



10 Priorités pour l'avenir des soins de santé



Mémoirendum 2019



Une publication des **Mutualités Libres**

route de Lennik 788A
1070 Bruxelles - Belgique
T 02 778 92 11
commu@mloz.be

-

Editeur responsable : Xavier BRENEZ

www.mloz.be



10 Priorités pour l'avenir des soins de santé



Mémoire 2019

10 Priorités pour l'avenir des soins de santé

MÉMORANDUM 2019

Fortement apprécié par la population et reconnu au-delà de nos frontières, notre système de santé a incontestablement de nombreux atouts : accessibilité, qualité des soins, libre choix du prestataire et offre de soins étendue. Ceux-ci ne devraient néanmoins pas éclipser les nombreux défis auxquels nous sommes confrontés pour **garantir aux futures générations un système de santé performant** qui réponde à leurs besoins et leurs aspirations. Des aspirations qui placent le bien-être et la santé, dans toutes leurs dimensions, comme première priorité.

En vue des élections de mai 2019, les Mutualités Libres, en tant qu'acteur indépendant et apolitique, appellent toutes les formations politiques à démarrer un projet de société qui place le bien-être et la santé de la population comme axe majeur de l'action politique. Un **projet de société mobilisateur et inspirant qui offre une réponse aux enjeux cruciaux de notre société**, loin des jeux politiques ou institutionnels qui ne font que nourrir la désaffection des citoyens à l'égard de l'action politique. Loin des solutions simplistes ou exclusives que font miroiter certaines alternatives politiques extrêmes. Loin de la tentation du court-termisme et du repli sur soi car nos défis vont bien au-delà de notre propre sort et même de celui de nos enfants.

Avec ce mémorandum, nous souhaitons **proposer une vision qui dépasse le secteur des soins santé** stricto-sensu car nous sommes persuadés qu'il faut promouvoir une société qui s'occupe de la santé de sa population et pas uniquement du traitement de ses maladies. De nombreuses politiques contribuent fortement à la santé et au bien-être : environnement, éducation, mobilité, logement, agriculture,... Elles doivent donc également faire partie de nos préoccupations et nous amener à nous poser la question de leurs impacts, positifs ou négatifs, sur la santé. Par ailleurs si nos enjeux sont globaux et transversaux, alors les réponses doivent l'être également. Elles doivent donc impérativement transcender les différents niveaux de pouvoir, afin de démontrer que les besoins de la population priment sur une logique institutionnelle néfaste pour l'efficacité de l'action publique. Car rencontrer les besoins de la population reste le cœur de notre mission. Nous sommes convaincus qu'**une politique de santé doit être le reflet des préférences des citoyens, des patients et de leur entourage.**



“Si nos enjeux sont globaux et transversaux, alors les réponses doivent l'être également.”

Pour relever les défis qui nous attendent, nous formulons un appel pour nous concentrer exclusivement sur les problèmes à régler et les opportunités à saisir. Laissons de côté cette tendance à vouloir “faire et défaire” dont la 6ème réforme de l'Etat est le meilleur exemple. Au contraire, valorisons les acteurs et les institutions qui s'assurent, souvent dans la discrétion, que notre secteur remplisse ses missions au jour le jour. Par des incitants adéquats, assurons-nous en priorité que chacun soit stimulé demain à innover et à entreprendre de nouvelles initiatives.

Ce mémorandum est le fruit de nombreuses réflexions, enrichies par les expériences et idées de nombreuses parties que nous remercions chaleureusement. **Il se décline en “10 priorités pour l'avenir des soins de santé”, dans lesquelles nous avons voulu intégrer les préférences des citoyens** exprimées au travers de différentes études et sondages. Chacune de ces 10 priorités s'accompagne d'objectifs de santé et de propositions concrètes.



Table des matières

1	Tendances et enjeux	09
2	Quelles sont les préférences des citoyens en matière de santé ?	15
3	Quelle vision pour les soins de santé ?	19
4	Des objectifs pour soutenir la politique de santé	23
5	10 priorités pour l'avenir des soins de santé	27
	① Investir dans une politique de prévention ambitieuse et intégrée	27
	② Améliorer la littératie en santé	32
	③ Favoriser des soins de première ligne coordonnés	34
	④ Assurer des soins hospitaliers de qualité fonctionnant en réseau	36
	⑤ Améliorer la prise en charge de la santé mentale	38
	⑥ Mener une politique des médicaments efficiente et innovante	40
	⑦ Prévenir et accompagner les incapacités de travail	43
	⑧ Assurer le bien-être des aînés	46
	⑨ S'inscrire dans l'eSanté 3.0	49
	⑩ Réduire l'impact de l'environnement sur la santé	52
6	Conditions périphériques et nécessaires	55
7	Bibliographie	59



Tendances et enjeux

UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION À LA HAUTEUR DES DÉFIS

Les dépenses en faveur de la prévention atteignent à peine 2,1 % des dépenses totales de soins de santé, ce qui positionne la Belgique sensiblement en dessous de la moyenne européenne de 3 %¹. **Depuis longtemps, la prévention est le chaînon déficitaire de notre système de santé.** Or, les investissements en promotion de la santé et en prévention permettent d'améliorer sensiblement les années de vie en bonne santé. Vu leurs impacts en termes économiques et de santé publique, certains domaines méritent une attention prioritaire, tels que la consommation d'alcool et de tabac – en particulier chez les jeunes –, la santé mentale et le risque de suicide, la sédentarité et l'alimentation, le dépistage de certains cancers et les risques liés aux expositions environnementales.

La prévention est par ailleurs insuffisamment dirigée vers les populations vulnérables et représente une source d'inégalités sociales à corriger par des mesures ciblant certaines catégories socio-professionnelles particulièrement exposées.

LA PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES MALADES CHRONIQUES

En 2017, la prévalence des maladies chroniques était de 24,8 % pour la population totale et de 34,5 % pour les plus de 25 ans. Tout indique que ces chiffres continueront à augmenter dans les prochaines années. Cette évolution est liée aux habitudes de vie et modes d'alimentation, au vieillissement de la population mais aussi aux progrès de la médecine qui ont drastiquement réduit les taux de mortalité de certaines pathologies. En 2017, les malades chroniques représentaient 70,2 % des dépenses INAMI en soins de santé. Les maladies les plus courantes sont l'hypertension artérielle, la dépression, le diabète sans insuline, le BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), l'asthme².

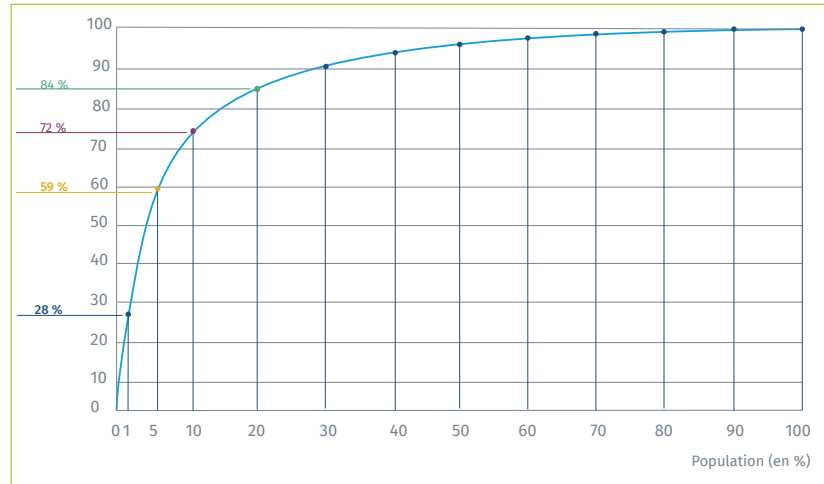
Le vieillissement de la population intensifie la problématique des maladies chroniques et les pathologies multiples. En effet, plus de 60 % des personnes de 60 à 79 ans sont atteintes d'au moins une maladie chronique, près de 80 % pour les plus de 80 ans. Quant à la probabilité d'être hospitalisé, elle est 3 à 4 fois plus importante chez les personnes atteintes d'une maladie chronique.



En 2017, les malades chroniques représentaient 70 % des dépenses INAMI en soins de santé.

Ceci explique la **grande concentration** des dépenses de santé :

Dépenses de soins de santé remboursées (en %), 2017



Source : Mutualités Libres

LA GESTION DE LA DÉPENDANCE

L'allongement de l'espérance de vie, allant de pair avec un accroissement des années de vie en bonne santé, est un des bénéfices importants des progrès de la médecine et de l'évolution des modes de vie. Le vieillissement de la population – avec pour conséquence que **le groupe des plus de 80 ans va plus que doubler d'ici 2050 pour atteindre 10 % de la population** – nécessite de nouvelles solutions d'assistance pour répondre aux pertes d'autonomie et aux pathologies qui y sont associées (démence, maladies chroniques,...). Aujourd'hui déjà des besoins critiques se font sentir en matière d'accès aux maisons de repos et de soins à domicile, que ce soit pour des raisons de disponibilité ou d'accessibilité financière. En 2017, les soins aigus représentaient 6,4 % du PIB tandis que 1,6 % du PIB était alloué aux soins de longue durée (majoritairement le financement des maisons de repos et de soins). En 2040, 7,9 % du PIB seront alloués aux soins aigus et 2,3 % aux soins de longue durée³.



On estime que d'ici 2020, 70 % des traitements anti-cancéreux feront appel à l'immunothérapie et à la thérapie génique.

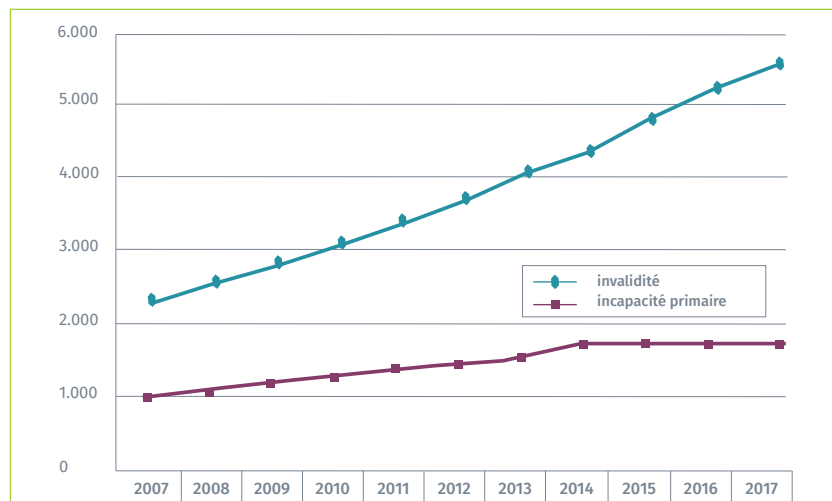
L'ACCÈS AUX INNOVATIONS MÉDICALES

Les avancées scientifiques ouvrent d'énormes perspectives thérapeutiques, mais posent également de nombreux défis économiques, sociétaux voire éthiques. Les innovations foisonnent dans tous les domaines de la santé - implants, dispositifs médicaux, méthodes de dépistages,...-, sans parler des perspectives offertes par l'immunothérapie, la thérapie génique et la thérapie ciblée. On estime que **d'ici 2020, 70 % des traitements anti-cancéreux feront appel à l'immunothérapie et la thérapie génique**⁴. Même si les coûts de ces traitements sont censés baisser dans les prochaines années, leur déploiement à grande échelle constitue un défi budgétaire majeur, ce qui nécessitera une évaluation renforcée de la plus-value économique et thérapeutique de ces nouveaux traitements.

