la réalité plurielle sur le terrain (densité de la population, densité des médecins...) avec une attention particulière pour la nuit noire qui pose un véritable problème encore aujourd'hui.

2.3 Accessibilité financière

En 2021, 17,9% des dépenses totales de santé étaient à charge des patients, soit 10 milliards d'euros ou 855 euros par habitant, tout en sachant qu'en Belgique, ces dépenses « à charge des patients » sont en tout ou partie prises en charge par les assurances privées²⁵. Les principaux coûts à charge des patients sont les prestations non couvertes, les médicaments non remboursés, les soins dentaires non couverts, les lunettes, les appareils auditifs, les suppléments et le transport. Ces coûts sont particulièrement importants pour les personnes atteintes de maladie chronique. À ces coûts directement liés aux soins, il faut ajouter des coûts liés aux difficultés de mobilité, aux aménagements nécessaires du domicile...

Selon l'enquête de santé publique de 2018 de Sciensano intitulée « État de santé et qualité de vie », « 15,1 % des ménages en Belgique considèrent les dépenses de santé (soins médicaux, soins dentaires, achat de médicaments prescrits et non prescrits) comme une charge financière lourde. En 2018, 9,1 % des ménages indiquent qu'ils ont dû reporter des soins de santé (soins médicaux, soins dentaires, soins de santé mentale, achat de médicaments (prescrits), achat de lunettes) pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Le pourcentage de ménages qui indiquent avoir dû reporter des soins pour des raisons financières est plus élevé en Régions bruxelloise (16,1 %) et wallonne (12,8 %) qu'en Région flamande (5,4 %) ». ²⁶ Ceci peut avoir d'importantes répercussions sur la santé des personnes et peut présenter un coût important aux niveaux individuel et collectif.

Nous voulons :

- Adopter diverses mesures en faveur des patients, avec une attention particulière pour les patients chroniques :
 - Généraliser le mécanisme du tiers payant qui permet aux patients de ne payer que leur part (ticket modérateur) et de ne pas devoir avancer la partie des coûts des soins pris en charge par les mutuelles, en le rendant obligatoire pour les prestations dispensées par les médecins généralistes, spécialistes, dentistes, kinés, infirmiers à tous les patients, tout en assurant que les processus administratifs garantissent un paiement rapide des prestataires de soins ;
 - Simplifier, améliorer et étendre le champ d'application du mécanisme du Maximum à facturer qui limite les coûts à charge des patients (par un meilleur soutien aux malades chroniques et aux patients de moins de 19 ans, par la création d'un « MàF fratrie », par une mise en œuvre plus rapide du MàF et par la suppression de l'indexation des plafonds pour les différents MàF) ;
 - Réguler les secteurs et rembourser à 100% certains verres de lunettes/lentilles, prothèses dentaires et appareils auditifs par une offre de base de soins et d'équipements de qualité ;
 - Rembourser la logopédie pour les enfants dont le QI est inférieur ou égal à 86 ;
 - Supprimer les différences de remboursement imposées au patient en fonction du statut de conventionnement du professionnel de la santé (sage-femme, kiné, infirmier, auxiliaire paramédical) auquel il fait appel. Ce n'est pas au patient à supporter le non-conventionnement de son praticien. Il le supporte déjà par la différence de montant à sa charge dans les honoraires.

²⁵ OCDE, Dépenses de Santé et financement, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9&lang=fr#>

²⁶ S. Demarest, R. Charafeddine, F. Berete et S. Drieskens, "Enquête de santé 2018: Accessibilité financière aux soins de santé. Bruxelles, Belgique: Sciensano; Numéro de rapport: D/2020/14.440/23", [https://his.wiv-isp.be /fr /Documents%20partages /AC_FR_2018.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/AC_FR_2018.pdf), p. 1.

- Agir en faveur du conventionnement des professionnels de la santé par des mesures politiques fortes (incitations financières...) et inciter chaque praticien de la santé non conventionné à prévoir une plage horaire d'une demi-journée par semaine où il applique le tarif de la convention.
- Adopter diverses mesures en matière de médicaments :
 - Négocier un nouveau pacte avec le secteur pharmaceutique en vue notamment d'améliorer l'accessibilité des médicaments, de lutter contre les pénuries, de soutenir l'innovation et de veiller à son accessibilité ainsi que de responsabiliser budgétairement ce secteur ;
 - Elargir le champ de négociation des prix et de l'accessibilité à l'innovation à une plus large échelle que la Belgique, en réformant et en élargissant l'initiative BeneLuxA qui a pour objectif de faire des recherches, de partager connaissances et expériences et de négocier conjointement le remboursement de médicaments ;
 - Relocaliser au niveau européen la production de médicaments essentiels afin de lutter contre les pénuries qui s'accroissent et d'être en mesure de faire face à des situations de crise (telles que la pandémie Covid-19) ;
 - Réformer les conventions « art. 81/111 » qui sont nécessaires en termes d'accessibilité des nouveaux médicaments pour que celles-ci restent des exceptions vu leur caractère confidentiel et l'absence de contrôle démocratique ;
 - Réformer la Commission de Remboursement des médicaments ;
 - Accorder une attention particulière aux maladies rares et aux médicaments orphelins ;
 - Rendre plus transparente la régulation du prix des médicaments, et notamment le coût de la recherche et du développement des médicaments qui est l'un des critères les plus importants dans la détermination d'un prix équitable pour le médicament ;
 - Mettre en œuvre un système visant à passer un accord avec un pays tiers en cas d'échec dans les négociations avec une firme ou de refus d'une firme d'introduire en Belgique les démarches nécessaires à l'autorisation et au remboursement d'un médicament qui a une réelle valeur ajoutée thérapeutique, qui est autorisé par l'Agence européenne des médicaments et qui est autorisé et remboursé dans au moins deux autres États membres de l'Union européenne afin d'éviter que les patients belges soient privés de ce médicament et privés de son remboursement en l'absence de commercialisation par la firme de ce médicament en Belgique.

2.4 Réformer l'organisation et le financement des hôpitaux

Les hôpitaux belges sont dans une situation financière précaire tout en étant confrontés à d'importants défis : le manque de prévisibilité budgétaire sur le long terme qui empêche la mise en œuvre d'une stratégie pluriannuelle, les pénuries de soignants, les risques en termes de cybersécurité, les coûts salariaux liés à l'indexation... 28% des hôpitaux avaient un déficit courant en 2021. Le pourcentage d'emplois vacants s'élève en moyenne à 4,5% de l'effectif total du personnel, ce qui représente un volume d'emplois manquants de 4690 ETP (+36% par rapport à 2019)²⁷.

Environ 2.600 patients décèdent chaque année en Belgique à cause de maladies nosocomiales (contractées au cours d'un séjour dans une structure de soins). D'autres patients ne bénéficient pas d'une prise en charge optimale, car l'équipe qui les prend en charge ne dispose pas nécessairement de l'expertise nécessaire à la gestion de ces cas complexes (notamment certains cancers rares). Pour améliorer encore la qualité des soins dans notre pays, il convient de concentrer les soins là où c'est nécessaire. La mise en place des réseaux d'hôpitaux poursuivait cet objectif, mais force est de reconnaître qu'il n'est encore que très partiellement atteint, et seulement dans les cas où cette collaboration va jusqu'à la fusion des institutions concernées. Alors seulement peut s'organiser l'intégration des services médicaux en un seul ensemble. Par exemple, les orthopédistes regroupés se surspécialisent selon les différentes parties du corps et, comme toute la littérature médicale le démontre, deviennent plus efficaces pour traiter les cas les plus complexes. Pour assurer l'accès de tous à ces soins de qualité, il convient en même temps d'organiser les consultations et les soins les moins complexes de manière décentralisée, comme le font spontanément les sites hospitaliers qui ont fusionné. Seuls les opérations et soins complexes sont centralisés. Pour

²⁷ https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2022/Communiqu%C3%A9%20de%20presse%20Belfius_MAHA%2016%2011%202022.pdf

atteindre ce modèle idéal d'organisation, il convient donc, de manière beaucoup plus volontariste que ce qui a été fait jusqu'ici, de :

- Poursuivre la réforme initiée sous la présente législature, car ses objectifs et sa méthode sont soutenus par la plupart des acteurs concernés. En effet, ses effets bénéfiques attendus sont extrêmement importants pour les patients, les prestataires de soins et les pouvoirs publics :
 - Un accès des patients à des soins de meilleure qualité, en particulier dans les cas les plus complexes (cancers rares par exemple) ;
 - Un système de financement des organisations et prestataires plus simple, plus juste et plus incitatif à exercer la meilleure médecine possible ;
 - Une meilleure utilisation des ressources publiques.
- Prendre toutes les mesures utiles en matière de financement et de réglementation pour favoriser les fusions entre hôpitaux, tout en veillant à ce que les consultations et soins les moins complexes restent offerts de manière décentralisée.

