

# 1.Santé : La santé positive est une priorité pour tous et à tout âge

La scène se passe dans le bureau du nouveau ministre de la Santé<sup>1</sup>. 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 conditionnent notre vie. Revenons à l'emploi, car ce dernier donne accès non seulement à plus d'autonomie, 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, il est essentiel pour arriver à faire évoluer nos politiques de santé, et particulièrement de santé publique, d'avoir un lieu d'échange, de partage et de cocréation des objectifs de santé entre les différents niveaux de pouvoir. La création de l'Institut du futur nous semble primordiale.

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 secondaire<sup>2</sup>. 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 cancers du poumon<sup>3</sup>. 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 donc du 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 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

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

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

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

49 critère d'Évaluation d'impact sur la santé (EIS)<sup>4</sup> dans toutes les politiques et la définition d'objectifs d'amélioration  
50 mesurables. Cette approche systémique oblige de s'extraire des visions sectorielles classiques (le ministre du  
51 Logement est compétent pour le logement, celui de la mobilité reste cantonné à la mobilité...) pour activer des  
52 processus intersectoriels dynamiques. On a déjà rappelé que le niveau de formation d'un individu déterminait sa  
53 longévité en bonne santé, mais il est aussi établi que le niveau de formation des parents détermine fortement celui  
54 des enfants. En termes de cercles vicieux, la corrélation est forte entre la consommation d'alcool et celle de tabac.  
55 Les notions d'environnements (favorables ou défavorables) sont donc déterminantes et la prise en considération de  
56 ceux-ci permet de répondre aux grands défis actuels : accès à un emploi, à une formation qualifiante, à un logement  
57 de qualité, à des choix responsables en matière environnementale (mobilité, alimentation, consommation  
58 d'énergie), accès aux ressources médicales et sanitaires... C'est donc à un changement de paradigme que conduit  
59 le travail sur les déterminants de la santé.

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

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

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

74 Cette approche est aussi basée sur une vision collective et pas seulement individuelle du rapport à la santé. Il s'agit  
75 d'améliorer l'état de santé de chacun et de l'ensemble de la population. Or, nous ne sommes pas égaux face à ce  
76 défi. Les inégalités de base conduisent à ce que chacun ne puisse pas agir de la même manière et avec la même  
77 efficacité sur ses conditions personnelles de santé. La responsabilisation des individus ne doit conduire ni à la  
78 privation de santé ni à une quelconque sanction. Au travers des décisions politiques et des mécanismes mis en  
79 place, c'est bien l'état de santé de tous et toutes qui doit être amélioré en tenant compte des possibilités d'y  
80 participer et en augmentant à la fois l'émancipation et la responsabilité de chacun.

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

#### 88 **Nos priorités :**

- 89 → **Promouvoir la santé, éduquer à la santé et prévenir les maladies**
- 90 → **Accessibilité à des soins de santé de qualité**
- 91 → **Établir de grands plans stratégiques de santé publique à l'échelle nationale**
- 92 → **Promouvoir un esprit sain dans un corps sain (santé mentale)**
- 93 → **Garantir l'autonomie tout au long de la vie**
- 94 → **Faire de la Belgique un leader en e-santé**
- 95 → **Renforcer la concertation avec les prestataires**
- 96 → **Prévoir un budget à la hauteur des besoins et des enjeux**

---

<sup>4</sup>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

## 97 **1. PROMOUVOIR LA SANTÉ, ÉDUCER À LA SANTÉ ET PRÉVENIR LES MALADIES**

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

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

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

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

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

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

- 125 ➤ La crise de la COVID-19 doit nous permettre d'anticiper d'autres crises sanitaires par :
  - 126 ○ l'adoption d'une approche One Health. Pour détecter, traiter et prévenir efficacement les flambées  
127 épidémiques de zoonoses et les problèmes de sécurité sanitaire des aliments, différents secteurs tels que  
128 la santé publique, la santé animale, la santé végétale et l'environnement devraient mettre en commun leurs  
129 données épidémiologiques et leurs données de laboratoire. Les responsables des administrations  
130 publiques, les chercheurs et les travailleurs travaillant aux niveaux local, national, régional et mondial  
131 devraient mettre en œuvre des mesures conjointes pour répondre aux menaces qui pèsent sur la santé.
  - 132 ○ La mise en place de mesures protectrices en milieu de travail et dans la population générale; elles  
133 nécessitent des financements et des investissements publics à grande échelle. Cela passe surtout par la  
134 généralisation des normes de ventilation dans les lieux publics et professionnels
  - 135 ○ l'amélioration de notre connaissance des différents groupes sociaux par des actions de proximité et l'appui  
136 de relais
  - 137 ○ l'amélioration de l'état de santé de la population par des campagnes de promotion de la santé,
  - 138 ○ le soutien au système de santé et l'augmentation de ses capacités de prise en charge
  - 139 ○ l'encouragement de la recherche scientifique et l'innovation industrielle.
  - 140 ○ La relocalisation européenne de production industrielle de médicaments et matériels médicaux essentiels
  - 141 ○ le soutien des partenaires à travers le monde dans le cadre de la surveillance épidémiologique et le  
142 renforcement de leurs systèmes de santé

143           ○ l'adoption d'un accord international sur la prévention des pandémies sous l'égide de l'OMS et qui  
144           permettrait aux pays du monde entier de renforcer les capacités nationales, régionales et mondiales et la  
145           résilience face à de futures pandémies tout en garantissant une souveraineté aux États.

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

151 Moins de 0,2% du PIB (€1.031.700.000) est destiné aux institutions et organisations impliquées dans la prévention<sup>5</sup>.  
152 Alors que d'un point de vue économique, une étude nous montre qu'1€ investi dans la promotion et la prévention  
153 permet d'économiser 4€ en soins de santé<sup>6</sup>.

154 Notre pays fait également face à des problèmes d'assuétude (alcool, drogue, tabac). Le mésusage d'alcool coûte de  
155 4,2 à 6 milliards/an à la Belgique (échec scolaire et académique, absentéisme au travail, perte de productivité,  
156 pathologies aiguës et chroniques, violences intrafamiliales, désinsertion sociale, décès prématurés (10% de la  
157 mortalité en Belgique). La vente d'alcool ne rapporte que 1,8 milliard/an. Selon une estimation de l'OCDE, 1€ investi  
158 dans des actions de lutte contre la consommation de l'alcool permettrait de récupérer 16€ à long terme<sup>7</sup>.

159 Le tabac est responsable de 90% des cancers. Le cancer du poumon vient de passer de la troisième à la deuxième  
160 place chez la femme en termes d'incidence de cancer. Elle pourrait bientôt devenir la première cause de mortalité  
161 par cancer avec plus de 3.500 nouveaux cas, après le cancer du sein et celui du colon.

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

165 Les mesures objectives de la taille et du poids (BELHES) révèlent que 49,3% des Belges sont en surpoids et 15,9%  
166 sont obèses<sup>9</sup> à cause de mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'activités physiques. La prise en charge  
167 des patients souffrant de surcharge pondérale représenterait, pour la Belgique, un coût de près de 4 milliards € par  
168 an selon la Fédération mondiale de l'obésité (FMO) et un impact économique total (soins de santé, productivité des  
169 travailleurs en berne, absentéisme, retraite ou décès prématurés) estimé par la FMO à 10 milliards € par an<sup>10</sup>. Ce qui  
170 nous inquiète le plus c'est que, selon les estimations de la FMO, un Belge sur trois sera obèse à l'horizon 2035. À  
171 l'échelle de la Belgique, cela représenterait des dépenses en soins de santé proches de 5 milliards d'euros par an et  
172 un impact total économique de 13,7 milliards € par an<sup>11</sup>.

173 Investir dans la promotion de la santé et la prévention garantit un retour sur investissement grâce à une diminution  
174 de 80 % des accidents vasculaires cérébraux, du diabète de type 2 et d'insuffisance cardiaque, et jusqu'à 40 % de  
175 cancers en moins après quelques années. La recherche belge a calculé que la prévention permet de réduire de 20  
176 % les coûts pour les quatre pathologies (AVC, diabète de type 2, insuffisance cardiaque et cancer). En chiffres  
177 absolus, cela signifie après quelques années une diminution de près de 5 milliards d'euros des dépenses en soins  
178 de santé, moins d'allocations et une productivité accrue<sup>12</sup>.

179 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  
180 ne disposent pas des compétences suffisantes pour prendre des décisions éclairées concernant sa santé<sup>13</sup>. Les  
181 personnes en mauvaise santé, les personnes âgées et les personnes moins instruites ont un niveau plus faible de  
182 littératie en santé alors qu'elles ont souvent besoin de plus de prévention et de soins. De fortes inégalités socio-  
183 économiques sont observées dans de nombreux déterminants de santé (consommation de fruits/légumes ou de  
184 pratique d'activité physique, consommation de tabac).

---

<sup>5</sup> 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>

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

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

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

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

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

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

<sup>12</sup> [https://issuu.com/vokavzw/docs/hc\\_-\\_preventie\\_met\\_impact?fr=sMzgwZTU3ODgwODU](https://issuu.com/vokavzw/docs/hc_-_preventie_met_impact?fr=sMzgwZTU3ODgwODU), p. 23.

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

185 La transition technologique et l'accès à l'information transforment complètement la relation que nous avons avec  
186 les professionnels de santé. Il y a en effet un partage de connaissances qui modifie le colloque singulier lors d'une  
187 consultation, avec le risque de ne plus faire entièrement confiance aux praticiens. Le citoyen doit rester au centre et  
188 être acteur de son projet de santé. Il faut renforcer cette dimension tout en intégrant le numérique, les outils d'IA  
189 qui génèrent des connaissances tout en privilégiant toujours l'expertise médicale et scientifique des professionnels  
190 de santé.

191 La Santé constitue un système complexe en interrelation avec les autres, qui a pour but d'améliorer la santé de la  
192 population et de réduire la souffrance humaine causée par tous les problèmes de santé. Il concerne l'ensemble des  
193 individus et des communautés. Il est composé d'un ensemble d'organisations, d'institutions et de ressources dont  
194 le but principal est d'améliorer la santé, en lien avec les sous-systèmes : économique, social, culturel, politique,  
195 législatif. Le système de soins est donc bien un sous-système du système de santé qui est constitué de services  
196 globaux dans le but d'améliorer la santé.

197 En Belgique, le sous-système « soins de santé » centralise la très grande majorité des attentions et des ressources ;  
198 des efforts doivent être réalisés en termes d'investissement dans la promotion de la santé et la prévention des  
199 maladies. Les actions sur les déterminants non médicaux de la santé restent faibles et l'intersectorialité une vision  
200 purement théorique. C'est pourtant nécessaire d'intégrer des composantes Santé dans toutes les politiques (Health  
201 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  
202 de l'air. Les seules compétences santé ne peuvent combattre ce facteur environnemental. Une collaboration avec  
203 de nombreux secteurs est indispensable pour prévenir tant la pollution que les conséquences.

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

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

210 > **Refédéraliser la santé ou à défaut de mettre en œuvre un mécanisme assurant une plus grande cohérence**  
211 **des compétences entre les entités.** Nous devons surtout réduire le nombre de ministres en charge de la  
212 compétence de la santé.

213 > **Doubler la part allouée à la promotion de la santé et prévention dans le PIB.** Nous voulons passer de 1,1  
214 milliard € [à 1,5 milliard €] (montant en grande partie à charge des régions et communautés vu la répartition  
215 des compétences). Le retour sur investissement est démontré par toutes les études sur le sujet. Après quelques  
216 années, cet investissement devrait faire épargner plus de 5 milliards de dépenses en soins de santé et  
217 augmenter la productivité.

218 > **Mettre en œuvre le principe « Health in all policies »** en adoptant le critère d'Évaluation d'Impact sur la  
219 Santé (EIS) pour toute décision politique, car un état proactif doit veiller à ce que toute politique menée, dans  
220 chaque compétence et à chaque niveau de pouvoir que ce soit, prenne en compte la dimension « Santé » dès  
221 le début du processus décisionnel et soit de nature à renforcer l'état de santé de la population ou d'une partie  
222 de citoyens ! Cela passe par des politiques :

#### 223 ○ **De lutte contre les inégalités**

224 ■ Mener les projets et les offres de promotion de la santé en respectant les valeurs des publics  
225 fragilisés en appliquant le principe d'universalisme proportionné

226 ■ Favoriser le travail en partenariat et en réseau avec d'autres professionnels pour assurer une  
227 détection précoce des problèmes et une prise en charge adéquate.

228 ■ Développer une approche interministérielle de la promotion de la santé et des inégalités sociales  
229 de santé.