LA CROISSANCE DES INCAPACITÉS DE TRAVAIL

Le nombre d'incapacités de travail est en croissance constante depuis plusieurs années, en particulier pour les incapacités de longue durée (invalides, plus d'un an). Ces augmentations s'expliquent par l'évolution démographique, l'évolution des politiques d'emploi et des facteurs médicaux. **Les budgets consacrés à l'incapacité de travail ont dépassé les dépenses de chômage**. La croissance des dépenses est particulièrement importante pour les invalidités qui ont connu une croissance annuelle moyenne de 7,8 % sur les 5 dernières années. Entre 1996 et 2017, le nombre d'invalides a plus que doublé, avec une croissance particulièrement marquée chez les femmes et les employés.

Evolution des dépenses en incapacité primaire et en invalidité des salariés, en millions d'euros



Source : INAMI



En comparaison avec des pays similaires au nôtre, une part importante des dépenses reste à charge des patients.

LA COLLABORATION ENTRE NIVEAUX DE POUVOIR

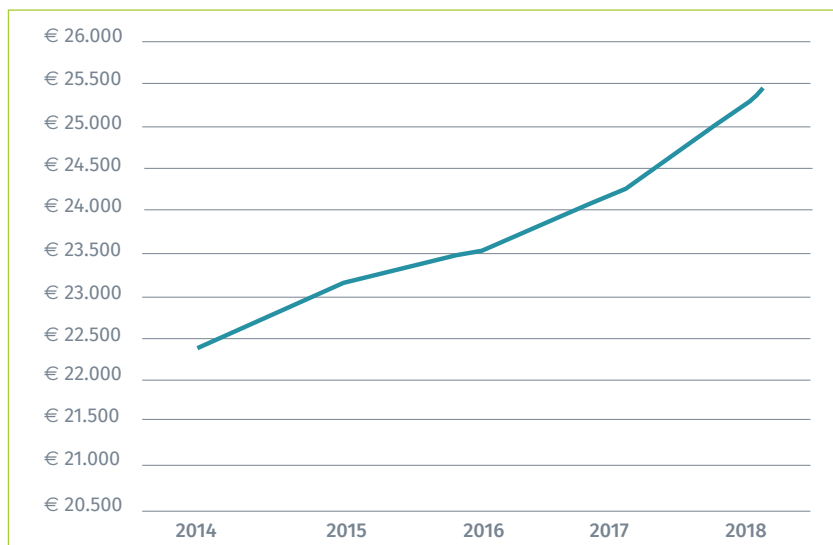
En consacrant le transfert de matières santé importantes vers les régions, la 6^{ème} réforme de l'Etat a considérablement complexifié le paysage institutionnel des soins de santé. Maintenant que ces transferts sont effectifs, nous pouvons confirmer que les risques qui avaient été identifiés initialement se sont bien matérialisés : incohérence des politiques, incertitudes sur le contour des responsabilités, multiplication des intervenants, manque de collaboration voire concurrence entre niveaux de pouvoir,... Alors que la nécessité d'une approche transversale des soins organisés autour du patient est considérée unanimement comme une priorité absolue, notre paysage institutionnel va à contre-sens et érige des freins à une politique de santé cohérente, efficiente et intégrée. **L'éclatement des compétences concerne des domaines aussi importants que la politique hospitalière, la santé mentale, les soins aux aînés, l'organisation de la première ligne et la revalidation.** Avec pour conséquence que ces matières devront à l'avenir être co-gérées par le fédéral et les entités fédérées, dans le cadre de mécanismes de concertation inadaptés aux enjeux.

UN FINANCEMENT À LA HAUTEUR DES BESOINS

Sous l'effet conjugué de ces tendances, notre système connaît une croissance constante des dépenses de soins de santé supérieure à la croissance économique. Cette tendance se confirme dans tous les systèmes de soins de santé en Europe. **Le Bureau fédéral du Plan prévoit d'ailleurs, pour la période 2017-2022, une croissance des dépenses de soins de santé de 2,2 % à politique inchangée,** alors que la norme de croissance des dernières années était fixée à 1,5 % (hors indexation).

Ces dépenses sont prises en charge à 77 % par les pouvoirs publics, le solde étant supporté par les patients, directement sous forme de quotes-parts personnelles (18 %) ou indirectement via des assurances facultatives (5 %). En comparaison avec des pays similaires au nôtre, une part importante des dépenses reste à charge des patients.

Dépenses réelles INAMI (fédérales) en milliers d'euros



Source : INAMI

The image features a solid teal background. In the lower-left and lower-center areas, there are two white, wavy, horizontal shapes that resemble stylized waves or brushstrokes. The top wave is smaller and tapers to a point on the right. The bottom wave is larger and more rounded. To the right of the top wave, the number '2' is written in a white, bold, sans-serif font.

2

Quelles sont les préférences des citoyens en matière de santé ?

Ces dernières années, plusieurs enquêtes ont eu pour objectif d'identifier les préférences des citoyens en matière de politique de santé. Trop souvent cantonnée à un débat entre experts, **la politique de santé doit également être le reflet des préférences sociétales afin d'assurer l'adhésion des citoyens/patients aux choix et aux arbitrages qui sont effectués.** Plusieurs lignes de force, recueillant une majorité d'opinions favorables, peuvent être dégagées de ces différentes enquêtes⁵.



Toutes les enquêtes indiquent que les citoyens privilégient la qualité de vie à la durée de vie.

PRIORITÉ À LA QUALITÉ DE LA VIE ET IMPORTANCE DE LA PRÉVENTION

Toutes les enquêtes indiquent que les citoyens privilégient majoritairement la qualité de vie à la durée de vie. Ils associent à cette préférence l'importance de la prévention qui devrait bénéficier d'autant d'attention que le secteur curatif. En matière de prévention, **les domaines d'actions prioritaires pour les citoyens sont la lutte contre le cancer, l'accompagnement des malades chroniques, l'obésité, les problèmes de santé mentale et la lutte contre les addictions** (alcool, tabac, drogue). Plusieurs mesures contraignantes recueillent par ailleurs une adhésion de plus de 50 % de la population : interdiction de fumer en présence d'enfants, interdiction de certains pesticides, obligation de rendre obligatoire certains tests de dépistages et certains vaccins, interdiction de vendre des boissons sucrées et des friandises dans les écoles, interdiction de vendre de l'alcool sur les aires d'autoroute ou à des moins de 18 ans.

En ce qui concerne la prévention des troubles mentaux, les préférences vont vers l'amélioration de l'équilibre vie privée-vie professionnelle ainsi que le remboursement de la psychologie/ psychothérapie.

Par ailleurs, les sondés identifient plusieurs domaines politiques qui devraient prendre en compte les impacts dans leurs orientations sur la santé publique : la fiscalité, l'éducation, le bien-être au travail et la politique environnementale.

DEMANDE DE PLUS DE TRANSPARENCE, D'INFORMATION ET D'IMPLICATION

Bien que les Belges montrent un haut taux de satisfaction vis-à-vis de notre système de soins de santé, le manque de transparence et d'information ressort comme une source d'insatisfaction. Ils souhaitent plus d'information et de transparence sur le coût des traitements et sur la partie qui leur restera à charge, sur la qualité des soins et sur les traitements prescrits par les spécialistes. La compréhension de la facture d'hospitalisation et l'accès à une information compréhensible et validée sur les pathologies et leur traitement sont également pointées comme problématiques.

Par ailleurs, les citoyens expriment le souhait d'être impliqués tant dans les décisions des prestataires de soins à leur égard que dans les choix de société qui guident la politique de santé.

PARTAGE ET EXPLOITATION DES DONNÉES MÉDICALES

Les populations sondées se disent inconditionnellement favorables au partage de leurs données médicales entre prestataires de soins. Elles estiment qu'il s'agit d'une mesure susceptible d'éviter les examens inutiles et de contenir les dépenses de santé. Outre le partage des informations de santé entre prestataires, les Belges sont majoritairement favorables à l'exploitation de leurs données médicales si elles sont utilisées pour leur fournir des informations proactives et/ou faciliter leur accompagnement.

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

Les citoyens plaident pour **un système de santé centré sur le patient et ses besoins, dans un contexte où ils perçoivent que certains services de santé sont plus conditionnés par l'offre de soins que par la demande**. Cette perception s'applique également à l'innovation médicale qui ne se concentre pas assez sur les besoins réels*.

De manière générale, les citoyens sont conscients qu'il faut préserver la pérennité de notre système de soins en intégrant une logique de coût/efficacité et en s'assurant de la pertinence des soins et de leur valeur ajoutée. Par contre, au-delà de l'échange des données médicales et de la promotion des médicaments bon marché ou génériques, peu de mesures précises recueillent un soutien massif.

Trois points d'attention ressortent également de ces différentes enquêtes : le coût restant à charge des patients, les listes d'attentes pour l'accès à certains spécialistes et l'accès aux maisons de repos.

* Par exemple en ce qui concerne les domaines de recherche de l'industrie pharmaceutique



La majorité des Belges s'estime prête à devenir aidant-proche ou à jouer un rôle dans un réseau local de solidarité.

MAINTIEN À DOMICILE

En cas de perte d'autonomie, **la grande majorité des plus de 60 ans souhaite rester le plus longtemps possible à domicile** avec l'aide du cercle familial, des amis ou des professionnels de la santé. La plupart des sondés estiment par ailleurs que leur logement est adapté à une situation de perte d'autonomie. Loin derrière en termes de préférence viennent les habitations assistées et les services flats. Dans la majorité des cas, les maisons de repos ne sont considérées qu'en dernier recours. L'ouverture aux technologies permettant le maintien à domicile est également perceptible, même si elle joue un rôle limité à l'heure actuelle (moins de 20 % des cas).

Une majorité s'estime également prête à devenir aidant-proche ou à jouer un rôle dans un réseau local de solidarité visant à soutenir des personnes du voisinage dans leurs actes quotidiens.