Le système de financement des hôpitaux belges est parmi les plus complexes des pays comparables. Il en résulte une charge administrative énorme qui s'impose à tous les acteurs, en ce compris les médecins et infirmières, une incertitude inacceptable sur les résultats financiers de l'année en cours (le chiffre définitif n'est connu que 5 à 6 ans après les faits !), des incitants qui restent encore fortement orientés sur la multiplication des actes plutôt que sur l'amélioration des soins au moindre coût et un système qui, globalement, finance de manière insuffisante les hôpitaux (beaucoup doivent constater un déficit comptable). Nous voulons donc en concertation avec les parties prenantes :

- Passer du système actuel de remboursement rétrospectif sur la base des lits justifiés et des actes à un système prospectif basé sur un forfait par pathologie ;
- Mettre fin au financement entrecroisé entre médecins et hôpitaux. Les premiers seront financés pour leurs « actes intellectuels », en tenant compte de la durée de la prestation, de l'expertise requise et du risque associé à la prestation. Les seconds seront financés pour couvrir l'ensemble des besoins en personnel et équipement de support. Dans ce cadre, on veillera à évaluer et à revoir le financement des hôpitaux afin de permettre une couverture correcte de la charge salariale du personnel, en particulier les coûts liés à l'indexation des salaires (personnel actuellement lié aux honoraires médicaux, personnel dans le cadre des politiques de l'emploi – Maribel – et personnel lié aux contrats projets pilotes), et à évaluer le coût des nouvelles normes et nouvelles contraintes auxquelles sont soumis les hôpitaux (sécurité informatique, etc.).
- De manière à assurer l'accessibilité aux soins, stabiliser puis progressivement diminuer les suppléments d'honoraires tout en veillant à ce que les rémunérations des médecins et soignants maintiennent l'attractivité de leur métier tout en revalorisant les prestations intellectuelles ; la diminution des suppléments devant être accompagnée d'une diminution des primes des assurances hospitalisation pour que ce soit, in fine, les patients qui bénéficient de ces mesures et non les assureurs.
- Dans un second temps, élargir les forfaits octroyés aux services hors hôpital, permettant la prise en charge des patients au bon moment en maison de réhabilitation (maisons de repos et de soins) et, le plus vite possible en fonction de son état, à domicile. L'octroi d'un forfait unique pour tout ce trajet permettra la mise en place d'une coordination efficace entre les soins spécialisés et ceux de première ligne, avec le support d'un système d'information de haute qualité.
- Mettre en œuvre un nouveau système de financement peut se faire de manière progressive dans une période raisonnable déterminée en concertation avec le secteur.
- Poursuivre le développement de l'hospitalisation de jour (médical et chirurgical) et de semaine, y compris l'hôpital de jour gériatrique, et accompagner les hôpitaux dans la transition entre l'hospitalisation classique et l'hospitalisation de jour.
- Renforcer la fonction sociale, la fonction Ressources Humaines et la fonction « officine hospitalière ».
- Travailler à une plus grande flexibilité de l'utilisation de la norme d'agrément (sur l'ensemble du site hospitalier) afin d'affecter le personnel soignant au chevet des patients en fonction des besoins.

2.5. Accessibilité dans le temps

Il est essentiel de garantir, pour chaque personne, une continuité dans les soins²⁸ qu'il reçoit et ce, dès la phase initiale de l'intervention du SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) : la prise en charge doit se faire de façon rapide pour le SMUR et continue, sans interruption dans le temps, quel que soit le lieu de prise en charge (hôpital, domicile, maison de repos ou de soins, institution de revalidation, lieu d'accident...) ou les acteurs de la santé qui interviennent. Or, de nombreux citoyens rencontrent des difficultés en ce qui concerne la continuité des soins. Ceci a une incidence sur leur prise en charge et peut donc aussi avoir un impact sur leur état de santé. De même, la question cruciale de la rapidité d'intervention des services mobiles d'urgence est particulièrement sensible dans les zones rurales, où les distances sont plus grandes et le réseau hospitalier moins dense. Elle nécessite une réponse spécifique et appropriée.

Nous voulons :

- Renforcer les structures intermédiaires entre l'hôpital et le domicile (revalidation, convalescence, soins à domicile, centres de jour...).
- Mettre en œuvre une stratégie intégrée visant un meilleur accompagnement de la fin de vie, en se basant sur une vaste concertation avec tous les acteurs concernés.
- Mieux soutenir les associations actives dans les soins palliatifs mais aussi dans l'accompagnement des familles endeuillées et promouvoir ces pratiques auprès de la population.
- Déployer une politique de consultation des gériatres et autres soins spécialisés (par exemple les dentistes) au sein des maisons de repos (et de soins).
- Renforcer le financement et la capacité d'accueil en matière de soins palliatifs, avec une intégration plus précoce dans le trajet de soins et une meilleure coordination entre les différents lieux de prise en charge (service hospitalier et service hospitalier spécialisé en soins palliatifs, soins palliatifs à domicile).
- Assurer une prise en charge rapide et efficace des patients sur tout le territoire par les services de l'aide médicale d'urgence, avec une attention particulière pour les zones rurales éloignées des centres hospitaliers et la solution unique que représente pour ces zones le Centre Médical Hélicopté (CMH) de Bra-sur-Lienne. Afin de garantir la pérennité de ce CMH, service hélicopté unique en Wallonie, et d'ainsi assurer la qualité et l'accessibilité de soins d'urgence performants dans toutes les zones de la région wallonne mais aussi des transferts urgents de patients, performants et rapides entre hôpitaux, ce service doit être définitivement reconnu par le SPF Santé publique et pouvoir bénéficier d'une subvention adaptée du même ordre que celle octroyée à tous les services d'urgence du pays. La reconnaissance par le SPF Santé publique doit s'accompagner d'une facturation spécifique et donc d'un remboursement particulier.

3. ÉTABLIR DE GRANDS PLANS STRATÉGIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉCHELLE NATIONALE

Investir dans la prévention garantit un retour sur investissement grâce à une diminution de 80 % des accidents vasculaires cérébraux, du diabète de type 2 et d'insuffisance cardiaque, et jusqu'à 40 % de cancers en moins après 7 ans²⁹.

Toutes les actions que nous avons détaillées dans le chapitre sur la promotion de la santé et la prévention sont évidemment essentielles dans le cadre de grands plans stratégiques de Santé publique que nous voulons mettre en place à l'échelle nationale. Nous ne répétons pas ici l'importance de ces mesures en matière d'inégalités de santé, de sensibilisation/vaccination/dépistage, de lutte contre le tabac, l'alcool et les drogues, de soutien à une nutrition saine et à une activité physique, de protection contre les UV et les bancs solaires.

Les facteurs de risque de nombreuses maladies très fréquentes sont largement connus des professionnels de la santé, mais pas encore suffisamment de la population dans son ensemble. Il faut sensibiliser la population. Il faut agir avant que les personnes ne soient malades.

3.1. Faire reculer le cancer

« Actuellement, en moyenne, un homme sur trois développera un cancer avant son 75e anniversaire tandis que pour les femmes c'est un peu plus de 1 sur 4. »³⁰

²⁸ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continuite-des-soins>

²⁹ https://issuu.com/vokavzw/docs/hc_-_preventie_met_impact?fr=sMzgwZTU3ODgwODU

³⁰ https://www.cancer.be/sites/default/files/fcc_baromge_re_chapitre_1_-_introduction.pdf, page 15.