230 ■ Inscire la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les programmes politiques et dans les  
231 plans d'action des décideurs politiques, quels que soient leurs niveaux et types de compétences  
232 (logement, enseignement, santé, mobilité, emploi...) : au niveau du budget, des stratégies, des  
233 objectifs, des procédures de sélection des projets.

234 ■ Adopter des mesures spécifiques pour faciliter l'accès des populations précarisées à des structures,  
235 services, aides financières favorables à leur santé.

- 236           ▪ Au niveau des pouvoirs locaux, rechercher des solutions pour la mise en place de la gratuité, de prix  
237 adaptés ou de facilités financières du type chèque sport, avec un abaissement de l'âge et un  
238 élargissement des activités couvertes (psychomotricité pour les enfants avant trois ans...).
- 239           ○ **De l'emploi et de la formation (cf. Plan Emploi)**
- 240           ○ **De réhabilitation des logements insalubres**
- 241           ▪ L'obligation lors de la construction d'un immeuble à étages de prévoir des balcons à tous les  
242 appartements d'au moins 10% de la surface habitable.
- 243           ○ **De lutte contre les pollutions (extérieurs et intérieurs)**
- 244           ▪ Exemple : Augmenter le nombre de rues scolaires, c'est-à-dire des aménagements urbains  
245 permettant de bloquer au trafic routier des rues qui se trouvent à proximité immédiate d'écoles, au  
246 moment de la sortie et de l'entrée des enfants
- 247           ▪ Sensibiliser à la pollution de l'air intérieur et aux principaux risques : fumée de tabac, amiante,  
248 particules fines, radon, encens, bougies, parfums d'intérieur), produits d'entretien, de bricolage ou  
249 des meubles émettant des substances polluantes, contrôler les appareils de combustion ...
- 250 ➤ **La santé environnementale** est définie par l'OMS comme "comprenant les aspects de la santé humaine, y  
251 compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux,  
252 psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de  
253 gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la  
254 santé des générations actuelles et futures". La pollution de l'eau, de l'air, des sols, les habitats vétustes ou les  
255 conditions de travail dangereuses sont à l'origine de multiples pathologies, notamment cancéreuses, de  
256 troubles de la reproduction et du développement. En Belgique, les polluants environnementaux induisent des  
257 maladies cardiovasculaires, des cancers, des maladies respiratoires comme l'asthme, des allergies, de  
258 l'hypersensibilité environnementale, des maladies neurologiques, de la fatigue chronique entre autres.
- 259 ➤ De surveillance et de régulation plus strictes des substances qui présentent un risque significatif pour la santé  
260 humaine et l'environnement. Appliquer le principe de précaution.
- 261           ○ Réaliser un état des lieux des substances qui présentent un risque significatif pour la santé  
262 humaine et l'environnement (perturbateurs endocriniens, PFAS, amiante, perchlorates, certains  
263 déchets hospitaliers, microplastiques, micro-organismes résistants aux antimicrobiens...) et  
264 développer une cartographie accessible aux citoyens.
- 265           ○ Améliorer les techniques d'analyse des pollutions induites par l'eau potable (analyses au robinet  
266 plutôt qu'au château d'eau ; analyse des résidus sur les cultures et les sols).
- 267           ○ Assurer une totale transparence vis-à-vis de la population, des consommateurs et des autorités  
268 locales, par une information complète et rapide des résultats des analyses et des éventuelles  
269 mesures de précaution à prendre, en cas de dépassement d'une norme.
- 270           ○ Mettre à jour plus régulièrement la liste des substances à surveiller, en anticipant les normes  
271 européennes et appliquer le principe de précaution en cas de suspicion de pollution.
- 272           ○ Appliquer en Wallonie et à Bruxelles des normes plus strictes que l'Union européenne en ce qui  
273 concerne les PFAS et prendre en compte la toxicité spécifique de chaque type de PFAS.
- 274           ○ Au niveau régional, accélérer les cartographies, renforcer les contrôles et durcir les sanctions vis-  
275 à-vis des entreprises qui rejettent des PFAS.
- 276           ○ Interdire les PFAS au niveau européen.
- 277           ○ En cas d'interdiction de consommation de l'eau du réseau de distribution, prévoir un plan de  
278 gestion de crise et assurer un accès à l'eau potable de façon alternative.
- 279           ○ Mieux encadrer la gestion des eaux usées des hôpitaux et prévoir un financement suffisant pour  
280 aider le secteur à mettre en place des solutions ad hoc permettant d'isoler et de traiter les eaux  
281 contenant potentiellement des substances toxiques (exemple : déchets issus d'une  
282 chimiothérapie).
- 283           ○ Soutenir la recherche en matière d'évaluation de la qualité de l'eau potable et les risques induits  
284 sur la santé et l'environnement.
- 285           ○ D'investissement dans la **mobilité douce accessible** invitant ainsi à l'activité physique<sup>14</sup>

<sup>14</sup> 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>

- 286
- 287
- 288
- Rendre certaines rues de quartier ouvertes et partagées pour tous les usagers, piétons, cyclistes, voiturettes, trottinettes, voitures... et permettre leur utilisation comme aire de jeux, marchés, évènements à certains moments précis,
- 289
- 290
- 291
- 292
- 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.
- 293
- Améliorer, élargir et sécuriser les pistes cyclables
- 294
- 295
- 296
- ➔ 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.
- 297
- D'investissement dans les **lieux collectifs de rencontres**
- 298
- Créer des espaces publics (places) et virtuels (plateformes) de rencontres et de créativité
- 299
- 300
- Amplifier le soutien aux lieux tiers : bibliothèques, cafés associatifs, salons de coiffure sociaux, maisons de quartier, maisons médicales, écoles des devoirs...
- 301
- Favoriser l'économie de partage
- 302
- 303
- Installer des objets tiers (grands jeux, bancs, barbecue, bac à sable, panneau d'expressions...) pour favoriser les contacts
- 304
- 305
- 306
- Désigner un coordinateur social par quartier (payé par le CPAS) 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)
- 307
- Promouvoir les fêtes/activités de quartier qui réunissent et donnent de l'envie
- 308
- 309
- 310
- 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, etc.
- 311
- 312
- 313
- 314
- 315
- ➔ Le financement des communes sera pondéré 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 mesures au plus près des besoins de la population.
- 316
- De développement d'**espaces verts** proches et accessibles
- 317
- S'assurer que chaque citoyen ait accès à un espace vert à moins de 300m du domicile
- 318
- 319
- 320
- 321
- Mettre en place des partenariats locaux pour développer des cadres de vie et des infrastructures adaptés. Il s'agit d'identifier et 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.
- 322
- De soutien à l'**alimentation saine** et de lutte contre les aliments ultratransformés<sup>15</sup>
- 323
- 324
- 325
- 326
- 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
- 327
- 328
- 329
- 330
- 331
- 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

<sup>15</sup> Ibid.

- 332       ▪ Imposer une alimentation saine et équilibrée à l'école, dans les établissements pour personnes  
333       âgées ou personnes handicapées, les hôpitaux... à un prix abordable
- 334       ▪ Rendre obligatoire le Nutriscore sur tout étiquetage alimentaire et y intégrer un critère  
335       d'ultratransformation et d'impact CO<sub>2</sub>
- 336       ▪ Installer dans les écoles uniquement des distributeurs de boissons et d'aliments dont le Nutriscore  
337       est de A ou B.
- 338       ▪ Interdire la diffusion de publicités sur les aliments malsains pendant les émissions pour enfants<sup>16</sup>
- 339       ▪ Interdire l'installation des fast foods à côté des écoles
- 340       ▪ Créer un label « alimentation saine » pour l'HORECA
- 341       ▪ Installer des fontaines d'eau et remplacer les aliments trop sucrés et trop gras par des aliments plus  
342       sains dans les infrastructures publiques (communales, provinciales, communautaires, régionales) ou  
343       lors d'événements organisés par les pouvoirs publics.
- 344       ○ De protection aux **rayonnements électromagnétiques**, en particulier les personnes  
345       électrohypersensible :
- 346       ▪ Financer la recherche appliquée sur l'EHS : formuler des traitements efficaces pour aider les patients  
347       EHS à travers un protocole à développer
- 348       ▪ Mener une étude statistique sur la prévalence des EHS sur base de leurs symptômes et lancer un  
349       recensement des EHS
- 350       ▪ Créer des zones exemptes de réseaux mobiles (zones du territoire non couvertes par des réseaux  
351       mobiles) en concertation avec les citoyens
- 352       ▪ Permettre l'établissement des "zones grises", en concertation avec les communes, avec des seuils  
353       d'émissions plus basses : autour des écoles, résidences pour personnes âgées
- 354       ▪ Permettre systématiquement à une personne de choisir l'alternative des compteurs intelligents  
355       utilisant un câble Ethernet pour transférer les données
- 356       ▪ Interdire le wifi dans les crèches et écoles maternelles, au profit du filaire. Les tableaux numériques  
357       devraient également fonctionner via filaire (via adaptateurs).
- 358       ➤ Gérer les **risques et conséquences de l'alcool** sur la santé
- 359       ○ De renforcer la lutte contre la consommation d'alcool (interdire la distribution ou l'offre gratuite de  
360       boissons alcoolisées, interdire la vente et la consommation de tout alcool avant 18 ans, interdire certaines  
361       pratiques commerciales, mettre en place un avertissement sanitaire clair à la place du slogan actuel,  
362       interdire la publicité, améliorer l'étiquetage des boissons alcoolisées, interdire la vente d'alcool sur les  
363       aires d'autoroute et dans les magasins de nuit, augmentation la TVA de 5% sur l'alcool...).
- 364       ○ L'amélioration de l'étiquetage passe notamment i) par la mention de la teneur en alcool d'une manière  
365       claire et nette, de façon à éviter toute confusion avec des produits non alcoolisés; ii) par l'adoption d'une  
366       législation visant à rendre obligatoire la déclaration de la valeur énergétique sur les boissons alcoolisées;  
367       iii) pour ce qui est des boissons énergisantes, par la mention d'un avertissement sanitaire sur toutes les  
368       boissons à haute teneur en caféine qui sensibilise les consommateurs, en particulier les femmes  
369       enceintes, les personnes sensibles à la caféine et les jeunes, aux risques de la consommation excessive  
370       de boissons énergisantes, mais également aux risques de les associer à de l'alcool
- 371       ○ De mettre en place plus de campagnes d'information à destination des jeunes
- 372       ○ D'offrir de l'eau gratuite lors de festivals y compris grâce à des sponsors
- 373       ○ De renforcer les initiatives de sensibilisation sur la consommation d'alcool sur les campus étudiants
- 374       ○ De renforcer un véritable contrôle du respect de la législation via notamment des mystery shoppings
- 375       ○ De reconnaître et encadrer les métiers de l'alcoologie

---

<sup>16</sup> 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.