SOLIDARITÉ ET RESPONSABILITÉ

L'accent sur la responsabilité individuelle ressort comme un élément important quand il s'agit de prévention et de styles de vie et des mécanismes de solidarité forts sont essentiels. Mais les critères de choix pour fixer les priorités devraient être la lourdeur d'une pathologie et sa prévalence et non son impact en termes de coûts pour la sécurité sociale. **Les préférences sociétales privilégient donc clairement les besoins de santé par rapport aux considérations financières.** En matière de solidarité, on estime également que certains publics vulnérables devraient bénéficier d'une attention particulière : les personnes souffrant d'une maladie rare, les enfants vivant sous le seuil de pauvreté, les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes ou isolées avec enfants ainsi que les sans-domiciles-fixes.



3

Quelle vision pour les soins de santé ?

La vision des Mutualités Libres est construite autour de **cinq postulats** fondamentaux :

- **Garantir l'adéquation du système avec les besoins des patients**, leurs préférences et les priorités de santé publique.
- **Promouvoir une "santé active"** où chaque individu est encouragé à adopter des attitudes favorables à sa santé et à développer ses capacités de compréhension et de choix.
- **Décliner les priorités de santé en objectifs mesurables**, afin d'assurer la cohérence d'action de tous les acteurs (niveaux de pouvoir, administrations, prestataires, mutualités, secteur associatif,...).
- **Assurer une organisation efficiente du système de santé** visant l'adoption optimale de l'innovation médicale, la pertinence des soins prodigués, le développement de la spécialisation et de la délégation, la limitation des charges administratives et la réduction de la complexité institutionnelle.
- **Développer une approche globale de la santé** intégrant les domaines d'action publique ayant un impact direct sur la santé (prévention, pollution chimique et atmosphérique, styles de vie, éducation,...).



Revoir le modèle de soins pour évoluer d'une médecine classique aiguë, ponctuelle, réactive et isolée, vers une médecine préventive, multidisciplinaire, proactive et planifiée.

Au cœur de cette vision se retrouve l'objectif de **répondre aux défis de demain et d'assurer la durabilité du système**, sans remettre en cause ses valeurs fondamentales : solidarité financière, couverture universelle, accessibilité physique et financière, qualité.

L'explosion des maladies chroniques, des multi-pathologies, des problèmes de santé mentale combinée à la complexité accrue de certaines maladies et de leur traitement a considérablement complexifié la dispensation des soins. Ceci nécessite de revoir notre modèle de soins pour évoluer d'une médecine classique aiguë, ponctuelle, réactive et isolée, vers une médecine préventive, multidisciplinaire, proactive et planifiée. Or notre système a été principalement élaboré pour gérer des affections aiguës de courte durée, non pour gérer des situations chroniques et multidimensionnelles. **La mise en place d'un nouveau modèle de "soins intégrés" est un changement nécessaire pour garantir une bonne coordination des soins autour du patient** qui doit être encouragé à respecter son traitement et à maîtriser l'évolution de sa maladie.



Financement à l'acte et forfaitarisation sont complémentaires, et doivent être complétés par un financement lié à la qualité, au respect des guidelines et à la contribution aux objectifs de santé.

Ce modèle de soins repose sur un renforcement de la médecine de première ligne, un fonctionnement en pratique de groupe sur un mode multidisciplinaire et une collaboration entre première et deuxième lignes. Cette évolution est renforcée par les tendances démographiques de la médecine générale et les attentes des jeunes médecins vis-à-vis de la pratique médicale. A fonctionnement constant, les soins de première ligne ne pourront probablement plus faire face à la demande, ce qui implique **une collaboration renforcée avec l'ensemble des prestataires de soins et une délégation de certaines tâches vers de nouvelles professions** (assistants de pratique pour les médecins généralistes, hygiénistes dentaires pour les dentistes).

Afin de pouvoir gérer la complexité, la première ligne de soins doit pouvoir se reposer sur une collaboration avec des filières de soins structurées capables de prendre en charge les cas qui dépassent leurs compétences, dans le domaine de certains soins chroniques, psychologiques, palliatifs ou de revalidation.

L'évolution d'un modèle de soins en silos vers un modèle de soins transversal constitue un changement fondamental puisqu'il touche à toutes les dimensions de notre système : organisation des soins, répartition des rôles, formation des prestataires et financement des soins. A cet égard, **il est essentiel de prioritairement mener à bien les différentes réformes initiées sous cette législation** (réseaux hospitaliers, loi qualité et professions de santé, projets de soins intégrés, soins psychologiques de première ligne,...) **et d'ouvrir le chantier de révision de la nomenclature**. Celui-ci doit amener à financer équitablement les soins sur base des prix de revient réels et à supprimer les déséquilibres existants (sur-financements ou sous-financements). Il s'agit d'une condition nécessaire et préalable pour avancer sur une forfaitarisation accrue des soins de première ligne ou de deuxième ligne. Financement à l'acte et forfaitarisation sont complémentaires, et doivent être complétés par un financement lié à la qualité, au respect de certaines guidelines et à la contribution aux objectifs de santé publique.

Prodiguer les soins pertinents apportant la valeur thérapeutique souhaitée et donner accès aux dernières innovations médicales reste un défi majeur pour la soutenabilité de notre système qui ne pourra être relevé qu'en mettant en place des mécanismes de responsabilisation et de monitoring forts. Par ailleurs, **l'innovation médicale ne pourra bénéficier d'un soutien sociétal qu'à la condition que l'industrie pratique un prix correct**, fasse plus de transparence sur les coûts et tout financement public reçu, et s'engage au suivi des plus-values thérapeutiques et économiques annoncées.

La dispersion des compétences suite à la 6^{ème} Réforme de l'Etat et l'importance des déterminants de la santé dépendant d'autres politiques nécessitent des **mécanismes de coordination et de coopération renforcés entre niveaux de pouvoir**. A défaut, le risque de glisser lentement vers un système paralysé et ingouvernable est réel, alors que notre société doit s'occuper de la santé de sa population et pas uniquement du traitement de ses maladies.

Avant d'être une dépense, le financement des soins de santé et de l'incapacité de travail est avant tout un investissement en faveur du bien-être de la société et de sa prospérité. Le secteur doit bénéficier d'un financement à la hauteur de ses besoins au travers d'une fiscalité juste dont certaines rentrées liées à la santé (accises, taxes environnementales,...) pourraient venir financer une politique de santé globale. En parallèle, le secteur doit mener toutes les mesures d'efficience nécessaires pour éviter les coûts liés à la surconsommation et aux soins inutiles ou inappropriés.



4

Des objectifs pour soutenir la politique de santé

Les objectifs de santé ne sont pas une nouveauté. En 1981, l'OMS avait, pour la première fois, formulé des objectifs ambitieux dans le cadre du programme “**La santé pour tous d'ici l'an 2000**”. Depuis lors, l'appel à traduire la politique de santé en objectifs n'a fait que se répéter. Plus récemment, en 2015, les Etats Membres des Nations Unies adoptaient le “**Programme de développement durable à l'horizon 2030**”, proposant une vision ambitieuse d'un monde en meilleure santé, plus prospère, plus inclusif et résilient. Il se traduit en 17 objectifs de développement durable précisés par 169 sous-objectifs, fournissant le schéma directeur des actions à mener par tous les pays membres. Le troisième objectif est consacré à la santé et au bien-être et vise à “permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge”.



Les objectifs de santé permettront de rendre la politique de santé tangible et lisible pour les citoyens.

En Belgique, le programme des Nations Unies a été traduit dans une **Stratégie nationale de développement durable**, fruit d'un accord entre tous les niveaux de pouvoir⁶, et suivi annuellement par le Bureau fédéral du Plan⁷. Bien que nous ne pouvons que souligner les bonnes intentions qui y sont prises et qui visent “à renforcer la collaboration entre les différents niveaux politiques, dépasser les compétences respectives, aborder le sujet dans sa globalité, mieux exploiter les interrelations entre les différents secteurs et objectifs,...” nous ne pouvons que regretter le manque de concrétisation de ces engagements à ce stade.

Néanmoins, il est important de noter que la Belgique n'est pas totalement dépourvue d'objectifs de santé. Certains objectifs généraux et spécifiques ont été définis au niveau fédéral⁸ et en Flandre⁹. Bruxelles et la Wallonie¹⁰ ont également pris des initiatives en ce sens en matière de prévention et de promotion de la santé.

Par contre, si nous voulons assurer dans le futur une politique de santé cohérente et coordonnée, il est essentiel qu'un cadre global d'objectifs de santé nationaux soit mis en place. **La fragmentation croissante des compétences et des processus de décision renforce la nécessité de définir ce cadre global pour s'assurer que les priorités de santé soient clairement établies et communiquées.** Dans notre système belge, il s'agit d'un instrument de fédération et de coordination absolument nécessaire, qu'il s'agisse de collaboration entre niveaux de pouvoir, entre politiques publiques ou entre acteurs. Ces objectifs doivent être mobilisateurs et motiver les acteurs à y participer activement.

Par ailleurs, les objectifs de santé permettront de rendre la politique de santé tangible et lisible pour les citoyens, encourageant l'ensemble des acteurs – politiques ou du secteur – à être responsabilisés et à rendre des comptes sur leurs contributions respectives.

En matière d'objectifs de santé, nous plaidons donc pour une approche progressive et ciblée en commençant par structurer les initiatives existantes. A cet égard, les travaux du KCE sur la "Performance du système belge" et le suivi du Bureau fédéral du plan de la Stratégie nationale de développement durable constituent une base solide pour permettre l'identification et le suivi d'indicateurs.

Dans une première phase, les Mutualités Libres proposent les objectifs globaux suivants :

1

Réduction des inégalités de santé¹¹ :

d'ici 2025, réduire l'écart d'espérance de vie en bonne santé entre la catégorie la plus favorisée et la moins favorisée de 20 %.

Même dans une société relativement égalitaire comme la nôtre, les différences sont importantes entre les catégories les plus favorisées et les moins favorisées : l'écart est de près de 8 années pour les années de vie en bonne santé et de 28 % (88 % vs 60 %) pour la proportion des personnes se considérant en bonne santé¹¹.

2

Augmentation du nombre d'années de vie en bonne santé :

d'ici 2025, revenir dans le top 10 européen.

La position de la Belgique s'est continuellement dégradée entre 1990 et 2016, passant de la 7^{ème} à la 14^{ème} place au niveau européen en termes d'années de vie en bonne santé¹².

Les problèmes d'ordre musculo-squelettiques, en particulier les douleurs lombaires, et les troubles mentaux sont les causes les plus importantes de perte d'années de vie en bonne santé.

3

Taux de mortalité évitable :

d'ici 2025, réduction du taux de 10 %.