15 ans après l'adoption d'un premier plan national cancer, nous avons besoin d'une nouvelle feuille de route solide pour faire reculer le cancer avec quelques grands axes principaux : agir avec ambition face aux comportements néfastes pour notre santé et qui sont sources de cancer, dépister davantage, renforcer l'accès aux diagnostics et aux soins oncologiques.

La détection précoce du cancer a un impact positif majeur sur les chances de guérison. Il faut donc agir pour améliorer notre politique en matière de dépistage et atteindre les groupes de population qui ne se font pas (ou trop peu) dépister actuellement.

Globalement, la prise en charge des cancers en Belgique est de qualité. Le taux de survie à 5 ans illustre bien cela. On peut néanmoins améliorer encore notre système de soins.

Nous voulons :

- Améliorer le taux de dépistage en déployant des efforts supplémentaires pour encourager la participation de la population aux programmes de dépistage et en élargissant les dépistages actuels :
 - Prendre des mesures pour augmenter le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus et atteindre la valeur cible de 90% pour faire reculer la mortalité liée à ce cancer, notamment la mise en œuvre d'un programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus en Wallonie et à Bruxelles, une invitation systématique à chaque femme, un registre permettant aux gynécologues et aux médecins généralistes de vérifier avec certitude et dans tous les cas (y compris si le test a été fait dans un centre privé ou en cabinet) si le dépistage a été réalisé ou pas, une stratégie prévoyant, sur base de ce registre ou des données existantes à l'INAMI ou aux mutuelles, un rappel particulier aux femmes qui ne se sont plus fait dépister depuis 10 ans ;
 - Organiser des campagnes de dépistage via des campagnes innovantes en termes de communication, en impliquant les pharmaciens ou en utilisant les réseaux sociaux selon l'âge des publics cibles de la campagne ;
 - Envisager de nouveaux dépistages ou des extensions de dépistage :
 - Dépister le cancer du sein dès 45 ans (donc plus tôt qu'actuellement où c'est prévu entre 50 et 69 ans ;
 - Accompagner d'une IRM la mammographie pour les femmes qui ont des risques génétiques ou des antécédents familiaux ;
 - Introduire (par le biais de projets pilotes) de nouveaux dépistages : poumon (notamment par l'organisation d'un scanner à faible dose chez les personnes qui fument beaucoup ou ont beaucoup fumé et qui sont âgées de plus de 50 ans), prostate, peau...
 - Éradiquer le cancer lié au papillomavirus :
 - Prévoir un programme de rattrapage de vaccination en étendant le remboursement du vaccin contre le HPV pour les jeunes de 19 à 26 ans ;
 - Obtenir un taux de couverture de 90% d'ici 5 ans sur toutes les régions du pays ;
 - Rembourser le vaccin pour les patients HIV et les patients transplantés.
 - Mettre en œuvre une politique de rattrapage par rapport aux dépistages et diagnostics de cancer qui n'ont pas été réalisés en raison du COVID-19.
- Améliorer l'accès aux soins :
 - Augmenter le nombre d'oncologues en Belgique pour répondre aux besoins croissants de prise en charge de cancer dans notre pays ;
 - Outre des centres d'oncologie, la prise en charge des cancers hématologiques (leucémies, lymphomes et myélomes) nécessite au moins à certaines étapes de leur traitement des équipes spécialisées : médecins ayant la compétence particulière en hématologie clinique, infirmières spécialisées, chambres stériles à flux laminaire, laboratoire spécialisé et facilités transfusionnelles (plaquettes et plasma). Les services d'hématologie agréés au niveau européen pour pratiquer les transplantations de cellules souches hématopoïétiques sont répartis de façon adéquate au niveau national. Nous voulons créer et soutenir des centres d'hématologie à partir de ces services agréés pour les transplantations de cellules hématopoïétiques en renforçant les cadres médicaux et infirmiers ainsi que les moyens de ces centres ;

- Modifier le protocole d'accord pour augmenter le nombre d'appareils pour les IRM pour répondre aux besoins et assurer des délais brefs de prise en charge et pour éviter la réalisation de scanners faute d'avoir une IRM rapidement... ;
- Revoir le maximum à facturer, comme expliqué ci-avant ;
- Améliorer l'accessibilité aux médicaments innovants (comme indiqué ci-dessus dans la partie « accessibilité financière ») ;
- Davantage impliquer les patients, par la mesure et l'évaluation de leur point de vue dans leur parcours //empowerment ;
- Poursuivre la reconnaissance de centres de référence/centres d'expertise en veillant à une accessibilité sur l'ensemble du territoire ; ce qui implique notamment une définition de critères de qualité, une évaluation indépendante des résultats, une organisation progressive de ces centres d'expertise, sur base d'un ordre de priorité pour les différents cancers, un travail en réseau, la publication et la mise à jour d'une liste officielle des centres d'expertise qui répondent au niveau de qualité requis par type de cancer ;
- Augmenter sensiblement le pourcentage de patients ayant accès à un coordinateur de soins en oncologie (CSO), un assistant social, un kinésithérapeute, un oncodiététicien et à un oncopsychologue pendant leur trajet de soin hospitalier, avec une meilleure intégration des PROM's et PREM's dans leur prise en charge ;
- Renforcer le soutien aux soins psychologiques ;
- Renforcer le financement et la capacité d'accueil en matière de soins palliatifs, avec une intégration plus précoce dans le trajet de soins, une meilleure coordination entre les différents lieux de prise en charge (service hospitalier oncologique et service hospitalier spécialisé en soins palliatifs, middle care à développer ;
- Renforcer la recherche fondamentale et clinique en oncologie afin que les patients aient accès à des traitements novateurs.

3.2. Stratégie de lutte contre les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires (cardiopathies coronariennes, maladies cérébrovasculaires...) sont l'une des premières causes de mortalité en Belgique : elles provoquent chaque année, 30000 décès. Une prévention active est nécessaire pour faire reculer significativement et durablement la morbidité cardiovasculaire. Une prise en charge adaptée des facteurs de risque menant à ces maladies est un enjeu majeur de santé publique. Les personnes souffrant de l'une de ces maladies ou exposées à un risque accru du fait de la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque (comme l'hypertension, le diabète...) nécessitent une détection et une prise en charge précoces. L'accès et l'amélioration des prises en charge multidisciplinaires existantes doivent également recevoir une attention particulière.

Nous voulons :

- Améliorer l'accessibilité aux données sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et la communication de ces données entre sociétés scientifiques, soignants, patients et combler ainsi le manque actuel de données officielles en vue d'améliorer l'efficacité de la stratégie.
- Sensibiliser l'ensemble de la population face aux risques cardiovasculaires. Atteindre, d'ici 5 ans, l'objectif que 85% de la population connaisse ses risques cardiovasculaires.
- Promouvoir l'activité physique adaptée pour les personnes atteintes d'affections de longue durée, de maladies chroniques, de facteurs de risques (tels que surpoids, obésité, sédentarité, dyslipidémie) qui ne peuvent pas pratiquer une activité physique ordinaire du fait de limitations et qui nécessitent un encadrement par des professionnels qualifiés en activité physique adaptée, à l'image du dispositif « sport sur ordonnance ».
- Détecter plus rapidement les cas de maladies cardiovasculaires par une meilleure définition des populations à risques et une identification d'indicateurs validés scientifiquement, comme les antécédents familiaux. Organiser des campagnes de dépistage pour les personnes à haut risque.
- Mettre en place des outils pour aider les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les médecins spécialistes à identifier les patients à risque et à mieux les prendre en charge.

- Garantir un temps maximal de prise en charge ainsi qu'une accessibilité géographique aux traitements d'urgence et aux filières de soins spécialisées pour les AVC et les infarctus, pour donner le maximum de chances aux patients.
- Comme toute personne est susceptible d'être confrontée à des situations de détresse vitales, notamment l'arrêt cardiaque, et doit savoir réagir pour sauver des vies, former la population aux gestes qui sauvent, notamment les jeunes dans les écoles, sur le milieu du travail...
- Harmoniser les pratiques médicales en matière de suivi et de traitement, sur base des dernières données scientifiques afin de faciliter une approche multidisciplinaire du traitement des patients.
- Définir une approche visant à mettre en place un trajet de soins personnalisé pour les patients.
- Simplifier et étendre les trajets de soin permettant le remboursement des prestations diététiques (aujourd'hui uniquement possible pour l'adulte en cas de diabète de type 2 ou d'insuffisance rénale chronique) à davantage de pathologies et de facteurs de risque (cardiovasculaire, surpoids...).