- 376           ▪ Reconnaissance du titre d'alcoologue diplômé
- 377           ▪ Remboursement des prestations en alcoologie
- 378           ▪ Reconnaissance de la dépendance à l'alcool comme une pathologie chronique
- 379           ○ Pour les aînés, on constate un risque d'alcoolisme plus important lié à des difficultés en santé mentale, des campagnes de prévention doivent être organisées aux heures de grande écoute des aînés
- 380
- 381   ➤ Favoriser la **lutte contre la consommation de tabac** :
- 382           ○ augmenter les accises sur les produits du tabac par l'augmentation de 10% en plus de l'inflation
- 383           ○ interdire de présenter ou d'exposer de manière visible des produits du tabac
- 384           ○ étendre l'interdiction de fumer
- 385           ▪ À tous les lieux ouverts situés dans l'enceinte des lieux dans lesquels des enfants ou des jeunes en
- 386            âge scolaire sont accueillis, logés ou soignés et de tous les lieux dans lesquels un enseignement
- 387            et/ou des formations professionnelles sont dispensées et cela en présence d'au moins un enfant de
- 388            moins de dix-huit ans
- 389           ▪ Aux aires de jeux et aux parcs ouverts à tous
- 390           ○ Renforcer un véritable contrôle du respect de la législation via notamment des mystery shoppings
- 391           ○ Améliorer l'aide au sevrage tabagique
- 392           ▪ Encourager le remboursement des thérapies de remplacement de la nicotine
- 393           ▪ Création de centres d'aide aux fumeurs dans les hôpitaux
- 394           ▪ Fournir une aide au sevrage tabagique adaptée au fumeur (en tenant compte de la multiculturalité
- 395            et du genre) et augmenter le nombre de tentatives de sevrage chez les adultes et les jeunes afin
- 396            d'accroître ainsi le nombre de fumeurs qui arrêtent de fumer. Ceci englobe également la poursuite
- 397            de la communication au public de l'offre en matière d'accompagnement au sevrage tabagique
- 398           ▪ Promouvoir l'orientation et le conseil en matière d'arrêt tabagique et donner des conseils
- 399            appropriés en matière d'aide médicamenteuse
- 400   ➤ **Lutter contre les substances psychotropes** :
- 401           ○ Appliquer une mesure alternative consistant en une prise en charge psycho-médico-sociale obligatoire
- 402            pour les consommateurs de drogues, produit ou vendu
- 403           ○ Mettre en œuvre la prescription et la délivrance des antibiotiques et des médicaments psychoactifs
- 404            (psychotropes, opioïdes) par unité ou par durée de traitement pour éviter les risques respectivement
- 405            d'antibiorésistance et de dépendance
- 406   ➤ Développer un plus grand nombre d'offres d'**activité physique et sportive** en veillant à les adapter aux
- 407            bénéficiaires et à leurs milieux de vie.
- 408           ○ favoriser la promotion du dispositif de prescription d'activité physique par un médecin en collaboration
- 409            avec un kiné, des coachs sportifs, des fédérations sportives... 17
- 410           ○ Dans les espaces aménagés et sécurisés, offres d'activités encadrées par des personnes spécifiquement
- 411            formées à certains types de publics (exemple : activité physique pour les seniors, pour les tout-petits, les
- 412            personnes moins sportives, etc.).
- 413           ○ En milieu scolaire, organisation de 1 heure de « mouvements » par journée scolaire pour les enfants de
- 414            primaire et de 1 heure pour les enfants de maternelle.
- 415   ➤ Intégrer dans le parcours scolaire des cours de littératie en santé avec un angle spécifique promotion et
- 416            prévention santé et premiers secours<sup>18</sup>
- 417   ➤ Intégrer les concepts de promotion de la santé (et de la santé mentale) dans la formation de base de chaque
- 418            faculté des sciences de la santé

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

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

419 ➤ **Réaliser des études évaluant le cout-bénéfice des mesures de promotion et prévention de santé**  
420 Prendre en compte les vulnérabilités des publics plus vulnérables est une autre stratégie fondamentale pour  
421 lutter contre les inégalités sociales de santé. On parle d'universalisme proportionné pour désigner des actions  
422 qui concernent l'ensemble de la population et qui sont adaptées au degré de désavantage de certains groupes  
423 qui la composent. Cette adaptation des actions n'est envisageable qu'à travers l'adoption d'une approche de  
424 proximité, prenant en compte les besoins spécifiques.

425 Il est important de souligner que les actions de prévention visant les facteurs de risque des maladies chroniques  
426 sont efficaces et qu'elles l'ont prouvé. Tant aux États-Unis qu'au Canada, des études ont mis en évidence le rôle  
427 important de la prévention au niveau des facteurs de risque pour diminuer la mortalité cardiovasculaire et celle des  
428 cancers. À titre d'exemple, en Finlande, le projet Carélie du Nord a permis, après avoir été élargi à tout le pays, de  
429 diminuer l'incidence des maladies coronariennes ainsi que des troubles cardiovasculaires au niveau national. Cette  
430 expérience entendait modifier les modes de vie associés aux maladies cardiovasculaires, ainsi que leur  
431 environnement social et physique, non seulement pour les personnes à risque ou déjà atteintes, mais également  
432 pour l'ensemble de la population. Plutôt qu'une multitude de projets verticaux spécifiques, ne visant qu'un facteur  
433 de risque en particulier, c'est une approche intégrée visant un ensemble de facteurs de risque partagés par la  
434 population<sup>19</sup> qui a été privilégiée.

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

440 **En termes de prévention, nous souhaitons :**

441 ➤ **Assurer un suivi de la santé** (vaccination, croissance, développement cognitif, développement manuel) par  
442 des consultations pédiatriques régulières et remboursées : actuellement 15 consultations ONE entre 0 à 3 ans  
443 et 3 consultations entre 3 et 6 ans

444 ➤ **Prévoir une consultation «Promotion Santé» annuelle** (honoraires spécifiques, rendez-vous programmé)  
445 auprès du médecin généraliste au cours de laquelle celui-ci pourrait informer le patient, assurer un « coaching  
446 » personnalisé quant au comportement du citoyen pour l'encourager à adopter un mode de vie sain  
447 (alimentation, activité physique, assuétudes, vaccination, diagnostic précoce...). Pour les enfants et jeunes  
448 scolarisés, cette consultation annuelle pourrait être prise en charge par le médecin du centre PMS et PSE (pour  
449 un check-up des vaccins, poids, taille, alimentation, conseil santé, dépistage...). Un lien doit être fait avec le  
450 dossier médical global du jeune

451 ➤ **Promouvoir la vaccination.**<sup>20</sup>

- 452 ○ Faciliter l'accessibilité des données scientifiques et en pharmacovigilance sur les vaccins pour les citoyens
- 453 ○ Aller à la rencontre des publics vulnérables (sans-abris, réfugiés, migrants, prisonniers...) pour leur  
454 expliquer les avantages et inconvénients de la vaccination et leur proposer la vaccination gratuitement.  
455 Engager des infirmiers de rue au travers des maisons médicales, des CPAS ou d'ASBL actives dans  
456 l'accompagnement des personnes fragilisées. Cette possibilité sera encadrée par un décret/une  
457 ordonnance
- 458 ○ Clarifier le fonctionnement des plateformes informatiques pour l'enregistrement des vaccins afin  
459 d'assurer une bonne transmission de l'information envers, notamment, les médecins généralistes.

460 ➤ **Dépister de manière précoce**<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> 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).

<sup>21</sup> 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

- 461 ○ Continuer les campagnes d'information et de sensibilisation pour inciter à se faire dépister régulièrement
- 462 ○ mettre en place des dépistages précoces de différentes pathologies (cardiovasculaires et cancers)
- 463 ○ utiliser de nouveaux tests de dépistage (nouveaux biomarqueurs, indicateurs de types de cancer
- 464 déterminés) qui sont développés et optimisés grâce à la recherche
- 465 ○ Amener la personne dans la tranche d'âge entre 30 et 75 ans à améliorer ses habitudes relatives au
- 466 dépistage et son mode de vie, c'est-à-dire : à parler du dépistage ou de ses risques à son médecin ; à
- 467 être un partenaire actif de sa santé ; à repérer les risques cardiovasculaires ; à envisager des adaptations
- 468 de ses modes de vie ; à inciter et impliquer son entourage dans ce projet ; à prendre en charge son
- 469 traitement (adaptation des doses de médicaments, manipulation d'inhalateur ...) ; à utiliser les installations
- 470 et structures d'aides locales, les mesures d'accessibilité financière.
- 471 ○ Améliorer la sensibilisation, la prévention et la recherche sur les maladies spécifiquement féminines,
- 472 comme l'endométriose, le cancer du sein et de l'ovaire
- 473 ➤ Reconnaître un **rôle de prévention de la santé, de conseil et d'accompagnement** aux professionnels de la
- 474 santé (infirmiers (à domicile), kinésithérapeute, pharmacien...) par un code de prestation spécifique dans la
- 475 nomenclature
- 476 ➤ **Informier et sensibiliser sur la contraception**, les maladies et infections sexuellement transmissibles et
- 477 renforcer l'accessibilité financière des contraceptifs (féminins et masculins) pour permettre des choix réellement
- 478 éclairés et éviter les grossesses non désirées :
- 479 ○ gratuité de la pilule du lendemain,
- 480 ○ élargissement du remboursement des contraceptifs à l'ensemble des femmes quel que soit leur âge,
- 481 ○ élargissement du remboursement aux différents contraceptifs à longue durée d'action (stérilets, implants)
- 482 et ce, pour toutes les femmes.
- 483 ➤ Intégrer la **sensibilisation aux questions de genre**, avec une attention particulière à toutes les formes de
- 484 violences dans la formation des professionnels de la santé
- 485 ➤ L'ensemble des services de prévention de la santé au travail ont publié ces dernières années des études
- 486 intéressantes sur l'évolution de l'absentéisme et sur les maladies au travail. On y constate que non seulement
- 487 les maladies de longues durées sont en constante augmentation (petite baisse en 2022, mais peu significative)
- 488 et que les déclarations d'absence de courte durée augmentent de manière encore plus importante. Prenons
- 489 l'exemple de l'étude réalisée par Securex et les chiffres qui l'accompagnent, mais nous aurions pu prendre celle
- 490 d'Acerta qui aboutit aux mêmes conclusions. [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).)
- 491
- 492
- 493 ➤ Le secteur de la prévention santé au travail et les secrétariats sociaux détiennent à la fois les chiffres, mais aussi
- 494 l'expertise pour aider à définir des politiques de prévention. Il ne s'agit pas seulement d'une politique interne
- 495 à l'entreprise ni du rapport de force entre patronat et syndicats, il s'agit, plus globalement de s'interroger sur
- 496 le sens du travail aujourd'hui, de son apport à l'insertion sociale de la personne, à sa participation à augmenter
- 497 la qualité de vie de chacun et plus globalement de la responsabilité collective de chacun dans le cadre de son
- 498 contrat d'emploi. Si le propos peut sembler philosophique, il n'en est pas moins concret et pratique au
- 499 quotidien, car la perte de sens du travail conduit à une difficulté dans l'organisation de l'entreprise marchande
- 500 ou non, publique ou non, au burnout, et à des pertes économiques importantes.
- 501 ➤ **Mieux prendre en charge les maladies professionnelles** : le bien-être au travail, les risques pour la santé
- 502 dans le cadre du contrat de travail ont conduit à définir des politiques et des indemnités particulières dans
- 503 le cadre du Fond des Maladies professionnelles. La reconnaissance de celles-ci a peu évolué et aujourd'hui le
- 504 taux de burnouts liés au travail conduit à se réinterroger sur la place de la prise en charge spécifique des
- 505 maladies professionnelles. Ce fonds est alimenté par les secteurs concernés et les nouvelles maladies
- 506 professionnelles dues à l'usage intensif des écrans ou les burnouts tendraient à dire que ce sont tous les
- 507 secteurs qui devraient participer à alimenter le fonds. La question se pose alors de savoir s'il faut garder un
- 508 fonds spécifique ou intégrer dans les indemnités soit de l'invalidité soit de l'INAMI, une couverture des
- 509 conséquences de ces nouvelles maladies professionnelles déjà reconnues ou non.
- 510 Soit : réviser les critères de reconnaissance des maladies professionnelles et de leur nature pour tenir compte
- 511 des nouvelles technologies)

512 Soit : Transférer la compétence du Fonds des maladies professionnelles pour l'indemnisation des personnes  
513 atteintes de celles-ci à l'INAMI

## 514 **2. ACCESSIBILITÉ À DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ**

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

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

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

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

### 534 **2.1. Accessibilité aux soignants bien formés et soutenus**

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

538 Sur les 262 communes de Wallonie, en 2016, il y avait 151 communes en pénurie et 53 en pénurie sévère. D'après  
539 les chiffres de l'AVIQ en juin 2023, 129 communes sont en situation de pénurie et 57 sont en situation de pénurie  
540 grave<sup>22</sup>. De plus, avec 3,2 médecins pour 1000 habitants, nous sommes l'avant-dernier pays de l'ensemble de  
541 l'Union européenne...et nous sommes en deçà de la moyenne de l'OCDE. Nous sommes le pays où la  
542 démographie (pyramide des âges) est la plus inquiétante : 39% des médecins belges ont 55 ans ou plus. Cela veut  
543 dire que près de 15000 médecins vont partir à la retraite dans les 10 ans<sup>23</sup>...

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

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

551 Si le constat du manque de soignants ne date pas d'hier, elle a été remise en lumière lors de la pandémie du  
552 COVID-19. Il est aujourd'hui criant et l'abandon de la pratique d'une partie des soignants est inquiétant.

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

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

---

<sup>22</sup> <https://www.aviq.be/fr/liste-des-communes-en-penurie-impulseo-i-du-01-06-23-au-31-12-2024>

<sup>23</sup> <https://stats.oecd.org/?lang=fr#>, Ressources en Santé, Médecins par âge et par sexe.

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

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

567 ➤ assurer « un médecin pour chacun » et, pour cela, nous voulons supprimer les quotas de numéros INAMI  
568 octroyés aux médecins et dentistes formés en Belgique pour répondre à l'ensemble des besoins, tout en  
569 garantissant à chaque étudiant une formation de qualité (y compris durant les stages et les spécialisations) et  
570 un apprentissage dans de bonnes conditions.