Les maladies chroniques sont la première cause de mort prématurée en Belgique et représentent 86 % des cas de décès de ce type et 70 % des décès totaux. Le taux de mortalité prématurée due à des maladies chroniques pourrait être sensiblement réduit en travaillant sur les facteurs de risques que sont le tabac, l'alcool, l'alimentation riche en graisse et en sucre, la sédentarité et la pollution de l'air. 43.200 vies par an pourraient être épargnées en mettant en place de meilleures stratégies de prévention¹³.

4

Financement de la prévention et des soins de santé :

à partir de 2020, prévoir une norme de croissance de 2,2 %.

La norme de croissance des dernières années était fixée à 1,5 % alors que le Bureau fédéral du Plan prévoit, pour la période 2017-2022, une croissance des dépenses de soins de santé de 2,2 % à politique inchangée.

À partir de 2020, augmenter de 50 % les moyens destinés à la prévention.

The image features a solid blue background. Two white, wavy, horizontal lines are positioned in the lower half of the frame. The upper wave is smaller and tapers to a point on the right. The lower wave is larger and more rounded. A large, white, sans-serif number '5' is placed to the right of the upper wave, partially overlapping it.

5

10 priorités pour l'avenir des soins de santé

- 1 Investir dans une politique de prévention ambitieuse et intégrée
- 2 Améliorer la littératie en santé
- 3 Favoriser des soins de première ligne coordonnés
- 4 Assurer des soins hospitaliers de qualité fonctionnant en réseau
- 5 Améliorer la prise en charge de la santé mentale
- 6 Mener une politique des médicaments efficiente et innovante
- 7 Prévenir et accompagner les incapacités de travail
- 8 Assurer le bien-être des aînés
- 9 S'inscrire dans l'eSanté 3.0
- 10 Réduire l'impact de l'environnement sur la santé

1

Investir dans une politique de prévention ambitieuse et intégrée

L'ensemble des moyens consacrés à la prévention en Belgique représente 2,1 % des dépenses totales de santé, ce qui place notre pays largement en-dessous de la moyenne européenne de 3 %. Depuis de nombreuses années, la prévention est un des parents pauvres de notre système de santé, ce qui est partiellement dû à une déconnexion entre les soins curatifs (sous la responsabilité du fédéral) et les soins préventifs (sous la responsabilité des entités fédérées). Or toutes les enquêtes d'opinion soulignent le souhait des citoyens d'augmenter les moyens dévolus à la prévention et d'en faire une politique volontariste améliorant la qualité de vie. La lutte contre le cancer est considérée comme la priorité par plus de 80 % de la population.



D'un point de vue économique, le rendement général des investissements dans la prévention présente un rapport de 4 euros sur 1 euro investi.

Même si l'espérance de vie n'a fait qu'augmenter ces dernières décennies, les années supplémentaires sont souvent marquées par la maladie, avec pour conséquence qu'une personne de 80 ans perdra en moyenne 10 années de vie en bonne santé en raison d'une maladie chronique liée à un cancer, une maladie cardio-vasculaire, un diabète de type 2 ou une maladie neuro-dégénérative¹⁴. Les causes qui favorisent ces pathologies sont désormais largement connues : tabagisme, consommation d'alcool, surpoids, manque d'activité physique, alimentation riche en produits industriels et pauvre en végétaux. **Le tabac reste la substance la plus mortelle et est responsable de la majorité des infections respiratoires et des maladies cardiovasculaires, et de 30 à 40 % des cancers.** 20 % des Belges fument encore aujourd'hui, ce qui représente certes une diminution de 7 % depuis 2013, cependant considérée trop lente par les experts qui soulignent par ailleurs que ces chiffres stagnent depuis 2015. La consommation d'alcool est également problématique en Belgique qui pointe à la deuxième place européenne avec une consommation moyenne de 12,6 litres d'alcool pur par personne par an¹⁵. Les coûts sociaux (soins de santé, accidents, pertes de productivité, incapacité de travail,...) du tabac et de l'alcool en Belgique sont estimés respectivement à 1,5 et 2,1 milliards d'euros¹⁶.

Or, le potentiel de prévention des maladies chroniques est très important et largement sous-exploité. On estime qu'en travaillant sur les cinq causes principales, on pourrait réduire les cas de diabète de type 2 de 90 %, les maladies cardiovasculaires de 82 % et les cancers de 70 % (si on y ajoute la limitation des surexpositions aux rayons ultraviolets). D'un point de vue économique, le rendement général des investissements dans la prévention présente un rapport de 4 euros sur 1 euro investi¹⁷.

Au-delà des facteurs de prévention, **la lutte contre le cancer pourrait être améliorée en renforçant le taux de participation aux programmes de dépistage existants** (sein, col utérin, colorectal). Celui-ci plafonne à 50-60 % de la population, avec des différences régionales importantes qui pourraient être éliminées en s'inspirant des meilleures pratiques, notamment pour le dépistage du cancer colorectal. Les différences régionales sont également très importantes en matière de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), avec près de 90 % de couverture pour les jeunes filles en Flandre contre 36,1 % en Wallonie et à Bruxelles. Cette vaccination devrait par ailleurs être étendue aux jeunes garçons dans toutes les régions, conformément à la recommandation formulée par le Conseil supérieur de la santé en 2017.

Enfin, **il est utile de rappeler l'importance d'améliorer le taux de vaccination contre la grippe auprès des professionnels de la santé** et des personnes de plus de 65 ans, ainsi que la vaccination des femmes enceintes contre la coqueluche.

Les objectifs proposés ont été définis afin d'encourager chaque région à s'aligner sur la région la plus performante ou ambitieuse.

OBJECTIFS

- **Réduire l'impact des assuétudes et des styles de vie sur la santé (2025) :**
 - Diminuer le **nombre de fumeurs** de 20 % à 15 % de la population.
 - Diminuer les **coûts sociaux du tabac et de l'alcool** de 10 %.
 - Diminuer le nombre **d'enfants obèses** à moins de 5 % de la population infantine.
- **Améliorer le taux de participation aux programmes de dépistage (2025) :**
 - Dépistage du **cancer du sein** : 75 % pour les femmes entre 50 et 69 ans.
 - Dépistage du **cancer colorectal** : 65 % pour les personnes entre 50 et 74 ans.
 - Dépistage du **cancer du col utérin** : 70 % pour les femmes entre 20 et 69 ans.
- **Améliorer les couvertures vaccinales (2025) :**
 - Atteindre un **taux de vaccination contre le papillomavirus humain** de 90 %, pour les jeunes filles et les jeunes garçons, dans toutes les régions.
 - En ce qui concerne la **vaccination contre la grippe**, atteindre les taux de vaccination suivants : 75 % pour les personnes de plus de 65 ans, 50 % pour les femmes enceintes et 80 % pour les professionnels de la santé.
 - Proposer à chaque femme enceinte de **se faire vacciner contre la coqueluche** et atteindre 80 % de taux de vaccination pour les professionnels de la santé.
 - Concernant la vaccination infantile, atteindre les **taux de vaccination garantissant une immunité collective** pour chaque moment de vaccination (première dose et suivantes) et s'assurer que 80 % des enfants de moins de 18 mois reçoivent leur vaccination aux périodes prévues.

ACTIONS

• Réduire l'impact des assuétudes et des styles de vie sur la santé :

- Supprimer totalement la publicité et la promotion directe ou indirecte pour le tabac.
- Imposer l'interdiction de fumer en présence d'enfants afin de les protéger du tabagisme passif.
- Augmenter significativement le prix du tabac et atteindre au minimum le prix en vigueur dans les pays voisins.
- Interdire la vente d'alcool et de tabac aux moins de 18 ans.
- Interdire la promotion et la vente d'alcool dans les stations-services.
- Encourager des campagnes de sensibilisation et des actions de promotion de la santé sur la question des assuétudes orientées vers les jeunes.
- Dans les écoles, proposer une alimentation saine, interdire la vente de boissons sucrées et de friandises, généraliser l'accès gratuit à l'eau, augmenter l'activité physique.
- Stimuler financièrement les acteurs de la prévention à entreprendre des actions innovantes.
- Mettre à disposition gratuitement de l'eau dans le secteur de l'horeca.

• Améliorer le taux de participation aux programmes de dépistage :

- En Wallonie et à Bruxelles, assurer comme en Flandre une distribution automatique ou organisée via les pharmaciens des kits de dépistage pour le cancer colorectal.
- Mettre en place des systèmes de rappels individuels, en collaboration avec les mutualités (SMS, email,...).
- Evaluer les déterminants de la participation aux dépistages officiels de manière à améliorer les actions de sensibilisation et de ciblage.
- Organiser des campagnes d'information auprès des prestataires sur les bonnes pratiques de dépistage.

• Améliorer les couvertures vaccinales :

- Développer une stratégie cohérente et coordonnée d'information à destination du grand public, avec une attention particulière pour les publics plus fragilisés.
- Renforcer la formation et la communication envers les professionnels de santé.
- Mettre en place, dans toutes les régions, un point de contact, d'information et d'orientation pour les professionnels de santé et les citoyens.
- Elargir la vaccination HPV aux garçons et généraliser le système opt-out.
- Permettre l'accès du citoyen et des prestataires de soins aux registres de vaccination en s'assurant que ceux-ci couvrent l'ensemble des données vaccinales.
- Mettre en place des systèmes de rappels individuels, en collaboration avec les mutualités (SMS, email,...).

2

Améliorer la littératie en santé

La littératie en santé se définit comme “la capacité d’un individu à trouver, à comprendre et à utiliser l’information santé de base, les options de traitement qui s’offrent à lui et à prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé.”

La littératie en santé est primordiale pour la prévention des maladies et la promotion de la santé. Elle a démontré ses impacts positifs sur les styles de vie, l’utilisation adéquate des médicaments ou la compréhension de son état de santé¹⁸.

La population belge présente un taux de littératie en santé insuffisant de 41,3 %¹⁹. A peine 6 Belges sur 10 comprennent correctement les instructions de leur médecin. 17 % des Belges trouvent que leur médecin utilise un langage trop compliqué et 32 % ont des difficultés à comprendre les notices des médicaments²⁰. On sait également qu’un des principaux problèmes dans le suivi des malades chroniques est l’observance des traitements qui n’est que de 50 % en moyenne. **Or un des facteurs essentiels pour améliorer l’observance est la qualité de la relation et de la communication entre le médecin et son patient** : explication du traitement et de la maladie, ouverture aux questions et au vécu de la maladie, vérification de la bonne compréhension du patient,...