3.3. Plan maladies rares

Les maladies sont définies rares lorsqu'elles touchent moins d'une personne sur 2.000. Toutefois, plus de 6.000 maladies rares ont été identifiées et elles affectent entre 3,5 à 5,9 % de la population soit de l'ordre de 400.000 personnes en Belgique. La majorité (72%) des maladies rares sont d'origine génétique, les autres résultent d'infections, d'allergies ou de causes environnementales. Nombre d'entre elles sont auto-immunes.

Les patients expérimentent souvent un retard de diagnostic et cette errance est très difficilement vécue. L'affection entraîne souvent une perte d'autonomie et des souffrances vives. Souvent il n'existe pas de traitement curatif et lorsque des traitements existent, ils sont très souvent extrêmement onéreux.

Eurordis est l'alliance européenne de plus de mille associations de patients. Orphanet est le portail d'informations dédié aux maladies rares destiné à toute personne. Née en France et étendue à toute l'Europe, la classification Orphanet des maladies rares est utilisée partout.

Des « Fonctions maladies rares » ont été instituées à partir des 8 centres de Génétique dont 7 Universitaires liés aux Hôpitaux académiques plus l'institut de pathologie et de génétique (IPG) à Gosselies lié au grand hôpital de Charleroi.

Un plan maladie rare avait été proposé en 2013, mais il était associé aux maladies chroniques alors que les problématiques sont très différentes.

Nous voulons :

- Soutenir les fonctions maladies rares pour qu'elles deviennent de véritables centres d'expertise en maladies rares.
- Renforcer l'enseignement des maladies rares dans le parcours des médecins et des infirmières.
- Utiliser des référentiels de diagnostic et de soins tels qu'ils existent en France (PNDS) en les adaptant si nécessaire.
- Rembourser le dépistage néonatal et les tests génétiques pour maladie rare à tout âge.
- Favoriser les liens entre les centres d'expertise et les réseaux hospitaliers.
- Favoriser les liens avec les médecins généralistes (voir les expériences pilotes réalisées avec le concours de la Fondation Roi Baudouin).
- Subsidier les plateformes d'associations telles RDB et Radiorg de façon pérenne.
- Avoir un référent maladie rare dans chaque organisation mutualiste pour aider les patients dans leur démarche administrative.
- Avoir une politique européenne pour les médicaments orphelins.
- Exploiter l'intelligence artificielle pour améliorer le diagnostic et développer des nouveaux médicaments.

3.4. Plan Alzheimer, démence et maladies apparentées

Les personnes atteintes de démence se trouvent devant des défis importants sur les plans médical, thérapeutique et social. La maladie bouscule l'organisation de leur vie quotidienne, mais également celle de leur famille. 70% des

personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou apparentées) demeurent chez elles et/ou sont prises en charge par leur conjoint ou leurs enfants devenus adultes.³¹ C'est pourquoi il est crucial de mettre tous les outils en place pour faciliter la vie de ces personnes, mais aussi celle de leur famille. La première préoccupation doit donc être la situation de prise en charge à domicile et le soutien des aidants-proches.

Le « parcours » des personnes confrontées à la démence et de leurs proches est jonché de moments difficiles : l'apparition des premiers troubles de la mémoire, le diagnostic, le labyrinthe des soins et des aides existantes (ou non), la résignation à confier l'être cher à des mains étrangères, la collaboration parfois difficile avec les autres prestataires de soins, l'entrée en maison de repos, les éventuels contacts avec le juge de paix, les obligations légales, les complications liées aux remboursements des soins, la fin de vie...

Dans l'optique de résoudre l'ensemble des problèmes que peut rencontrer une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer, de démence ou de toute autre maladie apparentée et sa famille, nous voulons mettre en place un plan "Alzheimer, démence et maladies apparentées", visant à améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leurs familles, à renforcer la recherche et à accentuer l'information de la population sur la maladie d'Alzheimer, les démences et autres maladies apparentées³², autour des axes suivants :

- Améliorer l'accès au diagnostic et optimiser le parcours de soins en garantissant un accompagnement et des soins orientés vers le vécu de la personne souffrant de démence et ses proches :
 - Créer une offre de soins coordonnée et « adaptée à la demande » sur tout le territoire pour remplacer l'actuelle offre de soins disparates et « dépendants de l'offre » : Mettre en place une meilleure collaboration intersectorielle entre les différents organismes de soins (aide à domicile, soins infirmiers à domicile, hôpitaux, services de gériatrie hospitaliers de jour, centres de court séjour, centre d'accueil de nuit, maisons de repos/ maison de repos et de soins, services de répit...) et impliquer davantage le patient lui-même ainsi que les aidants-proches ;
 - Créer des "consultations mémoire" dans les zones non pourvues, afin que l'ensemble du territoire soit couvert en sites spécialisés de diagnostic et de suivi ;
 - Créer (en prévoyant la formation ad hoc) une fonction de "conseiller Alzheimer" chargé de prodiguer une assistance psychosociale au patient et à l'aidant-proche et de fournir informations et conseils en termes d'assistance à la vie quotidienne (mobilité, aménagement du logement, aspects juridiques et financiers...);
 - Porter une attention particulière aux personnes jeunes atteintes de démence sachant que les conséquences pour ces personnes, mais également pour leurs familles, sont bien différentes de celles pour les personnes plus âgées et que des adaptations doivent être faites pour tenir compte de cette spécificité ;
 - Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile et améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de démence ;
 - Apporter un soutien accru aux aidants ;
 - Promouvoir une culture de soins palliatifs et de planification anticipée des soins adaptés aux besoins particuliers des personnes atteintes de démence.
- Intégrer davantage la problématique de la démence dans les programmes de cours et de formation continuée des différents professionnels gravitant autour des personnes atteintes (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides-soignants, aide familiale...) et intégrant la question de la communication.
- Investir davantage dans la recherche fondamentale et clinique, mais aussi dans la recherche en sciences humaines et sociales.
- Forger une nouvelle image, plus nuancée, de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées et changer la manière dont nous voyons ceux qui en sont atteints. Le regard négatif, misérabiliste et infantilisant que notre société pose sur les personnes souffrant de cette maladie fait lui-même partie du problème qu'ils ont à affronter.

³¹ <https://aalz.be/>

³² L'ensemble des mesures préconisées dans ce plan est disponible via le lien suivant : <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/0537/55K0537001.pdf>

4. PROMOUVOIR UN ESPRIT SAIN DANS UN CORPS SAIN (SANTÉ MENTALE)

« La santé mentale se réfère à la fois à la manière dont on se sent, se comporte et interagit avec autrui et son environnement, et la façon dont on pense, réagit et fait face aux situations de la vie. La santé mentale contribue à notre santé globale et notre qualité de vie »³³.

Les différentes crises (pandémie, terrorisme, guerres en Ukraine et au Proche-Orient, réchauffement climatique...) que nous traversons et avons traversées nous montrent l'importance d'un bon état de santé mentale pour la résilience personnelle et collective face à différents événements de la vie. Là où elle est devenue une préoccupation première, la préservation du bien-être mental révèle encore bien des défis pour les pouvoirs publics. Les récentes données concernant les jeunes sont particulièrement interpellantes.

63,1% des jeunes font état d'une dégradation de leur état de santé mentale par suite de la pandémie. Les conduites à risque ont aussi augmenté chez les jeunes : scarification, troubles alimentaires, prise excessive d'alcool et/ou de drogues... Le décrochage scolaire a également augmenté³⁴.

Les étudiantes et étudiants sont confrontés à des difficultés psychologiques : 50% présentent des symptômes avérés d'anxiété et 55% de dépression.