571 ➤ Face à la pénurie d'infirmiers, créer et mettre en œuvre un plan d'attractivité et de rétention de la profession  
572 d'infirmier et d'aide-soignant afin d'encourager de nombreux étudiants à se former à ces professions, mais  
573 aussi de soutenir les infirmiers en place pour qu'ils bénéficient des conditions nécessaires à la bonne poursuite  
574 de leur carrière. Concrètement : nous voulons :

575 ○ Revaloriser cette profession financièrement, mais aussi en termes de motivation et d'épanouissement  
576 personnel.

577 ○ Augmenter les normes d'encadrement dans les institutions de soins pour au moins atteindre la  
578 recommandation européenne de sécurité d'en moyenne 8 patients par infirmier en journée dans les  
579 services hospitaliers généraux, à adapter en fonction du type de service et du moment. (jour, nuit, week-  
580 end)

581 ○ Reconnaître et valoriser les spécialisations et apporter les corrections à l'IFIC

582 ○ Encourager la formation continue et sa reconnaissance financière

583 ○ Mettre en place des aménagements de fin de carrière permettant une meilleure conciliation vie  
584 professionnelle-vie privée et reconnaître la pénibilité du métier pour la pension,

585 ➤ donner du temps aux soignants pour qu'ils puissent accompagner au mieux les patients qu'ils rencontrent, via  
586 une révision en profondeur de la nomenclature : il faut valoriser les actes intellectuels, le temps d'écoute et de  
587 communication ainsi que le temps consacré à la coordination

588 ➤ assurer une représentation des différents métiers de soins dans les institutions et les organes de concertation  
589 et de décision de l'hôpital ou des lieux d'hébergement comme les maisons de repos et MRS

590 ➤ améliorer le statut des médecins en formation de base et de spécialisation et tendre vers la création d'un statut  
591 complet en priorité pour la pension

592 ➤ Veiller au bien-être des travailleurs de la santé et des soins est essentiel pour nous :

593 ➤ Prévoir un accompagnement pour les soignants au début de leur carrière professionnelle

594 ○ Renforcer les subsides dédiés à l'accompagnement et l'encadrement du bien-être au travail : la pratique  
595 des interventions permet de déposer entre pairs et avec un accompagnement professionnel les ressentis,  
596 les questionnements du métier. Nous proposons le lancement de telles pratiques dans le secteur de la  
597 santé dans son ensemble. Pour financer ceci, nous proposons que les gouvernements mettent cette  
598 possibilité à l'agenda d'un nouvel accord non marchand dans le secteur.

599 ➤ Assurer un réel encadrement des futurs infirmiers et médecins durant leurs stages et le début de leur activité  
600 professionnelle pour éviter qu'ils ne soient découragés et décident d'arrêter. Nous proposons les mesures  
601 suivantes :

602 ○ Intégrer dans le cursus de formation des infirmiers et des médecins l'accompagnement des stagiaires

603 ○ Renforcer les équipes enseignantes (y compris dans des formules de tutorat avec des médecins et  
604 infirmiers plus âgés) pour permettre l'accompagnement des stagiaires. Cette mesure pourrait être  
605 négociée dans le cadre de l'aménagement des fins de carrière

606 ○ Prendre en compte le temps consacré à l'accompagnement des infirmiers au début de leur carrière dans  
607 le calcul de la norme d'encadrement

- 608 ➤ Mettre en œuvre la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles afin de reconnaître les  
609 prestataires de soin pratiquant l'ostéopathie et de protéger les patients en leur assurant des soins de qualité

## 610 **2.2 Accessibilité territoriale et proximité**

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

613 Nous voulons :

- 614 ➤ Garantir une répartition homogène des médecins et dentistes sur le territoire en renforçant un soutien territorial  
615 à l'installation, par des mesures incitatives et en particulier dans les zones rurales :
- 616 ○ Mettre à disposition, par les communes, une infrastructure gratuite où le médecin généraliste qui  
617 s'installe pourrait exercer à l'acte pendant 5 ans. Ceci ne doit être conditionné par aucune ingérence de  
618 la commune dans l'organisation de sa pratique. Le médecin qui accepte ce service garde la liberté de  
619 poursuivre son activité dans la même commune en dehors de cette infrastructure après ou même  
620 pendant ces cinq ans
  - 621 ○ Exonérer de taxes communales pendant 5 ans les médecins généralistes qui installent leur pratique dans  
622 une de ces communes et décident d'y résider pendant ces cinq ans
  - 623 ○ Financement par la région de 100% des frais de secrétariat pendant cinq ans quand un médecin  
624 généraliste s'installe dans une commune réputée en pénurie dès l'installation
  - 625 ○ Lever les freins réglementaires aux fusions des hôpitaux, définir les programmes de soins par réseaux  
626 pour offrir une offre coordonnée de soins pour les patients.

## 627 **2.3 Accessibilité financière**

628 En 2021, 17,9% des dépenses totales de santé étaient à charge des patients, soit 10 milliards d'euros ou 855 euros  
629 par habitant, tout en sachant qu'en Belgique, ces dépenses « à charge des patients » sont en tout ou partie prises  
630 en charge par les assurances privées<sup>24</sup>. Les principaux coûts à charge des patients sont les prestations non  
631 couvertes, les médicaments non remboursés, les soins dentaires non couverts, les lunettes, les appareils auditifs, les  
632 suppléments et le transport. Ces coûts sont particulièrement importants pour les personnes atteintes de maladie  
633 chronique. À ces coûts directement liés aux soins, il faut ajouter des coûts liés aux difficultés de mobilité, aux  
634 aménagements nécessaires du domicile...

635 Selon l'enquête de santé publique de 2018 de Sciensano intitulée « État de santé et qualité de vie », « 15,1 % des  
636 ménages en Belgique considèrent les dépenses de santé (soins médicaux, soins dentaires, achat de médicaments  
637 prescrits et non prescrits) comme une charge financière lourde. En 2018, 9,1 % des ménages indiquent qu'ils ont dû  
638 reporter des soins de santé (soins médicaux, soins dentaires, soins de santé mentale, achat de médicaments  
639 (prescrits), achat de lunettes) pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Le pourcentage de  
640 ménages qui indiquent avoir dû reporter des soins pour des raisons financières est plus élevé en Régions bruxelloise  
641 (16,1 %) et wallonne (12,8 %) qu'en Région flamande (5,4 %) ». <sup>25</sup> Ceci peut avoir d'importantes répercussions sur  
642 la santé des personnes et peut présenter un coût important aux niveaux individuel et collectif.

643 Nous voulons :

- 644 ➤ Adopter diverses mesures en faveur des patients, avec une attention particulière pour les patients chroniques
- 645 ○ Généraliser le mécanisme du tiers payant qui permet aux patients de ne payer que leur part (ticket  
646 modérateur) et de ne pas devoir avancer la partie des coûts des soins pris en charge par les mutuelles,  
647 en le rendant obligatoire pour les prestations dispensées par les médecins généralistes, spécialistes,  
648 dentistes, kinés, infirmiers à tous les patients, tout en assurant que les processus administratifs  
649 garantissent un paiement rapide des prestataires de soins.
  - 650 ○ Simplifier, améliorer et étendre le champ d'application du mécanisme du Maximum à facturer qui limite  
651 les coûts à charge des patients (par un meilleur soutien aux malades chroniques et aux patients de moins  
652 de 19 ans, par la création d'un « MAF fratrie », par une mise en œuvre plus rapide du MAF et par la  
653 suppression de l'indexation des plafonds pour les différents MAF)

<sup>24</sup> OCDE, Dépenses de Santé et financement, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9&lang=fr#>

<sup>25</sup> 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

- 654 ○ Réguler les secteurs et rembourser à 100% certains verres de lunettes/lentilles, prothèses dentaires et  
655 appareils auditifs par une offre de base de soins et d'équipements de qualité
- 656 ○ Rembourser la logopédie pour les enfants dont le QI est inférieur ou égal à 86
- 657 ○ Supprimer les différences de remboursement imposées au patient en fonction du statut de  
658 conventionnement du professionnel de la santé (sage-femme, kiné, infirmier, auxiliaire paramédical)  
659 auquel il fait appel. Ce n'est pas au patient à supporter le non-conventionnement de son praticien. Il le  
660 supporte déjà par la différence de montant à sa charge dans les honoraires.
- 661 ➤ Agir en faveur du conventionnement des professionnels de la santé par des mesures politiques fortes  
662 (incitations financières...) et inciter chaque praticien de la santé non conventionné à prévoir une plage horaire  
663 d'une demi-journée par semaine où il applique le tarif de la convention.
- 664 ➤ Adopter diverses mesures en matière de médicaments :
- 665 ○ Négocier un nouveau pacte avec le secteur pharmaceutique en vue notamment d'améliorer l'accessibilité  
666 des médicaments, de lutter contre les pénuries, de soutenir l'innovation et de veiller à son accessibilité  
667 ainsi que de responsabiliser budgétairement ce secteur
- 668 ○ Elargir le champ de négociation des prix et de l'accessibilité à l'innovation à une plus large échelle que la  
669 Belgique, en réformant et en élargissant l'initiative BeneLuxA qui a pour objectif de faire des recherches,  
670 partager connaissances et expériences et négocier conjointement le remboursement de médicaments.
- 671 ○ Relocaliser au niveau européen la production de médicaments essentiels afin de lutter contre les pénuries  
672 qui s'accroissent et d'être en mesure de faire face à des situations de crise (telles que la pandémie  
673 covid19).
- 674 ○ Réformer les conventions « art. 81/111 » qui sont nécessaires en termes d'accessibilité des nouveaux  
675 médicaments pour que celles-ci restent des exceptions vu leur caractère confidentiel et l'absence de  
676 contrôle démocratique.
- 677 ○ Réformer la Commission de Remboursement des médicaments.
- 678 ○ Accorder une attention particulière aux maladies rares et aux médicaments orphelins
- 679 ○ Rendre plus transparente la régulation du prix des médicaments, et notamment le coût de la recherche  
680 et du développement des médicaments qui est l'un des critères les plus importants dans la détermination  
681 d'un prix équitable pour le médicament.
- 682 ○ Mettre en œuvre un système visant à passer un accord avec un pays tiers en cas d'échec dans les  
683 négociations avec une firme ou de refus d'une firme d'introduire en Belgique les démarches nécessaires  
684 à l'autorisation et au remboursement d'un médicament qui a une réelle valeur ajoutée thérapeutique, qui  
685 est autorisé par l'Agence européenne des médicaments et qui est autorisé et remboursé dans au moins  
686 deux autres États membres de l'Union européenne afin d'éviter que les patients belges soient privés de  
687 ce médicament et privés de son remboursement en l'absence de commercialisation par la firme de ce  
688 médicament en Belgique.

#### 689 **2.4 Réformer l'organisation et le financement des hôpitaux**

690 Les hôpitaux belges sont dans une situation financière précaire tout en étant confrontés à d'importants défis : le  
691 manque de prévisibilité budgétaire sur le long terme qui empêche la mise en œuvre d'une stratégie pluriannuelle,  
692 les pénuries de soignants, les risques en termes de cybersécurité, les coûts salariaux liés à l'indexation... 28% des  
693 hôpitaux avaient un déficit courant en 2021. Le pourcentage d'emplois vacants s'élève en moyenne à 4,5% de  
694 l'effectif total du personnel, ce qui représente un volume d'emplois manquants de 4690 ETP (+36% par rapport à  
695 2019).<sup>26</sup>

696 Environ 2.600 patients décèdent chaque année en Belgique à cause de maladies nosocomiales (attrapées en milieu  
697 hospitalier). D'autres patients ne bénéficient pas d'une prise en charge optimale, car l'équipe qui les prend en charge  
698 ne dispose pas nécessairement de l'expertise nécessaire à la gestion de ces cas complexes (notamment certains  
699 cancers rares). D'autres patients ne bénéficient pas d'une prise en charge optimale, car l'équipe qui les prend en  
700 charge ne dispose pas nécessairement de l'expertise nécessaire à la gestion de ces cas complexes (notamment  
701 certains cancers rares). Pour améliorer encore la qualité des soins dans notre pays, il convient de concentrer les

<sup>26</sup>

[https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2022/Communique%C3%A9%20de%20presse%20Belfius\\_MAHA%2016%2011%202022.pdf](https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2022/Communique%C3%A9%20de%20presse%20Belfius_MAHA%2016%2011%202022.pdf)