La littératie en santé est également un instrument essentiel pour réduire les inégalités de santé, domaine dans lequel la Belgique performe moins bien que beaucoup d’autres pays européens²¹. Les lacunes en littératie de santé sont fortement corrélées avec le statut socio-professionnel d’un individu. Les personnes ayant un niveau d’éducation élevé bénéficient, à l’âge de 50 ans, en moyenne de 8,3 années de vie en bonne santé de plus que les personnes ayant un diplôme de l’enseignement inférieur. Plusieurs études démontrent une corrélation entre un faible niveau de littératie en santé et des coûts de santé élevés (plus d’hospitalisations et de ré-hospitalisations, usage inadéquat des médicaments, moins de recours aux services de prévention,...). **Des initiatives ciblées doivent donc être menées envers les publics les plus vulnérables, comme les personnes âgées, les femmes enceintes en détresse psychosociale, les mères isolées,...**

L’éducation à la santé est donc un défi sociétal majeur qui implique de nombreux intervenants : prestataires de soins, autorités publiques, mutualités, enseignants, médias, etc. Il est donc essentiel que le problème soit considéré comme une **responsabilité collective et que chaque acteur participe activement à des initiatives visant à promouvoir les connaissances en santé** ou à simplifier le langage utilisé dans les communications avec les citoyens (administration, législation, consultations médicales, accueil dans les hôpitaux, notices de médicaments, etc.).



Plusieurs études démontrent une corrélation entre un faible niveau de littératie en santé et des coûts de santé élevés.

OBJECTIFS

- D'ici 2030, atteindre un niveau de 70 % en matière de **littératie de santé** pour la population belge.
- **Femmes enceintes fragilisées** : veiller à ce qu'un maximum de femmes puissent bénéficier d'un suivi avant le 3^{ème} mois.

ACTIONS

- Exploiter les résultats de l'enquête de santé publique pour **définir les priorités en matière de littératie en santé**. La prochaine enquête de santé publique prévoit de mesurer le niveau de littératie en santé. Elle permettra d'identifier les actions prioritaires en termes de thématiques et de publics cibles.
- Mettre en place une **labellisation des organisations "health literate"** (voir encart) à destination des prestataires de soins, des mutualités, des administrations et du secteur associatif.
- Améliorer la lisibilité et l'interprétabilité des données mises à disposition des patients dans leur dossier médical personnel électronique.
- Faciliter la tâche des prestataires de soins en mettant à leur disposition des **outils d'éducation et d'aide à la décision** adaptés à leur patientèle.
- Promouvoir les formations des prestataires de soins dans les compétences pédagogiques et communicatives, dans le cadre des cursus de base et de la formation continue.
- Mettre en place l'identification et **l'accompagnement des femmes enceintes vulnérables** à Bruxelles (ex : projet 'Born in Brussels') et développer des projets analogues dans les autres régions.
- Intégrer des **médiateurs culturels et des experts du vécu** à la première ligne de soins.
- Intégrer **la "santé" comme un cours spécifique à l'école** afin d'acquérir les compétences de base en littératie en santé.

Une organisation "health literate" présente les qualités suivantes²² :

- A le soutien de la direction.
- Planifie, évalue et améliore la qualité de ses prestations.
- Prépare et forme son personnel, mesure les progrès.
- Implique les publics visés.
- Répond aux besoins de tous ses publics, sans discrimination.
- Communique efficacement et s'assure de la bonne compréhension.
- Facilite l'accès à l'information santé et aux services.
- Conçoit du matériel simple à utiliser.
- Cible les situations à risque élevé (ex : sortie d'hôpital).
- Explique clairement la couverture d'assurance et les frais pour l'assuré.

3

Favoriser des soins de première ligne coordonnés



Au sein de la première ligne, les médecins généralistes jouent un rôle central dans l'organisation de soins intégrés autour du patient.

Les soins de première ligne englobent plusieurs disciplines tels que les médecins généralistes, les dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes, psychologues,...) ainsi que de nombreuses formes d'aides venant en support aux soins (assistantes sociales, aides familiales, aidants qualifiés,...). Vu l'explosion des maladies chroniques, des multi-pathologies ou des problèmes de santé mentale, **la première ligne de soins est confrontée à une diversité croissante de situations, où se combinent les dimensions médicales, psychologiques, sociales et culturelles.**

Au sein de la première ligne, **les médecins généralistes** jouent un rôle central dans l'organisation de soins intégrés autour du patient. Ils **sont amenés à traiter des cas de plus en plus complexes et variés**, qu'il s'agisse de prise en charge de pathologies aiguës, de suivi de malades chroniques, d'actions de prévention ou de dépistage. Ceci dans un contexte où la démographie des médecins généralistes indique une réduction graduelle des effectifs, et où la volonté d'une meilleure qualité de vie chez les jeunes médecins entraînent une diminution de la disponibilité.

Afin que le médecin généraliste puisse répondre à ces multiples besoins requérant une coordination autour du patient, il sera amené progressivement à faire des choix dans les activités qu'il opère et à **déléguer une série de tâches à des assistants de pratique**. Ceux-ci peuvent décharger les médecins généralistes de certaines prestations telles que les injections, les vaccins, la mesure de certains paramètres de santé ou encore le renouvellement de pansements. Ils peuvent également prendre en charge **l'encadrement et le suivi des patients chroniques**, en particulier l'information des patients, le soutien thérapeutique et la concertation avec d'autres acteurs de soins.

Par ailleurs, **la complémentarité entre médecins généralistes et pharmaciens de référence devrait être renforcée**, pour s'assurer que les patients bénéficient de tous les conseils nécessaires pour leur traitement médicamenteux, et qu'un schéma de médication et une "medication review" soit formalisés pour les patients polymédiqués.

Afin de pouvoir gérer les cas qui dépassent leur compétence, les médecins généralistes doivent pouvoir se reposer sur une **collaboration avec des réseaux de soins intégrés et multidisciplinaires, spécialisés dans la prise en charge de certaines pathologies chroniques spécifiques**, dans les soins de santé mentale, les soins palliatifs ou la revalidation. Un échange optimal de données entre tous les acteurs et un modèle de financement favorisant la collaboration et la qualité des soins sont des conditions nécessaires pour garantir le succès des modèles de soins intégrés.

OBJECTIFS

- 100 % des patients chroniques disposent d'un **médecin généraliste de référence** via eDMG (2021).
- 100 % des prestataires disposent d'un dossier électronique informatisé partagé avec les autres acteurs de soins et les patients (2025).
- 75 % des **patients chroniques doivent être suivis par une équipe coordonnée** de 1^{ère} ligne, en respectant le libre choix du patient (2025).

ACTIONS

- Revoir le **financement des soins de première ligne en augmentant la partie forfaitaire** sous forme de capitation liée au type de patient et en prévoyant une partie liée à la qualité des soins (max 10 %). La capitation partielle intégrerait les forfaits existants (prime télématique, DMG, trajets de soins,...) pour couvrir certaines dimensions telles que la tenue d'un dossier médical, la continuité des soins, le suivi de certains publics cibles, l'accomplissement d'actes administratifs, le travail multidisciplinaire de première ligne,...
- Revoir le **système de l'accréditation pour en faire un outil de promotion de la qualité des soins** (respect des guidelines, consultation et suivi des "codes de pratique" via des outils de support à la décision,...).
- Mettre en place la **délégation de certaines tâches vers de nouvelles professions de santé** (assistants de pratique en médecine générale, hygiénistes dentaires,...).
- Evaluer les **projets de soins intégrés** (PSI) et étendre le modèle des projets avec une évaluation positive à l'ensemble de la population de patients chroniques.
- Informer et soutenir les prestataires et les patients dans le cadre des mesures sur le partage d'informations électroniques.
- Utiliser le dossier médical informatisé avec tous les prestataires concernés pour favoriser la **collaboration entre les différents réseaux existants** (1^{ère} ligne, hospitaliers, santé mentale).
- Généraliser l'**enregistrement codifié des pathologies** afin de baser l'octroi des droits des patients (ex : statut malade chronique) sur des données santé et non sur des données de dépenses.

4

Assurer des soins hospitaliers de qualité fonctionnant en réseau

Alors que les bases de la refonte du paysage hospitalier viennent d'être installées (mise en réseau des hôpitaux, évolution vers un financement forfaitaire prospectif), il est essentiel de poursuivre le travail engagé pour mener à bien ces différents chantiers. Les dispositions réglementaires encadrant le fonctionnement des réseaux locorégionaux doivent notamment être finalisées. Afin de permettre la rationalisation du secteur, il est d'ailleurs important que les obstacles au rapprochement entre hôpitaux publics et privés soient rapidement levés à Bruxelles et en Wallonie.



Il est démontré que la qualité des soins complexes, en termes de morbidité et de mortalité, est corrélée avec le volume d'interventions.

Les différents niveaux de pouvoir devront également se concerter pour mener à bien un plan de réduction et de reconversion de lits²³. On estime déjà aujourd'hui qu'il y a une surcapacité de 7.000 lits, surtout en médecine interne, en chirurgie, en pédiatrie et en maternité. Les séjours hospitaliers augmenteront dans le futur sous l'effet du vieillissement. Malgré cela, il y aura une surcapacité de 9.300 lits à l'horizon 2025 en raison du raccourcissement des durées de séjour et de l'augmentation des hospitalisations de jour. Une partie de ces lits (3.500) devra être gardée en réserve pour faire face au vieillissement après 2025 et une autre (2.200) devra servir à ouvrir des lits gériatriques et de soins non aigus. **Il est important de noter que la multiplication des courts séjours nécessitera un renfort du cadre infirmier, qui est par ailleurs aujourd'hui inférieur à la moyenne européenne.** La reconfiguration de l'offre hospitalière devra intégrer le développement de solutions intermédiaires entre l'hôpital et les soins à domicile comme les cliniques de soins de suite et de réadaptation les centres de convalescence et de rééducation, les soins transmuraux,...

En matière de mise en réseau, il est en outre essentiel de poursuivre le mouvement de concentration de certains soins (cancers complexes et expertise en maladies rares) au sein de centres de référence disposant d'une équipe multidisciplinaire ayant l'expertise suffisante et justifiant un volume d'interventions minimal (>20 par an). Il est largement démontré que la qualité des soins complexes, en termes de morbidité et de mortalité, est corrélée avec le volume d'interventions. Le processus de concentration a été initié pour la chirurgie des cancers de l'œsophage et du pancréas et est recommandé pour les cancers de la tête et du cou. Cette méthodologie doit être progressivement étendue pour couvrir les soins hautement spécialisés.

L'amélioration de la qualité ne se limite certainement pas à la concentration de certains soins. Des études internationales indiquent que 1 patient hospitalisé sur 10 subit un événement indésirable, dont plus de la moitié serait évitable. Les erreurs médicales représenteraient la 14^{ème} cause mondiale de morbidité et mortalité. Appliqué au contexte belge, cela signifie que 20.000 à 60.000 patients seraient concernés par un événement indésirable et que 2.500 à 5.000 de ces cas seraient fatals. Les événements indésirables les plus fréquents seraient les infections nosocomiales, les erreurs médicamenteuses, les thromboses veineuses et les erreurs de côté. Environ 15 % des dépenses hospitalières seraient consacrées aux conséquences des problèmes de sécurité²⁴.