Les comportements suicidaires (pensées, tentatives et suicides réels) représentent un important problème de santé publique en Belgique. En 2018, 4,3% de la population avait sérieusement envisagé le suicide et 0,2% avait tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. Les femmes et les personnes d'âge moyen étaient plus à risque. La fréquence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide a augmenté durant la crise COVID-19 et après.

En juin 2021, un jeune sur 6 (18-29 ans) a même déclaré avoir sérieusement envisagé le suicide au cours des 12 derniers mois³⁵.

1.720 décès par suicide ont été enregistrés en 2019³⁶. Les chiffres les plus élevés ont été constatés dans les groupes d'âge de 45 à 64 ans. Le suicide est la première cause de décès chez les jeunes. Il est également la 3^e cause de mortalité précoce, c'est-à-dire une mort survenue avant l'âge de 75 ans. La ligne d'écoute du centre de prévention du suicide enregistre un nombre grandissant d'appels d'adolescents et de jeunes adultes de 12 à 25 ans.

L'augmentation de la consommation d'antidépresseurs est un signe supplémentaire de la mauvaise santé mentale d'une partie de notre population.

La dépression affecte particulièrement les personnes âgées confrontées à des pertes successives (pertes d'autonomie, du lieu de vie familial, de proches) et est sous-diagnostiquée alors que les conséquences d'une dépression non traitée chez une personne âgée sont délétères : altération de la qualité de vie, perte d'autonomie, et risque suicidaire. Nous devons y être attentifs.

Au-delà des éléments explicatifs individuels et de la problématique de l'accessibilité des soins, il est également important de prendre en compte d'autres facteurs plus généraux. Tout d'abord, l'accès à des conditions de vie qui favorisent l'épanouissement personnel et la capacité d'adaptation est essentiel pour la santé mentale des jeunes. On en revient alors à l'importance des déterminants de la santé. Citons par exemple les conséquences de la précarité qui s'impose comme une charge mentale supplémentaire³⁷. À côté de cela, les réseaux sociaux sont devenus des outils incontournables de la vie quotidienne des jeunes. Ils leur permettent de maintenir du lien social, partager leurs expériences et connaissances, s'informer et se divertir. Cependant, il n'est pas rare d'observer des usages excessifs et des comportements addictifs. De même, dans ces univers digitaux, il y est constamment projeté divers idéaux de mode de vie. Cela peut engendrer des mécanismes de comparaison sociale et affecter l'estime de soi, notamment auprès du public féminin³⁸. En outre, le cyberharcèlement est un fléau destructeur pour ceux qui en sont victimes. Cet univers digital dans lequel ils ont grandi dépasse parfois leurs parents, les équipes éducatives et enseignantes, mais aussi les pouvoirs publics.

Enfin, dans des sociétés individualistes et confrontées à des crises majeures, les jeunes font face à des difficultés accrues pour trouver leur place. Ils sont conscients qu'ils seront amenés à trouver des réponses à des problématiques

³³ <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/sante-mentale#qu-est-ce-que-la-sant-mentale->

³⁴ Plus de 23 000 élèves ont présenté au moins 9 demi-jours d'absence scolaire entre août et décembre 2022. C'est 32,5% de plus qu'en 2021 et 90,5% de plus qu'en 2019.

³⁵ [Comportements suicidaires - Vers une Belgique en bonne santé \(belgiqueenbonnesante.be\)](https://www.belgiqueenbonnesante.be/comportements-suicidaires-vers-une-belgique-en-bonne-santé)

³⁶ <https://www.preventionsuicide.be/chiffres-suicide#:~:text=Selon%20Sciensano%2C%20l'Institut%20Belge,1265%20hommes%20et%20463%20femmes.>

³⁷ [Programmation Wallonne en Prévention et Promotion de la Santé \(aviq.be\)](https://www.programmationwallonne.be/prevention-et-promotion-de-la-santé)

³⁸ <https://www.cresam.be/wp-content/uploads/2020/06/Ados-RSN-et-SM-rapport-final-light.pdf>

complexes tels que le réchauffement climatique, la paupérisation, l'affaiblissement du pouvoir d'achat, etc. Ce qui peut affecter leur optimisme et générer de l'anxiété.

La santé mentale devenant une préoccupation croissante, il est aussi important que l'épanouissement personnel ne devienne pas une injonction accablante, mais une possibilité à construire et à entretenir malgré les aléas de la vie. Le bien-être mental est un processus qui peut prendre du temps, demander de l'effort, et qui connaît des variations. L'objectif n'est donc pas l'atteinte de la perfection en tout temps, mais plutôt d'offrir des moyens et services assurant aux jeunes de devenir acteurs de leur vie et d'y trouver un certain équilibre.

Vu ces différents constats qui doivent nous interpeller, il est indispensable d'agir rapidement et avec force. Nous voulons faire de la santé mentale une véritable cause nationale ; c'est la nouvelle crise sanitaire d'ampleur.

Une politique efficace de lutte en faveur de la santé mentale de nos citoyens doit être basée sur une détection précoce des situations à risque afin d'agir rapidement et d'éviter l'aggravation de la situation et des souffrances psychiques qui nécessitent alors une prise en charge plus lourde. Les acteurs du « prendre soin » ont un rôle important à jouer à ce niveau : en fonction de l'âge des citoyens, il peut s'agir d'acteurs de l'enseignement ou d'activités pour jeunes, d'acteurs du monde du travail, de CPAS... sur qui l'on compte pour assurer cette « vigilance ».

Nous voulons :

- Renforcer et continuer la convention "soins psychologiques" de première ligne et permettre de la rendre encore plus accessible.
- Créer des structures (accessibles par téléphone, sur un site web et en physique) et former des personnes de référence capables de centraliser la prise d'information, d'avoir un premier contact et de rediriger vers le service adéquat en matière de santé mentale. Ces structures de référence seraient responsables de créer et de rendre accessible à tous un cadastre des aides, des professionnels et des services disponibles, mis à jour régulièrement. Ce cadastre doit permettre d'identifier :
 - le type de service offert et à qui il s'adresse ;
 - l'accessibilité : le contact, l'adresse et le prix d'une consultation.
- Pour les jeunes :
 - Renforcer le rôle des centres PMS et PSE au bénéfice de la santé mentale des élèves dans les écoles ; octroyer des moyens complémentaires aux centres PMS et PSE pour la mise en place de groupes de paroles où les jeunes peuvent s'exprimer sur leur ressenti, leur santé (mentale et physique) et veiller à ce que les jeunes soient informés de l'existence de ceux-ci (à l'école, dans les clubs sportifs, les mouvements de jeunesse...) ;
 - Les PMS et les PSE devront mettre en œuvre un recensement trimestriel du nombre de prises en charge ;
 - Former les professeurs aux techniques de psychologie-positive et à l'approche de la santé mentale à l'école et prévoir dans le programme de l'enseignement fondamental des cours d'empathie ;
 - Prévoir dans le programme d'éducation physique et santé et dans la formation des professeurs des ateliers bien-être tels que la sophrologie, la méditation ou des ateliers d'expression des sentiments ;
 - Développer dans les établissements d'enseignement un système de parrainage entre élèves où des élèves ayant déjà pris leurs marques dans l'école pourraient, sur base volontaire, servir de relais pour guider les élèves qui le souhaitent ;
 - Créer un onglet "services et aides" avec des numéros utiles pour la santé mentale, le harcèlement... sur toutes les plateformes scolaires en ligne ;
 - Éviter l'utilisation des GSM dans l'enceinte des établissements scolaires et faire en sorte que l'école soit un lieu de prévention numérique, comme ils le sont pour la prévention routière, l'éducation sexuelle et autres ;
 - Doubler le numéro 103 (Écoute-enfant) d'une ligne de « chat », renforcer les équipes et rendre la ligne accessible via les réseaux sociaux ;
 - Organiser en collaboration avec les centres de planning familial des espaces d'accueil et de parole au sein des Hautes écoles et Universités ;