702 soins là où c'est nécessaire. La mise en place des réseaux d'hôpitaux poursuivait cet objectif, mais force est de  
703 reconnaître qu'il n'est encore que très partiellement atteint, et seulement dans les cas où cette collaboration va  
704 jusqu'à la fusion des institutions concernées. Alors seulement peut s'organiser l'intégration des services médicaux  
705 en un seul ensemble. Par exemple, les orthopédistes regroupés se surspécialisent selon les différentes parties du  
706 corps et, comme toute la littérature médicale le démontre, deviennent plus efficaces pour traiter les cas les plus  
707 complexes. Pour assurer l'accès de tous à ces soins de qualité, il convient en même temps d'organiser les  
708 consultations et les soins les moins complexes de manière décentralisée, comme le font spontanément les sites  
709 hospitaliers qui ont fusionné. Seuls les opérations et soins complexes sont centralisés. Pour atteindre ce modèle  
710 idéal d'organisation, il convient donc, de manière beaucoup plus volontariste que ce qui a été fait jusqu'ici :

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

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

- 729 ➤ Passer du système actuel de remboursement rétrospectif sur la base des lits justifiés et des actes à un système  
730 prospectif basé sur un forfait par pathologie
- 731 ➤ Mettre fin au financement entrecroisé entre médecins et hôpitaux. Les premiers seront financés pour leurs «  
732 actes intellectuels », en tenant compte de la durée de la prestation, de l'expertise requise et du risque associé  
733 à la prestation. Les seconds seront financés pour couvrir l'ensemble des besoins en personnel et équipement  
734 de support.
- 735 ➤ De manière à assurer l'accessibilité aux soins, stabiliser puis progressivement diminuer les suppléments  
736 d'honoraires tout en veillant à ce que les rémunérations des médecins et soignants maintiennent l'attractivité  
737 de leur métier tout en revalorisant les prestations intellectuelles ; la diminution des suppléments devant être  
738 accompagnée d'une diminution des primes des assurances hospitalisation pour que ce soit, in fine, les patients  
739 qui bénéficient de ces mesures et non les assureurs
- 740 ➤ Dans un second temps, élargir les forfaits octroyés aux services hors hôpital, permettant la prise en charge des  
741 patients au bon moment en maison de réhabilitation (MRS) et, le plus vite possible en fonction de son état, à  
742 domicile. L'octroi d'un forfait unique pour tout ce trajet permettra la mise en place d'une coordination efficace  
743 entre les soins spécialisés et ceux de première ligne, avec le support d'un système d'information de haute  
744 qualité (voir le point précédent relatif à la E-Santé).
- 745 ➤ La mise en œuvre du nouveau système de financement peut se faire de manière progressive dans une période  
746 raisonnable déterminée en concertation avec le secteur.

## 747 **2.5. Accessibilité dans le temps**

748 Il est essentiel de garantir, pour chaque personne, une continuité dans les soins<sup>27</sup> qu'il reçoit : la prise en charge  
749 doit se faire de façon continue, sans interruption dans le temps, quel que soit le lieu de prise en charge (hôpital,  
750 domicile, maison de repos ou de soins, institution de réhabilitation...) ou les acteurs de la santé qui interviennent.

---

<sup>27</sup> <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continuite-des-soins>

751 Or, de nombreux citoyens rencontrent des difficultés en termes de continuité des soins ; ce qui a un impact sur  
752 leur prise en charge et peut donc aussi avoir un impact sur leur état de santé.

753 Nous voulons :

754 ➤ Renforcer les structures intermédiaires entre l'hôpital et le domicile (revalidation, convalescence, soins à  
755 domicile, centres de jour...)

756 ➤ Plan d'accompagnement et soins des personnes en fin de vie,

757 ➤ Déployer une politique de consultation des gériatres et autres soins spécialisés (par exemple les dentistes) au  
758 sein des MR/MRS

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

760 Investir dans la prévention garantit un retour sur investissement grâce à une diminution de 80 % des accidents  
761 vasculaires cérébraux, du diabète de type 2 et d'insuffisance cardiaque, et jusqu'à 40 % de cancers en moins après  
762 7 ans<sup>28</sup>.

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

768 Investir dans la prévention permettra un retour sur investissement grâce à une diminution des accidents vasculaires  
769 cérébraux, du diabète de type 2 et d'insuffisance cardiaque, une diminution de cancers.

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

#### 773 **3.1. Faire reculer le cancer**

774 « Actuellement, en moyenne, un homme sur trois développera un cancer avant son 75e anniversaire tandis que pour  
775 les femmes c'est un peu plus de 1 sur 4. »<sup>29</sup>

776 15 ans après l'adoption d'un premier plan national cancer, nous avons besoin d'une nouvelle feuille de route solide  
777 pour faire reculer le cancer avec quelques grands axes principaux : agir avec ambition face aux comportements  
778 néfastes pour notre santé et qui sont sources de cancer, dépister davantage, renforcer l'accès aux diagnostics et aux  
779 soins oncologiques.

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

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

785 Nous voulons :

786 ➤ Améliorer le taux de dépistage en déployant des efforts supplémentaires pour encourager la participation de  
787 la population aux programmes de dépistage et en élargissant les dépistages actuels :

788 ○ Prendre des mesures pour augmenter le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus et atteindre la  
789 valeur cible de 90% pour faire reculer la mortalité liée à ce cancer, notamment la mise en œuvre d'un  
790 programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus en Wallonie et à Bruxelles, une invitation  
791 systématique à chaque femme, un registre permettant aux gynécologues et aux médecins généralistes  
792 de vérifier avec certitude et dans tous les cas (y compris si le test a été fait dans un centre privé ou en  
793 cabinet) si le dépistage a été réalisé ou pas, une stratégie prévoyant, sur base de ce registre ou des  
794 données existantes à l'INAMI ou aux mutuelles, un rappel particulier aux femmes qui ne se sont plus fait  
795 dépister depuis 10 ans

---

<sup>28</sup> [https://issuu.com/vokavzw/docs/hc\\_-\\_prevention\\_met\\_impact?fr=sMzgwZTU3ODgwODU](https://issuu.com/vokavzw/docs/hc_-_prevention_met_impact?fr=sMzgwZTU3ODgwODU)

<sup>29</sup> [https://www.cancer.be/sites/default/files/fcc\\_baromge\\_re\\_chapitre\\_1\\_-\\_introduction.pdf](https://www.cancer.be/sites/default/files/fcc_baromge_re_chapitre_1_-_introduction.pdf), page 15.

- 796 ○ Organiser des campagnes de dépistage via des campagnes innovantes en termes de communication, en  
797 impliquant les pharmaciens ou en utilisant les réseaux sociaux selon l'âge des publics cibles de la  
798 campagne,
- 799 ○ Envisager de nouveaux dépistages ou des extensions de dépistage :
  - 800 ▪ Dépister le cancer du sein dès 45 ans (donc plus tôt qu'actuellement où c'est prévu entre 50 et 69  
801 ans,
  - 802 ▪ Accompagner d'une IRM la mammographie pour les femmes qui ont des risques génétiques ou des  
803 antécédents familiaux
  - 804 ▪ Introduire (par le biais de projets pilotes) de nouveaux dépistages : poumon (notamment par  
805 l'organisation d'un scanner à faible dose chez les personnes qui fument beaucoup ou ont beaucoup  
806 fumé et qui sont âgées de plus de 50 ans), prostate, peau, etc.
- 807 ○ Éradiquer le cancer lié au papillomavirus : Prévoir un programme de rattrapage de vaccination en  
808 étendant le remboursement du vaccin contre le HPV pour les jeunes de 19 à 26 ans ; Obtenir un taux de  
809 couverture de x d'ici 5 ans sur toutes les régions du pays. Rembourser le vaccin pour les patients HIV et  
810 les patients transplantés.
- 811 ○ Mettre en œuvre une politique de rattrapage par rapport aux dépistages et diagnostics de cancer qui  
812 n'ont pas été réalisés en raison du COVID
- 813 ➤ Améliorer l'accès aux soins :
  - 814 ○ Augmenter le nombre d'oncologues en Belgique pour répondre aux besoins croissants de prise en charge  
815 de cancer dans notre pays
  - 816 ○ Outre des centres d'oncologie, la prise en charge des cancers hématologiques (leucémies, lymphomes et  
817 myélomes) nécessite au moins à certaines étapes de leur traitement des équipes spécialisées : médecins  
818 ayant la compétence particulière en hématologie clinique, infirmières spécialisées, chambres stériles à  
819 flux laminaire, laboratoire spécialisé et facilités transfusionnelles (plaquettes et plasma). Les services  
820 d'hématologie agréés au niveau européen pour pratiquer les transplantations de cellules souches  
821 hématopoïétiques sont répartis de façon adéquate au niveau national. Nous voulons créer et soutenir  
822 des centres d'hématologie à partir de ces services agréés pour les transplantations de cellules  
823 hématopoïétiques en renforçant les cadres médicaux et infirmiers ainsi que les moyens de ces centres.
  - 824 ○ Modifier le protocole d'accord pour augmenter le nombre d'appareils pour les IRM pour répondre aux  
825 besoins et assurer des délais brefs de prise en charge et pour éviter la réalisation de scanners faute d'avoir  
826 une IRM rapidement...
  - 827 ○ Revoir le maximum à facturer, comme expliqué ci-devant
  - 828 ○ Améliorer l'accessibilité aux médicaments innovants (comme indiqué ci-dessus dans la partie  
829 « accessibilité financière »)
  - 830 ○ Davantage impliquer les patients, par la mesure et l'évaluation de leur point de vue dans leur parcours  
831 //empowerment
  - 832 ○ Poursuivre la reconnaissance de centres de référence/centres d'expertise en veillant à une accessibilité  
833 sur l'ensemble du territoire ; ce qui implique notamment une définition de critères de qualité, une  
834 évaluation indépendante des résultats, une organisation progressive de ces centres d'expertise, sur base  
835 d'un ordre de priorité pour les différents cancers, un travail en réseau, la publication et la mise à jour  
836 d'une liste officielle des centres d'expertise qui répondent au niveau de qualité requis par type de cancer.
  - 837 ○ Augmenter sensiblement le pourcentage de patients ayant accès à un coordinateur de soins en oncologie  
838 (CSO), un assistant social, un kinésithérapeute, un oncodiététicien et à un oncopsychologue pendant leur  
839 trajet de soin hospitalier, avec une meilleure intégration des PROM's et PREM's dans leur prise en charge.

### 840 **3.2. Stratégie de lutte contre les maladies cardiovasculaires**

841 Les maladies cardiovasculaires (cardiopathies coronariennes, maladies cérébrovasculaires...) sont l'une des  
842 premières causes de mortalité en Belgique : elles provoquent chaque année, 30000 décès. Une prévention active  
843 est nécessaire pour faire reculer significativement et durablement la morbidité cardiovasculaire. Une prise en charge  
844 adaptée des facteurs de risque menant à ces maladies est un enjeu majeur de santé publique. Les personnes

845 souffrant de l'une de ces maladies ou exposées à un risque accru du fait de la présence d'un ou plusieurs facteurs  
846 de risque (comme l'hypertension, le diabète...) nécessitent une détection et une prise en charge précoces. L'accès  
847 et l'amélioration des prises en charge multidisciplinaires existantes doivent également recevoir une attention  
848 particulière.

849 Nous voulons :

850 ➤ Améliorer l'accessibilité aux données sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et la  
851 communication de ces données entre sociétés scientifiques, soignants, patients et combler ainsi le manque  
852 actuel de données officielles en vue d'améliorer l'efficacité de la stratégie

853 ➤ Sensibiliser l'ensemble de la population face aux risques cardiovasculaires. Atteindre, d'ici 5 ans, l'objectif que  
854 85% de la population connaisse ses risques cardiovasculaires

855 ➤ Promouvoir l'activité physique adaptée pour les personnes atteintes d'affections de longue durée, de maladies  
856 chroniques, de facteurs de risques (tels que surpoids, obésité, sédentarité, dyslipidémie) qui ne peuvent pas  
857 pratiquer une activité physique ordinaire du fait de limitations et qui nécessitent un encadrement par des  
858 professionnels qualifiés en activité physique adaptée, à l'image du dispositif « sport sur ordonnance ».

859 ➤ Détecter plus rapidement les cas de maladies cardiovasculaires par une meilleure définition des populations à  
860 risques et une identification d'indicateurs validés scientifiquement. Organiser des campagnes de dépistage  
861 pour les personnes à haut risque

862 ➤ Mettre en place des outils pour aider les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les médecins  
863 spécialistes à identifier les patients à risque et à mieux les prendre en charge

864 ➤ Garantir un temps maximal de prise en charge ainsi qu'une accessibilité géographique aux traitements  
865 d'urgence et aux filières de soins spécialisées pour les AVC et les infarctus, pour donner le maximum de chances  
866 aux patients.