En matière de révision du financement hospitalier, l'évolution graduelle vers un système forfaitaire juste, transparent, simplifié doit être poursuivie dans l'objectif de promouvoir l'efficacité et la qualité des soins. Une première avancée vers des montants prospectifs a été réalisée pour un nombre limité de soins de basse variabilité. A ce stade, cette forfaitarisation ne porte que sur la partie des honoraires, eux-mêmes basés sur la nomenclature existante qui ne correspond plus à la réalité médicale et économique. **Afin de pouvoir avancer dans la forfaitarisation des soins hospitaliers, un préalable essentiel est de pouvoir établir des forfaits globaux, englobant toutes les ressources nécessaires à la prise en charge du patient**, et reposant sur les prix de revient réels des soins, des médicaments et des dispositifs médicaux. Ceci est intimement lié à la trajectoire à suivre pour la révision de la nomenclature.

OBJECTIFS

- Finaliser la mise en place des **réseaux hospitaliers locorégionaux** (2020).
- Mettre en place la **réduction et la reconversion des lits** pour correspondre aux besoins de soins hospitaliers (2025).
- Etendre les **centres de référence** à d'autres interventions complexes (cancers de la tête et du cou, AVC, chirurgies traumatiques, cancer du poumon,...) sur base des rapports du KCE (2025).
- Baser le financement de chaque nouvel acte ou **forfait sur une méthodologie validée** estimant le prix de revient des soins (2022).

ACTIONS

- Finaliser le **cadre réglementaire des réseaux hospitaliers** et lever les barrières aux fusions entre hôpitaux privés et publics.
- Choisir, parmi les différentes options existantes et connues, la méthodologie qui permettra de **revoir la nomenclature et établir les forfaits** sur base du prix de revient des soins.
- **Encadrer les suppléments d'honoraires** : réduire graduellement les suppléments hospitaliers parallèlement à la mise en place d'un financement juste des prix de revient réels des soins hospitaliers, supprimer les suppléments pour certaines prestations.
- Conclure d'autres conventions s'inspirant de l'expérience 'reconstruction mammaire' permettant de mettre en place, pour des interventions particulières, un cadre intégrant des engagements en matière de qualité, de prix, de suppléments et de transparence sur les coûts.
- Elargir le **système 'pay for quality'** afin d'intégrer les priorités en termes de qualité et de sécurité sur base d'indicateurs.
- **Mettre en place un programme global²⁵ pour la sécurité des soins basé sur les initiatives suivantes** : la formation des professionnels, le reporting et la gestion des événements indésirables, la mesure des événements indésirables, des actions entreprises et des progrès, la formalisation de normes de sécurité et l'implication du patient et de sa famille.

5

Améliorer la prise en charge de la santé mentale



La santé mentale est un domaine prioritaire pour les citoyens.

Un Belge sur trois éprouve des difficultés psychologiques et près d'un sur cinq présenterait des signes de pathologie mentale²⁶. Actuellement, **les troubles mentaux sont à l'origine de plus d'un tiers des incapacités de travail et touchent proportionnellement plus les femmes que les hommes**. Même si ces problèmes de santé mentale ne sont pas nouveaux, ils sont en croissance et celle-ci devrait encore s'accroître sous l'effet du vieillissement de la population et des changements sociétaux. Cette problématique est identifiée comme un domaine prioritaire pour les citoyens favorables à un remboursement de la psychologie/psychothérapie et à des initiatives visant à diminuer le stress lié au travail.

Outre les conséquences en termes de perte de qualité de vie, d'arrêt de travail ou de coûts pour la santé, les troubles psychiques se manifestent par un taux de suicide important en Belgique. **Avec 3 suicides par jour en moyenne, notre pays se situe dans le top 3 européen**. Le taux de suicide est respectivement de 17, 24 et 14 pour 1000 habitants en Flandre, Wallonie et Bruxelles.

Il est inquiétant de constater que **plus de la moitié des problèmes psychologiques surviennent vers l'âge de 14 ans**²⁷. Harcèlement, moqueries sur les réseaux sociaux et actes de violence sont autant de causes qui sont à l'origine de troubles mentaux chez les adolescents. Or ces situations de détresse psychologique, dont la dépression, restent souvent mal identifiées et insuffisamment accompagnées, ce qui entraîne des conséquences néfastes sur la santé et les prestations scolaires des jeunes.

L'identification et une prise en charge adéquate de la dépression sont donc essentielles, d'autant plus qu'on estime que les traitements de la dépression sont efficaces dans près de 70 % des cas, quelle que soit la sévérité du trouble. Les antidépresseurs semblent être efficaces dans 30 à 40 % des cas. Mais pour être efficaces, ils doivent être souvent pris pendant au moins 3 mois, ce qui pose problème en Belgique. En effet, une proportion importante d'adultes à qui on a prescrit des antidépresseurs, ne les prennent que pendant de courtes durées. La mauvaise utilisation de ces traitements place notre pays dans le peloton de tête européen pour la consommation d'antidépresseurs.

Bien que la pharmacothérapie s'avère être le traitement le plus accessible, **la psychothérapie représente une alternative ou un complément efficace à la médication dans le traitement des troubles dépressifs ou anxieux**^{28,29}.

Par contre, le patient a parfois du mal à trouver une aide adéquate face à une offre de soins psychologiques peu accessible financièrement, fragmentée et difficilement lisible pour le grand public. Certains ont estimé que chaque euro investi dans les soins psychologiques peut rapporter entre 1,14 et 1,95 euros³⁰, vu les effets positifs du suivi sur la consommation de médicaments, l'absentéisme, le recours aux urgences et les séjours à l'hôpital.

OBJECTIFS

- Réduire la **consommation d'antidépresseurs** en se rapprochant de la moyenne européenne (2025).
- Réduire de 10 % le nombre de patients ayant un **traitement d'antidépresseurs de moins de 3 mois** (2021).
- Réduire le **taux de suicide** en se rapprochant de la moyenne européenne (2025).
- 80 % des écoles prévoient un **plan de prévention qualitatif** en santé mentale (2025).

ACTIONS

- Intensifier les initiatives visant à **désinstitutionnaliser les soins de santé mentale** en renforçant les services de 1^{ère} ligne et les prises en charge en mode ambulatoire, le plus proche possible de l'environnement du patient.
- Organiser les actions de formation et de **sensibilisation auprès des médecins généralistes** (détection précoce, accompagnement du patient, solutions alternatives à la médication,...).
- Mettre en place de manière progressive le **schéma de remboursement des soins psychologiques sur base des recommandations du rapport KCE**, avec une priorité pour les soins psychologiques pour les moins de 18 ans.
- Etendre l'offre de santé mentale, via les **projets 107**, à la population des plus de 65 ans.
- Evaluer régulièrement la **bonne utilisation des antidépresseurs** et donner du feedback aux prescripteurs.
- **Revoir régulièrement la nécessité de poursuivre un traitement** par antidépresseurs par le prestataire selon la pathologie et son évolution.
- Poursuivre le déploiement et le financement des **réseaux de soins en santé mentale pour enfants et adolescents** (SMEA).
- Organiser des **programmes de prévention dans les écoles** :
 - Développer les capacités de résilience des enfants par des actions de sensibilisation.
 - Sensibiliser le personnel enseignant afin de favoriser la détection précoce des cas de détresse psychologique.
 - Intégrer la détection des cas de détresse psychologique dans les visites médicales.

6

Mener une politique des médicaments efficiente et innovante



La Belgique figure parmi les pays ayant le plus haut taux de prescription après consultation.

La politique des médicaments doit poursuivre un double objectif : mettre à disposition des patients les traitements innovants leur offrant les meilleures perspectives de santé et assurer une utilisation rationnelle des médicaments dans une perspective d'efficacité clinique, d'efficience économique et de sécurité des patients.

Ces dernières années ont été riches en innovations médicales, représentant dans bien des cas de réelles avancées pour les patients : nouveaux antiviraux contre l'hépatite C, thérapies ciblées et immunothérapie pour le traitement du cancer ou tests diagnostiques,... Avec pour conséquence que ces traitements innovants, en particulier ceux concernant les maladies rares et les cancers, représentent une **croissance importante en termes de dépenses**, croissance qui n'a pas pu être compensée par les économies apportées par les médicaments arrivant en fin de brevet ou la rationalisation des volumes de prescription. **Le budget consacré aux médicaments représente 17,8 % du budget total et dépasse son objectif budgétaire depuis 2015** à hauteur de 200 à 300 millions d'euros par an. Rien que dans le domaine du traitement du cancer, on estime que d'ici 2020, plus de 70 % des traitements reposeront sur les thérapies ciblées et l'immunothérapie et représenteront près de 20 % du budget total des médicaments³¹.

Vu les coûts de traitement de certaines pathologies et les différences de prix réels inexpliquées entre pays, de nombreuses voix s'élèvent pour dénoncer les prix pratiqués par l'industrie pharmaceutique, non seulement par manque de transparence sur la structure du prix de revient, mais également parce qu'il existe également encore dans de nombreux traitements des incertitudes sur l'efficacité clinique. Nombre de ces médicaments sont sous contrats – qui représentent aujourd'hui près d'un quart du budget des médicaments –, ce qui renforce encore les préoccupations liées à la transparence. **Il est inévitable qu'à l'avenir, les gouvernements – agissant de préférence de concert – jouent un plus grand rôle dans la fixation des prix et l'orientation des domaines de recherche.** D'autant plus que les moyens publics soutenant la recherche, de manière directe et indirecte, sont loin d'être négligeables. Si l'industrie pharmaceutique veut continuer à bénéficier d'un soutien sociétal, il est impératif qu'elle s'inscrive dans une démarche de transparence accrue sur les coûts réels et sur les mécanismes de fixation des prix.

Le contexte budgétaire, mais aussi les risques d'une utilisation excessive de médicaments pour la santé, imposent que des efforts supplémentaires soient réalisés dans l'usage rationnel des traitements médicamenteux. La Belgique figure parmi les pays ayant le plus haut taux de prescription après consultation, ce qui se traduit par des **taux de consommation supérieurs aux pays voisins pour les antibiotiques, les antidépresseurs, les médicaments pour les troubles de la sécrétion d'acide gastrique ou encore les hypocholestérolémiants**, pour ne citer que quelques exemples.

Encourager les **comportements de prescriptions respectant les recommandations et favorisant la prescription des médicaments génériques et bons marchés** présente une opportunité qui est plus qu'à notre portée puisque nous faisons moins bien que de nombreux pays en termes de volume général, d'utilisation de génériques et de biosimilaires, ainsi qu'en matière de prescriptions en DCI. En 2016, la part des médicaments génériques s'élevait à 35 % du volume total. Le pourcentage des médicaments les moins chers montait à +/- 55 %, ce qui nous place toujours en-dessous de nombreux pays voisins.