- En plus des autres propositions visant à améliorer la santé mentale des jeunes, nous souhaitons leur proposer un « Pass santé mentale » afin de venir en aide à ceux qui en ont besoin mais aussi de maintenir le bien-être des jeunes :
 - Accès prioritaire : le Pass Santé Mentale accordera aux jeunes un accès prioritaire aux consultations chez un psychologue ou un psychiatre. Nous restons conscients du manque criant de médecins, c'est pourquoi nous continuerons de militer pour la fin des quotas INAMI afin de faire face à la pénurie de médecins ;
 - Téléconsultations : en cette ère numérique, il est essentiel d'offrir aux jeunes la possibilité de consulter des professionnels de la santé mentale en ligne, garantissant ainsi un accès rapide et sans contrainte géographique ;
 - Équipes Mobiles d'Intervention Psychologique : des bus ou camionnettes équipés en tant que salles de thérapie mobiles pourraient circuler dans les communes afin d'approcher les solutions thérapeutiques et de les rendre plus accessibles. Elles permettraient un premier contact avec un professionnel de la santé mentale sans rendez-vous ;
 - Ateliers de Bien-être : des ateliers seront organisés régulièrement, couvrant des sujets tels que la gestion du stress, la sophrologie et les méthodes de travail, offrant aux jeunes des outils concrets pour leur bien-être quotidien. Afin de faire connaître ces pratiques, des initiations pourraient être intégrées au programme scolaire, notamment via le cours d'éducation physique. Ces ateliers pourraient être organisés lors du temps extra-scolaire également.
- Pour les adultes :
 - Mettre en place un accompagnement à la parentalité et au passage à l'âge adulte dans les communes ;
 - Évaluer la loi sur le bien-être des travailleurs de manière à renforcer sa mise en œuvre. La législation belge sur le bien-être au travail est une des plus performantes d'Europe. Elle est pionnière en matière de prévention et de lutte contre le stress et de harcèlement au travail. Elle ouvre la porte à des stratégies permettant d'impliquer davantage le personnel dans l'amélioration des conditions de travail et de l'organisation du travail. Pourtant sa mise en œuvre reste laborieuse. Trop souvent elle est prise comme une formalité sans réel suivi et sans traduction opérationnelle des plans d'action. Par manque de volonté, d'ambition et d'investissement de la part des décideurs au sein des entreprises. L'absentéisme, en hausse constante, est un des résultats de cette politique manquée ;
 - Organiser une fois par an un check up santé mentale sous forme de consultation psychologique avec la médecine du travail ;
 - Pérenniser le projet pilote (2019-2023) de prévention du burn-out de Fedris des soignants. Fedris offre un accompagnement par des psychologues et des coaches. Nous proposons d'élargir ce projet pilote (qui concernait initialement le personnel du soin et le secteur bancaire) et de permettre aux travailleurs de tous les secteurs de bénéficier à leur demande de cet accompagnement (payé par l'employeur) ;
 - Accorder une attention particulière aux métiers du « prendre soin » (soignants, enseignants, éducateurs...) en mettant en place des interventions lorsque ces équipes le souhaitent ;
 - Accorder une attention particulière à la santé mentale des indépendants, notamment par un financement structurel et un élargissement des 3 projets pilotes mis en place actuellement en vue d'assurer un accompagnement en termes de prévention et élargir les projets en prévoyant une prise en charge multidisciplinaire ;
 - Encourager le Forem et Actiris à développer des formations/ateliers sur le bien-être et la gestion du stress ainsi que sur la gestion administrative personnelle (impôts, assurance, crédit immobilier, etc..) ;
 - Obliger chaque commune à inscrire le développement d'ateliers bien-être dans leur plan de cohésion sociale.
- Pour les seniors :
 - Améliorer le diagnostic de dépression chez les personnes âgées ;
 - Envisager les approches non médicamenteuses et être attentif, en cas de prise en charge médicamenteuse, à la surmédication ;

- Poursuivre la réforme relative aux réseaux en santé mentale en développant le volet personnes âgées.
- Rendre structurel les réseaux de soins en santé mentale dans ses différentes facettes (notamment les soins équipes mobiles à domicile et le développement des lits HIC en résidentiel) – High intensive care en psychiatrie.
- Développer et renforcer les dispositifs résidentiels en santé mentale (IHP, MSP) afin de favoriser la réintégration des patients au long cours.
- Accorder une attention particulière au burn-out, aux stratégies à mettre en œuvre pour l'éviter, pour le détecter rapidement et pour accompagner les personnes qui en souffrent. Cela passe notamment par une réflexion générale sur le modèle de société et le modèle d'organisation du travail et de conciliation vie professionnelle/vie privée, une détection précoce dès les premiers signes de souffrance (notamment le stress au travail), une évaluation et un accompagnement des personnes en burn-out par des personnes qualifiées, un accompagnement en termes de réduction des symptômes et de réintégration au travail...

5. GARANTIR L'AUTONOMIE TOUT AU LONG DE LA VIE

Selon, l'OMS 15% de la population mondiale se retrouve dans une situation de handicap ou de dépendance. Avec le vieillissement de la population, ce pourcentage ne cessera d'augmenter dans les années à venir.

Les premiers accompagnants de ces personnes sont les aidants-proches. Selon Sciensano (2018), 12% de la population, soit plus d'un million de Belges, sont des aidants-proches. Si l'aidant-proche n'est pas soutenu dans son rôle, la société devra davantage prendre en charge la personne aidée. Ce qui aura un coût financier et social important. Des chiffres de la Fondation Roi Baudouin datant de 2016 estiment l'apport financier de l'aide informelle apportée par les aidants-proches au niveau belge. Cette estimation est calculée sur base du coût salarial moyen des travailleurs qui réaliseraient des tâches équivalentes dans un contexte professionnel, telles que les aides familiales ou les infirmiers. Il en ressort qu'un aidant-proche fournit une aide et des soins équivalents à un travail rémunéré allant de 267 à 1189 euros par mois. La variation du montant s'établit en fonction de la cohabitation ou non avec la personne aidée et du degré de dépendance de celle-ci. Plus la personne aidée rencontre des limitations importantes, plus la valeur économique de l'implication de l'aidant augmente³⁹. De plus, le lien qui se tisse entre l'aidant et la personne malade ou dépendante va bien au-delà des « actes de soin » et contribue au bien-être mental de la personne aidée. Cependant, l'épuisement des aidants doit être pris en compte et la société ne peut se contenter de leur faire porter l'aide sans prendre en compte leurs besoins spécifiques.

Certaines personnes pensent toujours que le domicile représente la vie, tandis que la maison de repos (et de soins) symboliserait la fin de vie. Alors qu'il existe de nombreuses structures alternatives (les services d'aide à domicile lors de pertes d'autonomie, les centres de coordination, les habitats communautaires, les résidences services, les centres de jours, les hébergements kangourou, etc.) qui sont moins bien connues, parfois peu accessibles et qui manquent de visibilité, entraînant une demande plus faible et une moins bonne subsidiation (elle-même éclatée entre niveaux de pouvoir). Mais, quel que soit le parcours, il est important avant tout de soutenir l'accompagnement à domicile de la personne âgée avec une politique de renforcement des services pour y arriver (aides familiales et ménagères entre autres). Cependant, rester à domicile coûte beaucoup plus cher qu'en maison de repos surtout si la prise en charge devient plus lourde. Ce n'est donc pas nécessairement la panacée « pour tous », car cela peut s'avérer très coûteux avec parfois un véritable épuisement des aidants-proches.

Une nouvelle programmation des structures d'hébergement des personnes âgées, qui adapte les normes d'encadrement en fonction des besoins et des caractéristiques de la population, devrait permettre la mise en place d'un système de santé plus intégré, incluant les maisons de repos et avec une vision holistique des personnes entre tous les niveaux de soins. La maison de repos doit être plus ouverte sur le monde, amener de la vie, démystifier son image et créer de nouveaux projets innovants. Pour cela, il y a un travail d'adaptation des normes en maison de repos à effectuer à travers un cadre législatif remanié pour permettre entre autres une flexibilité du financement des personnels qui travaillent sur les mêmes sites, oser « casser les murs » et rendre plus souples les normes pour permettre cette transmutualité. Les normes actuelles sont aussi trop axées sur les soins et très peu sur d'autres disciplines qui manquent cruellement : psychologues, diététiciens, éducateurs, personnel pour l'animation, etc. La formation des infirmières et aides-soignants en maison de repos reste aussi très médicalisée comme à l'hôpital. L'évolution de ces structures nécessite des formations plus centrées sur la communication, l'écoute et l'empathie, plus tournées vers les autres ... avec diminution de la charge administrative des personnels soignants, trop importante actuellement et au détriment du contact avec les résidents.