867 ➤ Comme toute personne est susceptible d'être confrontée à des situations de détresse vitales, notamment l'arrêt  
868 cardiaque, et doit savoir réagir pour sauver des vies, former la population aux gestes qui sauvent, notamment  
869 les jeunes dans les écoles, sur le milieu du travail...

870 ➤ Harmoniser les pratiques médicales en matière de suivi et de traitement, sur base des dernières données  
871 scientifiques afin de faciliter une approche multidisciplinaire du traitement des patients

872 ➤ Définir une approche visant à mettre en place un trajet de soins personnalisé pour les patients.

873

### 874 3.3. Plan maladies rares

875 Les maladies sont définies rares lorsqu'elles touchent moins d'une personne sur 2.000. Toutefois, comme plus de  
876 6.000 maladies rares ont été identifiées elles affectent entre 3,5 à 5,9 % de la population soit de l'ordre de 400.000  
877 personnes en Belgique. La majorité (72%) des maladies rares sont d'origine génétique, les autres résultent  
878 d'infections, d'allergies ou de causes environnementales. Nombre d'entre elles sont auto-immunes.

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

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

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

888 Un plan maladie rare avait été proposé en 2013, mais il était associé aux maladies chroniques dont le nombre de  
889 patients est plus important et dont les besoins sont très différents (diabète comme exemple illustratif).

890 Nous voulons :

891 ➤ Soutenir les fonctions maladies rares pour qu'elles deviennent de véritables centres d'expertise en maladies  
892 rares

- 893 ➤ Renforcer l'enseignement des maladies rares dans le parcours des médecins et des infirmières.
- 894 ➤ Utiliser des référentiels de diagnostic et de soins tels qu'ils existent en France (PNDS) en les adaptant si
- 895 nécessaire.
- 896 ➤ Rembourser le dépistage néonatal et les tests génétiques pour maladie rare à tout âge
- 897 ➤ Favoriser les liens entre les centres d'expertise et les réseaux hospitaliers
- 898 ➤ Favoriser les liens avec les médecins généralistes (voir les expériences pilotes réalisées avec le concours de la
- 899 Fondation Roi Baudouin).
- 900 ➤ Subsidier les plateformes d'associations telles RDB et Radiorg de façon pérenne
- 901 ➤ Avoir un référent maladie rare dans chaque organisation mutualiste pour aider les patients dans leur démarche
- 902 administrative
- 903 ➤ Avoir une politique européenne pour les médicaments orphelins.

#### 904 **3.4. Plan Alzheimer, démence et maladies apparentées**

905 Les personnes atteintes de démence se trouvent devant des défis importants sur les plans médical, thérapeutique  
 906 et social. La maladie bouscule l'organisation de leur vie quotidienne, mais également celle de leur famille. 70% des  
 907 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou apparentées) demeurent chez elles et/ou sont prises en charge  
 908 par leur conjoint ou leurs enfants devenus adultes.<sup>30</sup> C'est pourquoi il est crucial de mettre tous les outils en place  
 909 pour faciliter la vie de ces personnes, mais aussi celle de leur famille. La première préoccupation doit donc être la  
 910 situation de prise en charge à domicile et le soutien des aidants proches.

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

916 Dans l'optique de résoudre l'ensemble des problèmes que peut rencontrer une personne souffrant de la maladie  
 917 d'Alzheimer, de démence ou de toute autre maladie apparentée et sa famille, nous voulons mettre en place un plan  
 918 "Alzheimer, démence et maladies apparentées", visant à améliorer la qualité de vie des personnes malades et de  
 919 leurs familles, à renforcer la recherche et à accentuer l'information de la population sur la maladie d'Alzheimer, les  
 920 démences et autres maladies apparentées<sup>31</sup>, autour des axes suivants :

- 921 ➤ Améliorer l'accès au diagnostic et optimiser le parcours de soins en garantissant un accompagnement et des
- 922 soins orientés vers le vécu de la personne souffrant de démence et ses proches :
  - 923 ○ Créer une offre de soins coordonnée et « adaptée à la demande » sur tout le territoire pour remplacer
  - 924 l'actuelle offre de soins disparates et « dépendants de l'offre » : Mettre en place une meilleure
  - 925 collaboration intersectorielle entre les différents organismes de soins (aide à domicile, soins infirmiers à
  - 926 domicile, hôpitaux, services de gériatrie hospitaliers de jour, centres de court séjour, centre d'accueil de
  - 927 nuit, maisons de repos/ maison de repos et de soins, services de répit...) et impliquer davantage le patient
  - 928 lui-même ainsi que les aidants proches ; Créer des "consultations mémoire" dans les zones non pourvues
  - 929 , afin que l'ensemble du territoire soit couvert en sites spécialisés de diagnostic et de suivi;
  - 930 ○ Créer (en prévoyant la formation ad hoc) une fonction de "conseiller Alzheimer" chargé de prodiguer une
  - 931 assistance psychosociale au patient et à l'aidant proche et de fournir informations et conseils en termes
  - 932 d'assistance à la vie quotidienne (mobilité, aménagement du logement, aspects juridiques et financiers...)
  - 933 ○ Porter une attention particulière aux personnes jeunes atteintes de démence sachant que les
  - 934 conséquences pour ces personnes, mais également pour leurs familles, sont bien différentes de celles
  - 935 pour les personnes plus âgées et que des adaptations doivent être faites pour tenir compte de cette
  - 936 spécificité.
  - 937 ○ Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile et améliorer l'accueil
  - 938 en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de démence

<sup>30</sup> <https://aalz.be/>

<sup>31</sup> L'ensemble des mesures préconisées dans ce plan est disponible via le lien suivant :  
<https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/0537/55K0537001.pdf>

- 939 ○ Apporter un soutien accru aux aidants
- 940 ○ Promouvoir une culture de soins palliatifs et de planification anticipée des soins adaptés aux besoins
- 941 particuliers des personnes atteintes de démence.
- 942 ➤ Intégrer davantage la problématique de la démence dans les programmes de cours et de formation continuée
- 943 des différents professionnels gravitant autour des personnes atteintes (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes,
- 944 ergothérapeutes, aides-soignants, aide familiale...) et intégrant la question de la communication
- 945 ➤ Investir davantage dans la recherche fondamentale et clinique, mais aussi dans la recherche en sciences
- 946 humaines et sociales
- 947 ➤ Forger une nouvelle image, plus nuancée, de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées et changer
- 948 la manière dont nous voyons ceux qui en sont atteints. Le regard négatif, misérabiliste et infantilisant que notre
- 949 société pose sur les personnes souffrant de cette maladie fait lui-même partie du problème qu'ils ont à
- 950 affronter.

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

952 « La santé mentale se réfère à la fois à la manière dont on se sent, se comporte et interagit avec autrui et son

953 environnement, et la façon dont on pense, réagit et fait face aux situations de la vie. La santé mentale contribue à

954 notre santé globale et notre qualité de vie ».<sup>32</sup>

955 Les différentes crises (pandémie, guerre en Ukraine, réchauffement climatique...) que nous traversons et avons

956 traversées nous montrent l'importance d'un bon état de santé mentale pour la résilience personnelle et collective

957 face à différents événements de la vie. Là où elle est devenue une préoccupation première, la préservation du bien-

958 être mental révèle encore bien des défis pour les pouvoirs publics. Les récentes données concernant les jeunes sont

959 particulièrement interpellantes.

960 63,1% des jeunes font état d'une dégradation de leur état de santé mentale par suite de la pandémie. Les conduites

961 à risque ont aussi augmenté chez les jeunes ; scarification, troubles alimentaires, prise excessive d'alcool et/ou de

962 drogues, etc. Le décrochage scolaire a également augmenté<sup>33</sup>.

963 Les étudiantes et étudiants sont confrontés à des difficultés psychologiques : 50% présentent des symptômes avérés

964 d'anxiété et 55% de dépression.

965 Les comportements suicidaires (pensées, tentatives et suicides réels) représentent un important problème de santé

966 publique en Belgique. En 2018, 4,3% de la population avait sérieusement envisagé le suicide et 0,2% avait tenté de

967 se suicider au cours des 12 derniers mois. Les femmes et les personnes d'âge moyen étaient plus à risque. La

968 fréquence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide a augmenté durant la crise COVID-19 et après.

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

970 derniers mois<sup>34</sup>.

971 1.720 décès par suicide ont été enregistrés en 2019<sup>35</sup>. Les chiffres les plus élevés ont été constatés dans les groupes

972 d'âge de 45 à 64 ans. Le suicide est la première cause de décès chez les jeunes. Il est également la 3<sup>e</sup> cause de

973 mortalité précoce, c'est-à-dire une mort survenue avant l'âge de 75 ans. La ligne d'écoute du centre de prévention

974 du suicide enregistre un nombre grandissant d'appels d'adolescents et de jeunes adultes de 12 à 25 ans.

975 L'augmentation de la consommation d'antidépresseurs est un signe supplémentaire de la mauvaise santé mentale

976 d'une partie de notre population.

977 La dépression affecte particulièrement les personnes âgées confrontées à des pertes successives (pertes

978 d'autonomie, du lieu de vie familial, de proches) et est sous-diagnostiquée alors que les conséquences d'une

979 dépression non traitée chez une personne âgée sont délétères : altération de la qualité de vie, perte d'autonomie,

980 et risque suicidaire. Nous devons y être attentifs.

<sup>32</sup> <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/sante-mentale#qu-est-ce-que-la-sant-mentale->

<sup>33</sup> 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.

<sup>34</sup> [Comportements suicidaires - Vers une Belgique en bonne santé \(belgiqueenbonne.com\)](https://www.belgiqueenbonne.com/fr/actualites/comportements-suicidaires-vers-une-belgique-en-bonne-sante)

<sup>35</sup> <https://www.preventionsuicide.be/chiffres-suicide#:~:text=Selon%20Sciensano%2C%20l'Institut%20Belge,1265%20hommes%20et%20463%20femmes.>

981 Au-delà des éléments explicatifs individuels et de la problématique de l'accessibilité des soins, il est également  
982 important de prendre en compte d'autres facteurs plus généraux. Tout d'abord l'accès à des conditions de vie qui  
983 favorisent l'épanouissement personnel et la capacité d'adaptation est essentiel pour la santé mentale des jeunes.  
984 On en revient alors à l'importance des déterminants de la santé. Citons par exemple les conséquences de la précarité  
985 qui s'impose comme une charge mentale supplémentaire.<sup>36</sup> À côté de cela, les réseaux sociaux sont devenus des  
986 outils incontournables de la vie quotidienne des jeunes. Ils leur permettent de maintenir du lien social, partager  
987 leurs expériences et connaissances, s'informer et se divertir. Cependant, il n'est pas rare d'observer des usages  
988 excessifs et des comportements addictifs. De même, dans ces univers digitaux, il y est constamment projeté divers  
989 idéaux de mode de vie. Cela peut engendrer des mécanismes de comparaison sociale et affecter l'estime de soi,  
990 notamment auprès du public féminin.<sup>37</sup> En outre, le cyberharcèlement est un fléau destructeur pour ceux qui en  
991 sont victimes. Cet univers digital dans lequel ils ont grandi dépasse parfois leurs parents, les équipes éducatives et  
992 enseignantes, mais aussi les pouvoirs publics.

993 Enfin, dans des sociétés individualistes et confrontées à des crises majeures, les jeunes font face à des difficultés  
994 accrues pour trouver leur place. Ils sont conscients qu'ils seront amenés à trouver des réponses à des problématiques  
995 complexes tels que le réchauffement climatique, la paupérisation, l'affaiblissement du pouvoir d'achat, etc. Ce qui  
996 peut affecter leur optimisme et générer de l'anxiété.

997 La santé mentale devenant préoccupation croissante, il est aussi important que l'épanouissement personnel ne  
998 devienne pas une injonction accablante, mais une possibilité à construire et à entretenir malgré les aléas de la vie.  
999 Le bien-être mental est un processus qui peut prendre du temps, demander de l'effort, et qui connaît des variations.  
1000 L'objectif n'est donc pas l'atteinte de la perfection en tout temps, mais plutôt d'offrir des moyens et services assurant  
1001 aux jeunes de devenir acteurs de leur vie et d'y trouver un certain équilibre (*ou certaine satisfaction*).

1002 Vu ces différents constats qui doivent nous interpeller, il est indispensable d'agir rapidement et avec force.

1003 Une politique efficace de lutte en faveur de la santé mentale de nos citoyens doit ensuite être basée sur une  
1004 détection précoce des situations à risque afin d'agir rapidement et d'éviter l'aggravation de la situation et des  
1005 souffrances psychiques qui nécessitent alors une prise en charge plus lourde. Les acteurs du « prendre soin » ont  
1006 un rôle important à jouer à ce niveau : en fonction de l'âge des citoyens, il peut s'agir d'acteurs de l'enseignement  
1007 ou d'activités pour jeunes, d'acteurs du monde du travail, de CPAS... sur qui l'on compte pour assurer cette  
1008 « vigilance ».