Les problèmes liés à la **polymédication et la non-adhérence au traitement** (50 % dans cas pour les malades chroniques) requièrent une attention particulière. Plus d'un quart des personnes âgées de plus de 65 ans prennent plus de 5 médicaments par jour, soulignant l'importance d'une "medication review" effectuée en concertation entre le médecin et le pharmacien.

OBJECTIFS

- Revoir les **mécanismes de gestion des spécialités pharmaceutiques** pour garantir un équilibre budgétaire. A plus long terme, développer de nouveaux modèles de financement des innovations médicales (2021).
- Augmenter l'utilisation des **médicaments considérés comme bon marché** (génériques, originaux bon marché, biosimilaires) de 10 % (2021).
- Réduire l'utilisation des **antibiotiques** conformément aux recommandations de la BAPCOC (notamment passer de 800 prescriptions / 1000 habitants vers 600 en 2020 et 400 en 2025).
- Diminuer le **nombre de patients polymédiqués** (> 5 médicaments) de 10 % (2025).
- Effectuer une **"medication review"** chez 50 % des patients hyper-polymédiqués (>9 médicaments) (2025).

ACTIONS

- **Mettre en place une concertation transversale** (industrie, médecins, organismes assureurs, pharmaciens,...) avec pour objectif de revoir les modèles de financement à plus long terme et assurer l'accessibilité de la population aux traitements innovants.
- **Revoir les mécanismes de gestion existants :**
 - Fixer un budget maximal pour certains groupes de médicaments ou certaines pathologies en intégrant les perspectives de nouveaux traitements (horizon scanning).
 - Faire évoluer le système de contrats avec l'industrie pharmaceutique (meilleure transparence sur les données cliniques, mécanisme d'évaluation par une instance indépendante,...).
 - Stimuler la collaboration entre états européens (horizon scanning, registres, échange d'informations, négociation de prix,...).
 - Mettre en place un système d'horizon scanning afin d'avoir une vue sur les perspectives de nouveaux traitements et anticiper les considérations budgétaires.
- **Renforcer l'utilisation des médicaments bon marché :**
 - Réduire la période de 2 ans à 6 mois pour l'entrée en vigueur de la mesure 'prix plafond' qui limite le remboursement aux médicaments les moins chers.
 - Imposer la prescription en DCI pour les nouveaux traitements afin de permettre la délivrance des médicaments les moins chers.
 - Stimuler l'utilisation des biosimilaires par des incitants financiers et la fixation de quotas de prescription.
 - Supprimer le supplément à charge des patients pour les médicaments pour lesquels un générique existe.
- **Développer un ensemble de mesures ciblant les volumes et les comportements des prescripteurs :**
 - Renforcer les feedbacks vers les prestataires (volumes de prescription, respect des guidelines).
 - Prévoir des incitants financiers stimulant les bonnes pratiques de prescription (respect des guidelines et des quotas de bon marché/biosimilaires) et des mesures contraignantes vis-à-vis des outliers.
 - Veiller à l'adéquation des prescriptions pour les patients en maison de repos en encourageant la collaboration multidisciplinaire.
 - Dans les logiciels médicaux, prévoir des aides à la décision en matière de bonnes pratiques de prescription et faciliter les prescriptions en DCI.
- **Renforcer le rôle du pharmacien de référence dans l'optimisation de l'utilisation des médicaments :**
 - Mettre en place une "medication review" structurée par le pharmacien de référence pour les patients prenant plus de 9 médicaments, annuellement ou en cas de modification de l'état du patient.
 - Garantir la qualité de cette "medication review" par une formation spécifique et la définition d'un cadre structuré.
- **Développer un cadre pour l'utilisation des médicaments off-label**, notamment en pédiatrie et en oncologie pédiatrique.
- **Renforcer la collaboration entre les autorités et le secteur** pour développer des médicaments dans les domaines où il existe un besoin spécifique.

7 Prévenir et accompagner les incapacités de travail



Les dépenses liées à l'incapacité de travail ont donc littéralement explosé, atteignant 1,712 milliards d'euros pour l'incapacité primaire.

Depuis de nombreuses années, le nombre de personnes écartées temporairement ou définitivement du marché du travail pour cause d'incapacité de travail est en augmentation constante. Parmi les salariés, **le nombre d'incapacités primaires indemnisées (moins d'un 1 an) est passé de 398.000 en 2009 à 432.500 en 2017**. Sur la même période, le nombre d'invalides (plus d'un 1 an) a augmenté de plus de 50 %, passant de 245.000 à 380.000. L'augmentation est sensiblement plus forte chez les femmes (+72 %) que chez les hommes (+36 %). Cette évolution s'explique pour 1/3 par la croissance du nombre de salariés (position des babyboomers dans la pyramide des âges, réduction des possibilités d'accès au régime de prépension, activation des chômeurs,...) et pour 2/3 par l'augmentation du taux d'invalidité (troubles mentaux, problèmes locomoteurs,...). En 2017, les taux d'invalidité chez les salariés étaient de respectivement 7,68 % pour les hommes et 10,64 % pour les femmes.

En conséquence, **les dépenses liées à l'incapacité de travail ont donc littéralement explosé, atteignant 1,712 milliards d'euros pour l'incapacité primaire et 5,419 milliards d'euros pour l'invalidité en 2017***³². Alors que les dépenses liées à l'incapacité semblent sous contrôle depuis 2015, l'invalidité a connu une croissance moyenne annuelle de 7,8 % sur les 5 dernières années.

Dans ce contexte, de nombreuses initiatives ont été prises ces dernières années pour tenter d'infléchir cette tendance : **mise en place de trajets de réinsertion professionnelle, collaboration entre médecins-conseils et médecins du travail**, catégorisation des incapacités de travail pour assurer une orientation adaptée, responsabilisation des médecins traitants sur les durées d'incapacité,...

Même si la logique de ces différentes réformes est louable, force est de constater qu'elles constituent un ensemble de mesures disparates, parfois contradictoires et souvent mises en œuvre à la hâte. Il existe donc un risque réel qu'elles ne produisent pas les effets attendus. C'est pourquoi il nous paraît important de faire le bilan de ces initiatives et, le cas échéant, de faire les aménagements adéquats. Par ailleurs, la complexité et l'importance des enjeux en incapacité de travail requièrent un plan global et cohérent sur 5 ans impliquant l'ensemble des acteurs concernés : employeurs, médecins traitants, mutualités, médecins-conseils et médecins du travail.

* régime salarié

Ce plan devrait reposer sur les principes suivants :

- L'évaluation et la valorisation des **capacités restantes des personnes en incapacité de travail**.
- La concentration des efforts d'accompagnement sur les personnes pour lesquelles un plan de réintégration peut être bénéfique.
- La garantie d'un **revenu de remplacement supérieur au seuil de pauvreté**.
- La **responsabilisation accrue des employeurs** en matière de bien-être au travail et de réintégration professionnelle.
- Un **échange de données structurées** entre les médecins traitants, les médecins-conseils et les médecins du travail afin de faciliter la collaboration et diminuer la charge administrative.

OBJECTIFS

- Réduire le **taux d'invalidité** de 20 % (2025).

ACTIONS

- **Revoir la notion d'incapacité primaire et d'invalidité :**
 - Supprimer la notion d'un an distinguant l'incapacité et l'invalidité et la remplacer par la notion de capacités restantes permettant une réinsertion professionnelle. Le passage en invalidité se fera sur base de critères médicaux et uniquement lorsque la personne sera considérée comme n'ayant plus de capacités restantes. Tant que ces capacités existent, l'accompagnement relatif au trajet de réinsertion sera poursuivi.
 - Associer aux pathologies des durées d'incapacité à titre indicatif et concentrer les contrôles sur les dépassements lorsqu'il s'agit de pathologies à faible variabilité en terme de durée.
- **Responsabiliser les employeurs sur les taux d'incapacité et le développement de possibilités de réintégration.** Plusieurs actions permettraient d'encourager les employeurs à développer une politique active en faveur du bien-être au travail et de la réinsertion :
 - Mettre à charge des employeurs une partie des indemnités, au-delà du salaire garanti, si le taux d'incapacité est supérieur à la moyenne sectorielle.
 - Mettre en place des incitants financiers pour motiver les employeurs à prendre des mesures facilitant la reprise du travail.
- Intensifier les **actions de prévention du burn-out et des troubles musculo-squelettiques** au sein des entreprises, et en suivre les indicateurs dans chaque secteur.

* Voir les cas des pays comme les Pays-Bas, la Finlande,... qui ont réussi à faire baisser leurs chiffres d'incapacité.

- **Corriger certaines sources d'inégalités sociales :**
 - Relever les revenus de remplacement au-dessus du seuil de pauvreté.
 - Aligner la période de salaire garanti des ouvriers sur celle des employés dans le cadre de l'harmonisation des statuts.
 - Permettre une période de salaire garanti pour les travailleurs souffrant d'une maladie fluctuante.
- **Simplifier l'octroi des droits et le calcul des indemnités :**
 - Simplifier et automatiser le processus d'ouverture du droit aux indemnités en imposant la transmission de manière électronique des informations médicales (certificat d'incapacité électronique par le médecin traitant) et de revenus (DMFA par l'employeur).
 - Rendre obligatoire la mention du diagnostic codifié sur les certificats d'incapacité électroniques afin de simplifier l'analyse des dossiers d'incapacité de travail. Sur base des pathologies, cibler les convocations médicales et définir les orientations pour la réintégration professionnelle.
 - Simplifier les règles de calcul des indemnités pour les rendre plus compréhensibles pour les assurés sociaux (simplification de la grille des barèmes invalidité, suppression de la mesure de neutralisation des revalorisations,...).
 - Faciliter l'échange des données entre médecins traitants et médecins-conseils par un partage croisé grâce aux dossiers médicaux électroniques.
- **Mettre en place une procédure d'appel** au sein de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité pour éviter le recours abusif aux appels suspensifs via le Tribunal du Travail.

8

Assurer le bien-être des aînés



Rester à domicile en tant qu'acteur de sa propre trajectoire de vie ressort clairement comme la préférence des citoyens.

Les projections démographiques prévoient un vieillissement de la population constant qui devrait plafonner vers 2040, avec pour conséquence que le groupe des personnes de plus de 80 ans devrait doubler d'ici-là pour atteindre 10 % de la population. **Il faut donc s'attendre à ce que le nombre de personnes ayant des besoins modérés à sévères de prise en charge double dans les 20 prochaines années** (1,2 millions de personnes). Ceci qui soulève de nombreuses questions sur notre capacité à gérer les problèmes de pertes d'autonomie.