³⁹ https://www.soralia.be/wp-content/uploads/2021/10/Etude2021_Aidants_Proche.pdf

Pour assurer une autonomie à tout un chacun, nous proposons de :

- **Développer et favoriser les logements intergénérationnels et adaptés ou adaptables** en fonction des étapes de la vie. Pour cela, concrètement, nous proposons une adaptation des décrets sur les normes d'urbanisme qui oblige à inclure dans une rénovation de bâtiments à multiples occupants, dans un quartier ou dans une rénovation urbaine : un lieu de convivialité communautaire, des logements adaptables, des largeurs de porte permettant la circulation de voitures.
- **Disposer d'offres diversifiées et avoir à disposition une échelle pour bien évaluer les (futurs) besoins de la personne** et proposer des solutions alternatives entre le domicile et l'institutionnel. Cela passe par une réflexion sur un modèle de continuum de prise en charge plus intégré : entre l'habitat communautaire, les résidences services, les centres de jour, les centres de soins de jour et les maisons de repos. Si ces structures sont proches les unes des autres (dans un même quartier), il y aurait la possibilité de travailler de manière complémentaire et intégrée, avec par exemple un partage du personnel entre institutions, avec une possibilité de passage plus fluide du résident d'une structure à l'autre, tout en évitant les déracinements permanents de la personne. Il serait aussi intéressant d'avoir sur le site des maisons de repos une offre plus diversifiée, pour les personnes âgées plus valides (catégories O et A) ou de réaffecter certaines ailes des maisons de repos actuelles pour de nouveaux services plus adaptés.
- **Favoriser la mise en place d'une reconnaissance et d'un financement par des aides à l'emploi** (APE et ACS bruxellois) d'un statut particulier pour les gardes-malades et en particulier les gardes de nuit et pour les balluchonneurs (permettant le répit pour les familles où une personne est atteinte d'une forme de démence).
- En Wallonie, **mettre en œuvre le décret sur les maisons de repos (et de soins) et d'ainsi non seulement multiplier les modèles de maisons de vie** (TUBBE, Montessori, Abbeyfield...), mais surtout permettre aux personnes qui y vivent d'être impliquées dans la vie quotidienne et dans la prise de décisions tout en tenant compte de la réalité des résidents.

Il existe des projets pilotes de l'implémentation du modèle Tubbe au sein de certaines maisons de repos et des maisons de repos et de soins en Wallonie et à Bruxelles. Cela permet de mieux impliquer les résidents dans la vie de leur institution pour qu'ils se sentent comme chez eux. Tous les personnels sont sur le même pied à l'égard des résidents qui eux-mêmes sont mis en avant pour leurs compétences propres. C'est donc une communauté où chacun joue un rôle, est mis en avant et participe au bien-être de tous. Ce type de modèle est porteur d'une autre manière d'envisager la vie en communauté dans ces structures pour personnes en perte d'autonomie.

- **Favoriser la diversité d'offres sur un même site** pour autant que les normes d'agrément s'appliquent sur l'ensemble du site. Actuellement, chaque type de structure a ses propres normes (surtout de personnel) alors qu'il faudrait des normes générales (transmurales) entre des structures d'un même site. Eviter l'isolement des maisons de repos (et de soins) en privilégiant la proximité des résidents à des lieux de vie (écoles, bibliothèque, centre culturel...).
- **Mettre en place une garantie autonomie (via assurance autonomie) pour toutes les personnes en perte d'autonomie.** Cette mesure d'un montant de 200 millions sera financée par le budget général des Régions. Elle permettra la création de 2500 emplois. Elle nécessite un préfinancement de quelques années afin de pouvoir engager les collaborateurs nécessaires à sa mise en place. En effet, une fois mise en œuvre, les besoins doivent être couverts sur base des besoins de la population et non plus seulement suivant l'offre possible comme actuellement (on passe d'un principe d'action sociale à un principe de sécurité sociale).
 - Développer une couverture sociale spécifique destinée notamment à maintenir l'autonomie des aînés à domicile ;
 - Faire de l'assurance autonomie un nouveau droit ;
 - Diviser l'assurance autonomie en deux branches : l'intervention à domicile et l'octroi de l'Allocation Forfaitaire Autonomie (AFA) :
 - L'intervention à domicile donne le droit pour une personne en perte d'autonomie momentanée ou durable, quel que soit son âge, à l'aide à domicile (aide-ménagère, aide familiale, garde à domicile ou aidant proche) ;
 - Le montant de l'AFA est, quant à lui, calculé sur base du niveau d'autonomie de la personne.
 - Intégrer cette assurance autonomie à la Sécurité sociale ;

- Optimiser la présence et le recours aux ergothérapeutes sur le terrain ;
 - Accroître la visibilité et l'efficacité des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile ;
 - Financer ce nouveau droit par une contribution obligatoire dès 26 ans, en partie proportionnelle aux revenus individuels.
- **Prendre en compte les besoins des personnes concernées dans l'établissement du plan d'aide.** Lors de l'établissement d'un plan d'accompagnement par la coordination des services d'aides au domicile ou par le médecin traitant, non seulement le patient doit être associé, mais aussi l'aidant. Lors des réunions de préparation du plan d'accompagnement, un temps sera pris obligatoirement pour informer les aidants sur les législations, les aides et les subventions les concernant.
 - Afin de prévenir l'épuisement de l'aidant, des possibilités de répit doivent être garanties. Pour cela, un décret et un subside doivent être décidés concernant le balluchonnage, la création et la couverture par l'INAMI de très courts séjours soit en maisons de repos (et de soins) soit dans des lieux de convalescence reconnus et subventionnés.
 - Offrir une assistance aux personnes en situation de handicap lors de transports urgents et non urgents.
 - Les inégalités sociales entraînent des conséquences importantes pour les patients (informations, retard de prises en charge ...). Le réseau de lutte contre la pauvreté sera associé à la réalisation d'outils en FALC (Facile A Lire et à Comprendre) pour les personnes dépendantes ou pour les aidants.
 - Permettre à une personne handicapée d'être accompagnée par une personne en qui elle a confiance lors de toute démarche médicale.
 - Intégrer dans les cursus de formation des soignants la prise en charge des personnes en situation de handicap.

6. FAIRE DE LA BELGIQUE UN LEADER EN E-SANTÉ

L'e-santé, ou santé numérique, englobe l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement, la surveillance et la gestion de la santé. Avec l'avènement des smartphones, des objets connectés et des plateformes en ligne, l'e-santé a le potentiel de transformer radicalement la manière dont les citoyens gèrent leur santé et la manière dont les soins de santé sont fournis et reçus.

L'adoption de l'e-santé est en progression constante en Belgique. Des initiatives telles que le Dossier Médical Global (DMG) et la prescription électronique (Recip-e) ont été mises en place pour faciliter la coordination des soins et améliorer l'efficacité du système de santé. Cependant, malgré ces avancées, la Belgique, comme d'autres pays européens, est confrontée à des défis pour intégrer pleinement l'e-santé dans son système de santé.

L'intérêt de l'e-santé pour le citoyen, pour renforcer la place qu'il occupe dans la gestion de la santé, est majeur.

L'apport de l'e-santé et de l'intelligence artificielle ne doit pas nous faire oublier les dimensions éthiques de leur utilisation. Elles ne sont pas là pour remplacer l'humain, mais pour apporter de la valeur ajoutée pour les patients. Elles doivent être validées, sécurisées et sûres, se baser sur des données scientifiques robustes et de qualité, et utiliser des algorithmes clairs et justes. Un arsenal réglementaire doit être développé pour baliser leur utilisation, pour garantir la qualité et pour maintenir la protection des données sensibles que sont les données de santé.