1009 Nous voulons :

- 1010 ➤ Renforcer et continuer la convention psy de première ligne et permettre de la rendre encore plus accessible.
- 1011 ➤ Pour les jeunes :
  - 1012 ○ Renforcer le rôle des centres PMS et PSE au bénéfice de la santé mentale des élèves dans les écoles ;
  - 1013 octroyer des moyens complémentaires aux centres PMS et PSE pour la mise en place de groupes de
  - 1014 paroles où les jeunes peuvent s'exprimer sur leur ressenti, leur santé (mentale et physique) et veiller à ce
  - 1015 que les jeunes soient informés de l'existence de ceux-ci (à l'école, dans les clubs sportifs, les mouvements
  - 1016 de jeunesse...)
  - 1017 ○ Les PMS et les PSE devront mettre en œuvre un recensement trimestriel du nombre de prises en charge.
  - 1018 ○ Éviter l'utilisation des GSM dans l'enceinte des établissements scolaires et faire en sorte que l'école soit
  - 1019 un lieu de prévention numérique, comme ils le sont pour la prévention routière, l'éducation sexuelle et
  - 1020 autres.
  - 1021 ○ Doubler le numéro 103 (Écoute-enfant) d'une ligne de « chat », renforcer les équipes et rendre la ligne
  - 1022 accessible via les réseaux sociaux
  - 1023 ○ Organiser en collaboration avec les centres de planning familial des espaces d'accueil et de paroles au
  - 1024 sein des Hautes écoles et Universités
- 1025 ➤ Pour les adultes :
  - 1026 ○ Évaluer la loi sur le bien-être des travailleurs de manière à renforcer sa mise en œuvre. La législation
  - 1027 belge sur le bien-être au travail est une des plus performantes d'Europe. Elle est pionnière en matière de
  - 1028 prévention et de lutte contre le stress et de harcèlement au travail. Elle ouvre la porte à des stratégies

---

<sup>36</sup> [Programmatie Wallonie en Prévention et Promotion de la Santé \(aviq.be\)](http://www.vlaanderen.be/Programmatie/Wallonia/Prevention-et-Promotion-de-la-Sante)

<sup>37</sup> <https://www.cresam.be/wp-content/uploads/2020/06/Ados-RSN-et-SM-rapport-final-light.pdf>

- 1029 permettant d'impliquer davantage le personnel dans l'amélioration des conditions de travail et de  
 1030 l'organisation du travail. Pourtant sa mise en œuvre reste laborieuse. Trop souvent elle est prise comme  
 1031 une formalité sans réel suivi et sans traduction opérationnelle des plans d'action. Par manque de volonté,  
 1032 d'ambition et d'investissement de la part des décideurs au sein des entreprises. L'absentéisme, en hausse  
 1033 constante, est un des résultats de cette politique manquée.
- 1034 ○ Pérenniser le projet pilote (2019-2023) de prévention du burn-out de Fedris des soignants (médecins  
 1035 hospitaliers, généralistes et spécialistes extrahospitaliers, praticiens de l'art infirmier, soignants des  
 1036 patients (psychiatrie, handicapés, âgés) résidentiels, ambulanciers) souffrant du syndrome d'épuisement  
 1037 professionnel. Fedris offre un accompagnement par des psychologues et des coaches. Nous proposons  
 1038 d'élargir ce projet pilote (qui concernait initialement le personnel du soin et le secteur bancaire) et de  
 1039 permettre aux travailleurs de tous les secteurs de bénéficier à leur demande de cet accompagnement  
 1040 (payé par l'employeur).
  - 1041 ○ Accorder une attention particulière aux métiers du « prendre soin » (soignants, enseignants,  
 1042 éducateurs...) en mettant en place des intervisions lorsque ces équipes le souhaitent
  - 1043 ○ Accorder une attention particulière à la santé mentale des indépendants, notamment par un financement  
 1044 structurel et un élargissement des 3 projets pilotes mis en place actuellement en vue d'assurer un  
 1045 accompagnement en termes de prévention et élargir les projets en prévoyant une prise en charge  
 1046 multidisciplinaire
  - 1047 ➤ Pour les seniors :
    - 1048 ○ Améliorer le diagnostic de dépression chez les personnes âgées
    - 1049 ○ Envisager les approches non médicamenteuses et être attentif, en cas de prise en charge  
 1050 médicamenteuse, à la surmédication
  - 1051 ➤ Une attention particulière doit être accordée au burn-out, aux stratégies à mettre en œuvre pour l'éviter, pour  
 1052 le détecter rapidement et pour accompagner les personnes qui en souffrent : Cela passe notamment par une  
 1053 réflexion générale sur le modèle de société et le modèle d'organisation du travail et de conciliation vie  
 1054 professionnelle/vie privée, une détection précoce dès les premiers signes de souffrance (notamment le stress  
 1055 au travail), une évaluation et un accompagnement des personnes en burnout par des personnes qualifiées, un  
 1056 accompagnement en termes de réduction des symptômes et de réintégration au travail...

## 1057 **5. GARANTIR L'AUTONOMIE TOUT AU LONG DE LA VIE**

1058 Selon, l'OMS 15% de la population mondiale se retrouve dans une situation de handicap ou de dépendance. Avec  
 1059 le vieillissement de la population, ce pourcentage ne cessera d'augmenter dans les années à venir.

1060 Les premiers accompagnants de ces personnes sont les aidants proches avant tout professionnel. Selon Sciensano  
 1061 (2018), 12% de la population, soit plus d'un million de Belges, sont des aidants proches. Si l'aidant proche n'est pas  
 1062 soutenu dans son rôle, la société devra davantage prendre en charge la personne aidée. Ce qui aura un coût financier  
 1063 et social important. Des chiffres de la Fondation Roi Baudouin datant de 2016 estiment l'apport financier de l'aide  
 1064 informelle apportée par les aidants proches au niveau belge. Cette estimation est calculée sur base du coût salarial  
 1065 moyen des travailleurs qui réaliseraient des tâches équivalentes dans un contexte professionnel, telles que les aides  
 1066 familiales ou les infirmiers. Il en ressort qu'un aidant proche fournit une aide et des soins équivalents à un travail  
 1067 rémunéré allant de 267 à 1189 euros par mois. La variation du montant s'établit en fonction de la cohabitation ou  
 1068 non avec la personne aidée et du degré de dépendance de celle-ci. Plus la personne aidée rencontre des limitations  
 1069 importantes, plus la valeur économique de l'implication de l'aidant augmente<sup>38</sup>. De plus, le lien qui se tisse entre  
 1070 l'aidant et la personne malade ou dépendante va bien au-delà des « actes de soin » et contribue au bien-être mental  
 1071 de la personne aidée. Cependant, l'épuisement des aidants doit être pris en compte et la société ne peut se  
 1072 contenter de leur faire porter l'aide sans prendre en compte leurs besoins spécifiques.

1073 Nous sommes toujours dans une culture où le domicile « est la vie » et la MR « est la fin de vie ». Alors qu'il existe  
 1074 de nombreuses structures alternatives (les services d'aide à domicile lors de pertes d'autonomie, les centres de  
 1075 coordination, les habitats communautaires, les résidences services, les centres de jours, les hébergements  
 1076 kangourou, etc.) qui sont moins bien connues, parfois peu accessibles et qui manquent de visibilité, entraînant une  
 1077 demande plus faible et une moins bonne subsidiation (elle-même éclatée entre niveaux de pouvoir). Mais, quel que

<sup>38</sup> [https://www.soralia.be/wp-content/uploads/2021/10/Etude2021\\_Aidants\\_Proche.pdf](https://www.soralia.be/wp-content/uploads/2021/10/Etude2021_Aidants_Proche.pdf)

1078 soit le parcours, il est important avant tout de soutenir l'accompagnement à domicile de la personne âgée avec une  
1079 politique de renforcement des services pour y arriver (aides familiales et ménagères entre autres). Cependant, rester  
1080 à domicile coûte beaucoup plus cher qu'en MR surtout si la prise en charge devient plus lourde. Ce n'est donc pas  
1081 nécessairement la panacée « pour tous », car cela peut s'avérer très coûteux avec parfois un véritable épuisement  
1082 des aidants proches.

1083 Une nouvelle programmation des structures d'hébergement des personnes âgées, qui adapte les normes  
1084 d'encadrement en fonction des besoins et des caractéristiques de la population, devrait permettre la mise en place  
1085 d'un système de santé plus intégré, incluant les MR et avec une vision holistique des personnes entre tous les  
1086 niveaux de soins. La MR doit être plus ouverte sur le monde, amener de la vie, démystifier son image et créer de  
1087 nouveaux projets innovants. Pour cela, il y a un travail d'adaptation des normes en MR à effectuer à travers un cadre  
1088 législatif remanié pour permettre entre autres une flexibilité du financement des personnels qui travaillent sur les  
1089 mêmes sites, oser « casser les murs » et rendre plus souples les normes pour permettre cette transmuralité. Les  
1090 normes actuelles sont aussi trop axées sur les soins et très peu sur d'autres disciplines qui manquent cruellement :  
1091 psychologues, diététiciens, éducateurs, personnel pour l'animation, etc. La formation des infirmières et aides-  
1092 soignants en MR reste aussi très médicalisée comme à l'hôpital. L'évolution de ces structures nécessite des  
1093 formations plus centrées sur la communication, l'écoute et l'empathie, plus tournées vers les autres ... avec  
1094 diminution de la charge administrative des personnels soignants, trop importante actuellement et au détriment du  
1095 contact avec les résidents.

1096 **Pour assurer une autonomie à tout un chacun, nous proposons de :**

1097 ➤ **Développer et favoriser les logements intergénérationnels et adaptés ou adaptables** en fonction des  
1098 étapes de la vie. Pour cela, concrètement, nous proposons une adaptation des décrets sur les normes  
1099 d'urbanisme qui oblige à inclure dans une rénovation de bâtiments à multiples occupants, dans un quartier ou  
1100 dans une rénovation urbaine : un lieu de convivialité communautaire, des logements adaptables, des largeurs  
1101 de porte permettant la circulation de voitures.

1102 ➤ **Disposer d'offres diversifiées et avoir à disposition une échelle pour bien évaluer les (futurs) besoins de**  
1103 **la personne** et proposer des solutions alternatives entre le domicile et l'institutionnel. Cela passe par une  
1104 réflexion sur un modèle de continuum de prise en charge plus intégré : entre l'habitat communautaire, les  
1105 résidences services, les centres de jour, les centres de soins de jour et les MR. Si ces structures sont proches les  
1106 unes des autres (dans un même quartier), il y aurait la possibilité de travailler de manière complémentaire et  
1107 intégrée, avec par exemple un partage du personnel entre institutions, avec une possibilité de passage plus  
1108 fluide du résident d'une structure à l'autre, tout en évitant les déracinements permanents de la personne. Il  
1109 serait aussi intéressant d'avoir sur le site des MR une offre plus diversifiée, pour les personnes âgées plus  
1110 valides (catégories O et A) ou de réaffecter certaines ailes des MR actuelles pour de nouveaux services plus  
1111 adaptés.

1112 ➤ **Favoriser la mise en place d'une reconnaissance et d'un financement par des aides à l'emploi** (APE et ACS  
1113 bruxellois) d'un statut particulier pour les gardes-malades et en particulier les gardes de nuit et pour les  
1114 balluchonneurs (permettant le répit pour les familles où une personne est atteinte d'une forme de démence).

1115 ➤ En Wallonie, **mettre en œuvre le décret sur les MR-MRS et d'ainsi non seulement multiplier les modèles**  
1116 **de maisons de vie** (TUBBE, Montessori, Abbeyfield...), mais surtout permettre aux personnes qui y vivent d'être  
1117 impliquées dans la vie quotidienne et dans la prise de décisions tout en tenant compte de la réalité des  
1118 résidents.

1119 Il existe des projets pilotes de l'implémentation du modèle Tubbe au sein de certaines maisons de repos et des  
1120 maisons de repos et de soins en Wallonie et à Bruxelles. Cela permet de mieux impliquer les résidents dans la  
1121 vie de leur institution pour qu'ils se sentent comme chez eux. Tous les personnels sont sur le même pied à  
1122 l'égard des résidents qui eux-mêmes sont mis en avant pour leurs compétences propres. C'est donc une  
1123 communauté où chacun joue un rôle, est mis en avant et participe au bien-être de tous. Ce type de modèle  
1124 est porteur d'une autre manière d'envisager la vie en communauté dans ces structures pour personnes en  
1125 perte d'autonomie.