Le développement de l'e-santé doit notamment porter sur :

- Un dossier informatisé patient unique sur tout le pays reprenant l'ensemble des informations de santé ;
- Des applications innovantes à valider et à reconnaître pour améliorer le suivi des patients chroniques, mais aussi en matière de prévention ;
- La télémédecine, les lits d'hôpital virtuels (avec sortie plus rapide de l'hôpital et suivi à domicile), les dispositifs portables de télésurveillance de patients chroniques ;
- L'intelligence artificielle pour aider les prestataires de soins au diagnostic et à la décision ;
- La formation des acteurs de la santé aux outils numériques ;
- L'investissement dans la cybersécurité.

7. RENFORCER LA CONCERTATION AVEC LES PRESTATAIRES

La concertation avec les prestataires de soins et les organismes assureurs est une condition essentielle si l'on veut mettre en œuvre des politiques cohérentes, soutenues par les acteurs qui devront l'appliquer et donc qui seront concrétisées sur le terrain. Les associations de patients seront concertées pour les matières qui les concernent.

Malheureusement, ces dernières années, nous n'avons pu que constater que les ministres en charge de la Santé adoptaient des mesures, sans réelle concertation pluridisciplinaire avec les différents acteurs concernés.

Nous voulons :

- Veiller à ce que des objectifs de santé interfédéraux soient élaborés en concertation avec les acteurs de la santé (patients, prestataires, institutions, mutualités...) et mis en œuvre, avec des objectifs chiffrés sur le court, moyen et long termes, avec des objectifs intermédiaires annuels à atteindre, au-delà du travail mené par la commission des objectifs de soins de santé.
- Évaluer la commission des objectifs de soins de santé au niveau de l'INAMI pour voir si elle permet au sein de l'INAMI de faire tomber les barrières entre les différents silos et si elle permet réellement de travailler au départ d'objectifs de soins de santé.
- Mettre en œuvre une réelle concertation avec les différents acteurs de terrain avant l'adoption de mesures, de réformes qui ont un impact sur leur travail.
- Maintenir les ordres existants et mettre en place un ordre qui rassemble toutes les autres professions de santé.

8. PRÉVOIR UN BUDGET À LA HAUTEUR DES BESOINS ET DES ENJEUX

Un des problèmes essentiels auxquels notre système de santé est confronté est son sous-financement (au niveau de la prévention et de la promotion de la santé, mais aussi au niveau des soins de santé).

Vu l'importance de la prévention et de la promotion de la Santé pour encourager et soutenir nos citoyens à rester en bonne santé, il est évident que nous devons investir davantage de moyens pour rendre nos politiques plus ambitieuses et avec des résultats plus forts, au bénéfice de chacun de nous, mais aussi de notre système de santé.

Au-delà de la norme de croissance des soins de santé qui est sensée répondre à l'augmentation des besoins en raison du vieillissement de la population et des innovations dans la manière de soigner, mais qui n'a pas été suffisante ces dernières années pour faire face à l'augmentation des besoins, des économies ont été imposées au secteur ces dernières années, entraînant un budget insuffisant pour répondre aux enjeux majeurs de notre système de santé.

En juin 2023, le Bureau du plan indiquait que « *les déterminants des prestations de soins de santé (prévalence des maladies chroniques, vieillissement de la population, facteurs socioéconomiques, évolution de la pratique médicale et progrès technologique médical) conduisent à un taux de croissance annuel moyen de 3,5% en termes réels entre 2024 et 2028, supérieur à la norme de 2,5%* »⁴⁰.

Nous voulons :

- Atteindre et maintenir un cap budgétaire ambitieux en matière de santé par la mise en œuvre d'une norme de croissance des soins de santé suffisante pour répondre aux besoins croissants (3,5%).
- Garantir que tout budget dégagé par une réforme dans le secteur de la santé soit réinvesti dans la santé.

Quelques indicateurs de suivi pour la promotion et la prévention :

- ✓ Interdiction de la publicité liée au tabac et à l'alcool
- ✓ Règlement sur la publicité liée à l'alimentation
- ✓ Tenue de concertations des différents niveaux de pouvoir concernés sur le prix et l'accès à des aliments favorables à la santé, à des activités physiques, au tabac et à l'alcool
- ✓ Développement d'aménagements urbains par commune / quartier
- ✓ Évolution des types de mobilité douce
- ✓ Utilisation par plusieurs établissements/associations d'infrastructures sportives
- ✓ Perception des bienfaits d'une alimentation favorable à la santé et d'une activité physique régulière
- ✓ Perception des risques liés au tabagisme et à une consommation excessive d'alcool

⁴⁰ Bureau du plan, juin 2023, https://www.plan.be/uploaded/documents/202306150854330.FOR_MIDTERM_2328_12846_F.pdf.

- ✓ Degré d'adhésion sur des affirmations concernant la sédentarité, le sommeil, le surpoids, etc.
- ✓ Existence d'un chapitre spécifique sur les modes de vie et environnements favorables à la santé dans les projets d'établissement
- ✓ Existence de plans de promotion de la santé dans les écoles qui abordent les modes de vie favorables à la santé
- ✓ Augmentation du volume horaire des cours d'éducation physique dans l'enseignement de base
- ✓ Concordance entre les messages, l'offre alimentaire et d'activité physique et le comportement des adultes ou responsables d'établissements scolaires
- ✓ Critères d'une charte alimentaire pour l'accréditation des institutions de repos et/ou de soins
- ✓ Nombre de prestataires formés sur la (dé)nutrition des personnes âgées
- ✓ Taux de dépistage de la dénutrition dans les institutions
- ✓ Mise en place d'interventions multifactorielles ou multiples dans les établissements
- ✓ Nombre de collectivités qui facilitent l'accès à l'eau
- ✓ Acteurs publics et décideurs sensibilisés aux principes de base et aux stratégies de la promotion de la santé
- ✓ Intégration de la dimension « santé » dans toutes les politiques
- ✓ Impact des politiques publiques sur la santé et l'équité en santé
- ✓ Protocoles d'accords, concertations politiques (bi- ou multilatérales), conventions entre administrations ou accords de coopération en lien avec la promotion des modes de vie et environnements favorables à la santé
- ✓ Cohérence, efficacité et efficience des politiques publiques en lien avec les modes de vie et environnements favorables à la santé
- ✓ Prise en compte des inégalités sociales de santé dans toutes les stratégies de promotion de la santé appuyées par les politiques et responsables institutionnels

Pour des responsables politiques et institutionnels, cela peut se traduire par des actions concrètes comme :

Encourager le personnel politique et administratif à participer aux formations initiées par les acteurs de promotion de la santé – Diffuser les outils sur la promotion de la santé ou les actions communautaires en santé auprès des politiques et décideurs – Accompagner les Contrats de Quartier - Mobiliser et sensibiliser les associations et organisations de quartier sur les dimensions transversales de la santé - Appuyer les initiatives de mobilisation des acteurs communaux de différents secteurs dans le cadre d'actions sur les déterminants de santé des habitants - Créer des « réseaux santé » afin de favoriser la coordination des intervenants - Organiser des tables rondes intersectorielles en lien avec les différentes priorités de promotion de la santé - les démarches d'éducation permanente (projets, animations, réflexions participatives...) visant le renforcement des capacités d'analyse des personnes - les actions qui renforcent les capacités des individus à accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information - les projets qui stimulent la cohésion sociale - les actions visant la réduction des risques liés à la consommation d'alcool - les démarches qui permettent de (re)développer une culture alimentaire et de l'activité physique – les initiatives qui abordent les thématiques telles que le genre, l'image corporelle, la stigmatisation des personnes obèses - les acteurs à l'évaluation - les actions d'information sur la santé - la diffusion à travers différents canaux de communication des initiatives locales et de leurs cibles.

Indicateurs transversaux pour l'accessibilité aux soins :

- ✓ Mortalité et espérance de vie en bonne santé
- ✓ Prévalence et incidences des maladies
- ✓ Impact et invalidité (DALYS et QALYS)
- ✓ Expérience du patient : bien-être, qualité de vie, douleurs, impact sur le quotidien