1126 ➤ **Favoriser la diversité d'offres sur un même site** pour autant que les normes d'agrément s'appliquent sur  
1127 l'ensemble du site. Actuellement, chaque type de structure a ses propres normes (surtout de personnel) alors  
1128 qu'il faudrait des normes générales (transmurales) entre des structures d'un même site

1129 ➤ **Mettre en place une garantie autonomie (via assurance autonomie) pour toutes les personnes en perte**  
1130 **d'autonomie.** Cette mesure d'un montant de 200 millions sera financée par le budget général des Régions.

- 1131 Elle permettra la création de 2500 emplois. Elle nécessite un préfinancement de quelques années afin de  
 1132 pouvoir engager les collaborateurs nécessaires à sa mise en place. En effet, une fois mise en œuvre, les besoins  
 1133 doivent être couverts sur base des besoins de la population et non plus seulement suivant l'offre possible  
 1134 comme actuellement (on passe d'un principe d'action sociale à un principe de sécurité sociale).
- 1135 ➤ **Prendre en compte les besoins des personnes concernées dans l'établissement du plan d'aide.** Lors de  
 1136 l'établissement d'un plan d'accompagnement par la coordination des services d'aides au domicile ou par le  
 1137 médecin traitant, non seulement le patient doit être associé, mais aussi l'aidant. Lors des réunions de  
 1138 préparation du plan d'accompagnement, un temps sera pris obligatoirement pour informer les aidants sur les  
 1139 législations, les aides et les subventions les concernant
- 1140 ➤ Afin de prévenir l'épuisement de l'aidant, des possibilités de répit doivent être garanties. Pour cela, un décret  
 1141 et un subside doivent être décidés concernant le balluchonnage, la création et la couverture par l'INAMI de  
 1142 très courts séjours soit en MR-MRS soit dans des lieux de convalescence reconnus et subventionnés
- 1143 ○ Offrir une assistance aux personnes en situation de handicap lors de transports urgents et non urgents.
- 1144 ○ Les inégalités sociales entraînent des conséquences importantes pour les patients (informations, retard  
 1145 de prises en charge ...). Le réseau de lutte contre la pauvreté sera associé à la réalisation d'outils en FALC  
 1146 (Facile A Lire et à Comprendre) pour les personnes dépendantes ou pour les aidants.
- 1147 ○ Permettre à une personne handicapée d'être accompagnée par une personne en qui elle a confiance lors  
 1148 de toute démarche médicale
- 1149 ○ Intégrer dans les cursus de formation des soignants la prise en charge des personnes en situation de  
 1150 handicap

## 1151 **6. FAIRE DE LA BELGIQUE UN LEADER EN E-SANTÉ**

1152 L'e-santé, ou santé numérique, englobe l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour  
 1153 améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement, la surveillance et la gestion de la santé. Avec l'avènement des  
 1154 smartphones, des objets connectés et des plateformes en ligne, l'e-santé a le potentiel de transformer radicalement  
 1155 la manière dont les citoyens gèrent leur santé et la manière dont les soins de santé sont fournis et reçus.

1156 L'adoption de l'e-santé est en progression constante en Belgique. Des initiatives telles que le Dossier Médical Global  
 1157 (DMG) et la prescription électronique (Recip-e) ont été mises en place pour faciliter la coordination des soins et  
 1158 améliorer l'efficacité du système de santé. Cependant, malgré ces avancées, la Belgique, comme d'autres pays  
 1159 européens, est confrontée à des défis pour intégrer pleinement l'e-santé dans son système de santé.

1160 L'intérêt de l'e-santé pour le citoyen, pour renforcer la place qu'il occupe dans la gestion de la santé, est majeur.

1161 L'apport de l'e-santé et de l'intelligence artificielle ne doit pas nous faire oublier les dimensions éthiques de leur  
 1162 utilisation. Elles ne sont pas là pour remplacer l'humain, mais pour apporter de la valeur ajoutée pour les patients.  
 1163 Elles doivent être validées, sécurisées et sûres, se baser sur des données scientifiques robustes et de qualité, et  
 1164 utiliser des algorithmes clairs et justes. Un arsenal réglementaire doit être développé pour baliser leur utilisation,  
 1165 pour garantir la qualité et pour maintenir la protection des données sensibles que sont les données de santé.

1166 Le développement de l'e-santé doit notamment porter sur :

- 1167 ➤ Un dossier informatisé patient unique sur tout le pays reprenant l'ensemble des informations de santé
- 1168 ➤ Des applications innovantes à valider et à reconnaître pour améliorer le suivi des patients chroniques, mais  
 1169 aussi en matière de prévention
- 1170 ➤ La télémédecine, les lits d'hôpital virtuels (avec sortie plus rapide de l'hôpital et suivi à domicile), les dispositifs  
 1171 portables de télésurveillance de patients chroniques
- 1172 ➤ L'intelligence artificielle pour aider les prestataires de soins au diagnostic et à la décision
- 1173 ➤ La formation des acteurs de la santé aux outils numériques
- 1174 ➤ L'investissement dans la cybersécurité

## 1175 **7. RENFORCER LA CONCERTATION AVEC LES PRESTATAIRES**

1176 La concertation avec les prestataires de soins est une condition essentielle si l'on veut mettre en œuvre des  
1177 politiques cohérentes, soutenues par les acteurs qui devront l'appliquer et donc qui seront concrétisées sur le terrain.

1178 Malheureusement, ces dernières années, nous n'avons que pu constater que les ministres en charge de la Santé  
1179 adoptaient des mesures, sans réelle concertation pluridisciplinaire avec les différents acteurs concernés.

1180 Nous voulons :

1181 ➤ Évaluer rapidement la commission des objectifs de soins de santé au niveau de l'INAMI pour voir si elle permet  
1182 au sein de l'INAMI de faire tomber les barrières entre les différents silos et si elle permet réellement de travailler  
1183 au départ d'objectifs de soins de santé.

1184 ➤ Mettre en œuvre une réelle concertation avec les différents acteurs de terrain avant l'adoption de mesures, de  
1185 réformes qui ont un impact sur leur travail.

1186 ➤ Maintenir les ordres existants et mettre en place un ordre qui rassemble toutes les autres professions de santé

## 1187 **8. PRÉVOIR UN BUDGET À LA HAUTEUR DES BESOINS ET DES ENJEUX**

1188 Un des problèmes essentiels auxquels notre système de santé est confronté est son sous-financement (au niveau  
1189 de la prévention et de promotion de la santé, mais aussi au niveau des soins de santé).

1190 Vu l'importance de la prévention et de la promotion de la Santé pour encourager et soutenir nos citoyens à rester  
1191 en bonne santé, il est évident que nous devons investir davantage de moyens pour rendre nos politiques plus  
1192 ambitieuses et avec des résultats plus forts, au bénéfice de chacun de nous, mais aussi de notre système de santé.

1193 Au-delà de la norme de croissance des soins de santé qui est sensée répondre à l'augmentation des besoins en  
1194 raison du vieillissement de la population et des innovations dans la manière de soigner, mais qui n'a pas été  
1195 suffisante ces dernières années pour faire face à l'augmentation des besoins, des économies ont été imposées au  
1196 secteur ces dernières années, entraînant un budget insuffisant pour répondre aux enjeux majeurs de notre système  
1197 de Santé.

1198 En juin 2023, le Bureau du plan indiquait que « *Les déterminants des prestations de soins de santé (prévalence des*  
1199 *maladies chroniques, vieillissement de la population, facteurs socioéconomiques, évolution de la pratique médicale et*  
1200 *progrès technologique médical) conduisent à un taux de croissance annuel moyen de 3,5% en termes réels entre 2024*  
1201 *et 2028, supérieur à la norme de 2,5%. »<sup>39</sup>.*

1202 Nous voulons :

1203 ➤ Atteindre et maintenir un cap budgétaire ambitieux en matière de santé par la mise en œuvre d'une norme de  
1204 croissance des soins de santé suffisante pour répondre aux besoins croissants (3,5%).

1205 ➤ Garantir que tout budget dégagé par une réforme dans le secteur de la santé soit réinvesti dans la santé.

1206

### 1207 ***Quelques indicateurs de suivi pour la promotion et la prévention :***

- 1208 ✓ Interdiction de la publicité liée au tabac et à l'alcool
- 1209 ✓ Règlement sur la publicité liée à l'alimentation
- 1210 ✓ Tenue de concertations des différents niveaux de pouvoir concernés sur le prix et l'accès à des aliments  
1211 favorables à la santé, à des activités physiques, au tabac et à l'alcool
- 1212 ✓ Développement d'aménagements urbains par commune / quartier
- 1213 ✓ Évolution des types de mobilité douce
- 1214 ✓ Utilisation par plusieurs établissements/associations d'infrastructures sportives
- 1215 ✓ Perception des bienfaits d'une alimentation favorable à la santé et d'une activité physique régulière
- 1216 ✓ Perception des risques liés au tabagisme et à une consommation excessive d'alcool
- 1217 ✓ Degré d'adhésion sur des affirmations concernant la sédentarité, le sommeil, le surpoids, etc.
- 1218 ✓ Existence d'un chapitre spécifique sur les modes de vie et environnements favorables à la santé dans les projets  
1219 d'établissement
- 1220 ✓ Existence de plans de promotion de la santé dans les écoles qui abordent les modes de vie favorables à la  
1221 santé
- 1222 ✓ Augmentation du volume horaire des cours d'éducation physique dans l'enseignement de base

---

<sup>39</sup> Bureau du plan, juin 2023, [https://www.plan.be/uploaded/documents/202306150854330.FOR\\_MIDTERM\\_2328\\_12846\\_F.pdf](https://www.plan.be/uploaded/documents/202306150854330.FOR_MIDTERM_2328_12846_F.pdf)

- 1223 ✓ Concordance entre les messages, l'offre alimentaire et d'activité physique et le comportement des adultes ou responsables d'établissements scolaires
- 1224
- 1225 ✓ Critères d'une charte alimentaire pour l'accréditation des institutions de repos et/ou de soins
- 1226 ✓ Nombre de prestataires formés sur la (dé)nutrition des personnes âgées
- 1227 ✓ Taux de dépistage de la dénutrition dans les institutions
- 1228 ✓ Mise en place d'interventions multifactorielles ou multiples dans les établissements
- 1229 ✓ Nombre de collectivités qui facilitent l'accès à l'eau
- 1230 ✓ Acteurs publics et décideurs sensibilisés aux principes de base et aux stratégies de la promotion de la santé
- 1231 ✓ Intégration de la dimension « santé » dans toutes les politiques
- 1232 ✓ Impact des politiques publiques sur la santé et l'équité en santé
- 1233 ✓ 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
- 1234
- 1235 ✓ Cohérence, efficacité et efficience des politiques publiques en lien avec les modes de vie et environnements favorables à la santé
- 1236
- 1237 ✓ Prise en compte des inégalités sociales de santé dans toutes les stratégies de promotion de la santé appuyées par les politiques et responsables institutionnels
- 1238

1239 ***Pour des responsables politiques et institutionnels, cela peut se traduire par des actions concrètes comme :***

- 1240 *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*
- 1241 *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*
- 1242 *de différents secteurs dans le cadre d'actions sur les déterminants de santé des habitants - Créer des « réseaux santé »*
- 1243 *afin de favoriser la coordination des intervenants - Organiser des tables rondes intersectorielles en lien avec les*
- 1244 *différentes priorités de promotion de la santé - les démarches d'éducation permanente (projets, animations, réflexions participatives...)*
- 1245 *visant le renforcement des capacités d'analyse des personnes - les actions qui renforcent les capacités*
- 1246 *des individus à accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information - les projets qui stimulent la cohésion sociale*
- 1247 *- les actions visant la réduction des risques liés à la consommation d'alcool - les démarches qui permettent de*
- 1248 *(re)développer une culture alimentaire et de l'activité physique – les initiatives qui abordent les thématiques telles que*
- 1249 *le genre, l'image corporelle, la stigmatisation des personnes obèses - les acteurs à l'évaluation - les actions*
- 1250 *d'information sur la santé - la diffusion à travers différents canaux de communication les initiatives locales et leurs*
- 1251 *cibles.*
- 1252
- 1253

1254 ***Indicateurs transversaux pour l'accessibilité aux soins :***

- 1255 ✓ Mortalité et espérance de vie
- 1256 ✓ Prévalence et incidences des maladies
- 1257 ✓ Impact et invalidité (DALYS et QALYS)
- 1258 ✓ Expérience du patient : bien-être, qualité de vie, douleurs, impact sur le quotidien

1259