Le nombre total de lits de maisons de repos nécessaires à l'horizon 2025 est estimé entre 149.000 et 177.000 lits, soit une augmentation annuelle de 1.600 à 3.500 lits selon les scénarios, bien au-delà du rythme actuel de nouveaux lits. Et on estime que la demande sera plus forte encore dès 2025³³. **Le recours aux solutions résidentielles se fait de plus en plus tard. Jusqu'à 80 ans, la plupart des seniors (96 %) restent très indépendants** et font peu appel aux aides disponibles. Le besoin d'aide augmente à partir de 80 ans où 15 % des personnes de 80-89 ans vivent en maison de repos et 10 % bénéficient d'une aide à domicile. Après 90 ans, 38 % des personnes vivent en maison de repos et 15 % reçoivent une aide à domicile. Mais même à cet âge, 46 % des personnes continuent à vivre chez elles sans recourir aux services formels d'aides disponibles.

Rester à domicile en tant qu'acteur de sa propre trajectoire de vie ressort clairement comme la préférence des citoyens. **L'institutionnalisation doit donc être réservée pour les cas de dépendance lourde, en privilégiant en parallèle les solutions qui facilitent l'autonomie à domicile.**

Dans la majeure partie des cas, le maintien à domicile est rendu possible par les aidants proches dont le nombre est estimé entre 10 et 30 % de la population, selon les sources. Plusieurs études font état de trois besoins principaux des aidants proches. Premièrement, le besoin d'information concernant la santé de la personne aidée, mais également des informations pratiques sur les aides et services existants et sur ses droits. Deuxièmement, la possibilité de faire appel à des services professionnels et de répit (ce besoin augmentant en fonction du degré de dépendance de la personne aidée). Et troisièmement, le besoin de la reconnaissance du statut donnant accès à des compensations financières ou des déductibilités fiscales³⁴. Depuis 2014, ils sont reconnus selon des critères fixés par une loi fédérale mais ce statut ne confère aucun avantage particulier à ce stade.

Afin d'offrir aux personnes âgées un système flexible et progressif favorisant le maintien à domicile, **des solutions doivent être développées**, en quantité et en qualité suffisante, pour répondre à l'évolution des besoins et du degré de dépendance :

- Accompagnement des aidants proches.
- Encadrement et soins à domicile.
- Solutions de télémédecine/télémonitoring.
- Solutions de répit.
- Accueils de nuit ou de jour.
- Résidences services.
- Maisons de repos et de soins.

Afin de garantir l'accessibilité financière, **les solutions régionales d'assurance dépendance doivent être conçues pour soutenir financièrement les personnes en perte d'autonomie** en leur octroyant un 'budget' déterminé **en fonction de leur degré de dépendance**. Il est essentiel de leur laisser le libre choix, avec le soutien et les conseils éventuels des services sociaux et des structures d'accompagnement, quant à l'affectation de ce budget (aide journalière, soutien aux aidants proches, aménagement du domicile, transport, prêt de matériel sanitaire, biotélévigilance, logement,...) afin de répondre au mieux à leurs besoins et à leurs préférences de vie.

OBJECTIFS

- Diminuer de 10 % le **taux d'occupation actuel des personnes à faible dépendance** en maisons de repos en proposant des alternatives (2025).
- Au moins 80 % des **aidants proches** obtiennent leur statut et les droits qui y sont associés (2025).
- Reconnaître et soutenir les services d'ergothérapie œuvrant dans l'**aménagement du domicile** (2025).

ACTIONS

- Mettre en place les **mécanismes permettant d'estimer régulièrement les perspectives et les besoins en matière de dépendance** (nombre de personnes, type de dépendance, degré de dépendance, répartition géographique,...) afin d'identifier les écarts avec les solutions existantes et d'alimenter une politique prospective sur un horizon de 10 à 20 ans.

- **Encourager les soins informels en renforçant le statut et l'accompagnement de l'aidant proche :**
 - Assimiler les périodes d'interruption de carrière pour le calcul de la pension.
 - Prévoir une allocation directe pour les aidants proches ou via les systèmes d'assurance dépendance mis en place par les régions.
 - Permettre des congés spécifiques pour les tâches d'assistance.
 - Prévoir une réduction fiscale et/ou du précompte immobilier pour les aidants cohabitants.
 - Développer l'accompagnement administratif et psycho-social des aidants proches.
 - Développer et financer les solutions de court répit et de garde à domicile.
- Par l'intermédiaire des services sociaux, proposer systématiquement un **plan d'accompagnement pour les personnes âgées fragilisées** afin de les orienter vers les solutions intégrant leurs besoins et leur projet de vie.
- Via les réseaux de santé sécurisés, partager avec les professionnels des soins et de l'aide un **résumé de la situation globale du patient** (déficiences, aides formelles et informelles,...) et le plan d'accompagnement (évaluation, suivi, accompagnement).
- Favoriser le développement et le déploiement de **solutions de communication et de télémonitoring simples** d'utilisation et abordables.
- **Rendre l'habitat groupé (mono ou intergénérationnel) attractif fiscalement :**
 - Instaurer la possibilité d'une déduction fiscale des personnes physiques qui cohabitent avec un proche de plus de 75 ans.
 - Dans le cas d'habitat groupé sous forme d'habitation "unifamiliale", mettre fin à l'impact du statut de cohabitant sur les revenus et les droits sociaux des habitants.
- Mettre en place un plan structuré, assorti d'indicateurs, assurant **la qualité des services et le bien-être des résidents** dans toutes les institutions.

9

S'inscrire dans l'eSanté 3.0

Le modèle de prise en charge des soins de santé est en perpétuel mouvement. Il connaît actuellement l'évolution la plus importante des dernières décennies faisant dire à certains que nous connaissons une réelle révolution en termes de digitalisation. Le plan e-Santé 2013-2018, réactualisé en 2015, offre d'énormes opportunités en termes de simplification et de digitalisation et doit être poursuivi dans les prochaines années. Standardiser, coder, harmoniser et intégrer au maximum les systèmes utiles pour la transmission digitale des données est une des clés majeures.

Même si les avancées sont réelles et tangibles, la mise en pratique reste frileuse et l'adoption trop lente. Or **le potentiel de l'e-santé est immense et porteur de valeur ajoutée et d'économies** : utilisation optimale des ressources en partageant les données médicales structurées et en évitant les examens redondants, amélioration de la disponibilité et de la qualité des données, paiements plus rapides pour les patients et les prestataires, lutte contre la fraude sociale en s'assurant de la matérialité des prestations, réduction de la charge administrative pour tous les acteurs,...



Ces projets doivent enfin être soutenus par une gouvernance forte et concertée entre l'ensemble des partenaires.

Avant de lancer de nouvelles initiatives, il est primordial de **mener à terme les projets existants et de les déployer entièrement, afin d'éviter aux différents acteurs de devoir maintenir de multiples systèmes coûteux.**

Les projets à finaliser et déployer en priorité sont :

- La **facturation électronique** des prestations ambulatoires et la suppression des attestations de soins associées.
- La demande, le suivi et la consultation électroniques des **accords médecins-conseils**.
- La **prescription électronique**.
- Le **certificat électronique**.
- Le **dossier médical partagé** et les échanges de données médicales structurées.

Pour assurer la réussite des projets existants et à venir, il est essentiel également de tirer les leçons des succès et des échecs des projets de digitalisation menés jusqu'à présent. Ainsi, nous devons intensifier les efforts pour assurer l'adhésion des différents acteurs à ces transformations. Cette adhésion passe nécessairement par des actions de sensibilisation, de formation, de retour d'expérience formalisé de la part des utilisateurs. **Elle impose également que les initiatives e-santé recueillent la confiance des prestataires, ce qui exige une sécurité juridique indiscutable et une disponibilité absolue des services.** Ces projets doivent enfin être soutenus par une gouvernance forte et concertée dans une approche de projet de type 360° avec l'ensemble des partenaires (les prestataires de soins, les mutualités, les pouvoirs publics et les firmes de logiciels).

Vu la diversité des solutions actuellement mises sur le marché (applications, objets connectés, programmes d'accompagnement, outils de diagnostic,...), les efforts visant à labelliser ces solutions devront être concrétisés afin de s'assurer qu'elles correspondent bien aux besoins de santé et aux normes de qualité et de sécurité. **Par ailleurs, il faut continuer à réfléchir à la reconnaissance des téléconsultations et de la télémédecine** afin de pouvoir assurer le suivi à distance de certaines pathologies et de certains paramètres, à l'instar de ce qui a été mis en place en Angleterre, aux Pays-Bas ou en France.

L'exploitation des données, et en particulier le couplage de données provenant de différents environnements, n'est encore qu'à ses prémices. Ici encore, les initiatives visant à lever les obstacles aux projets Big Data doivent être poursuivis, afin de **pouvoir confirmer le potentiel des données dans les domaines de la prédiction du risque, de la précision du diagnostic, de l'orientation thérapeutique et de la réduction des coûts.**

OBJECTIFS

- Digitaliser 80 % des **documents médico-administratifs** (factures, attestations de soins, demandes d'accord, prescriptions et certificats médicaux) d'ici 2022 et 100 % d'ici 2025.
- 80 % des médecins généralistes disposent d'un **DMI** (Dossier Médical Informatisé), tiennent à jour le **Sumehr** de leurs patients et disposent de toutes les informations médicales d'ici 2020. 100 % d'ici 2022.
- 100 % des hôpitaux, institutions psychiatriques et laboratoires publient leurs **documents via les HUB's** d'ici 2020.

ACTIONS

- Faciliter **l'accès des citoyens à leurs propres informations médicales**, en veillant à assurer la lisibilité des informations et permettre aux utilisateurs d'y introduire eux-mêmes des informations les concernant (choix de vie, préférences, aidants proches,...).
- Déployer complètement les **projets d'informatisation** existants en imposant leur utilisation au plus tard 2 ans après leur lancement.
- Mettre en œuvre les **projets de digitalisation dans une optique 360°** intégrant tous les aspects nécessaires à leur bonne réussite (IT, communication, formation, aspects juridiques et fiscaux, réglementation, protocoles d'accords, incitants,...).
- Améliorer le **support aux prestataires et recueillir leur feedback** en fournissant un point de contact unique, une centralisation des informations pertinentes sur un portail unique et un système de helpdesk dont la première ligne devrait se trouver au niveau des fournisseurs de logiciels.
- Mettre en place une **plateforme de concertation spécifique** regroupant tous les acteurs concernés (autorités, prestataires, organismes assureurs, fournisseurs de softwares) afin de définir en commun les objectifs, le planning, les communications et les incitants liés aux projets d'informatisation des soins de santé.
- Formaliser la **labellisation et le remboursement des applications santé** via le projet 'mobile health'.
- Déployer le **projet 'Data for better health'** visant à décloisonner les données dans le cadre de certains projets.
- Définir un cadre (types de consultations, modalités réglementaires et techniques,...) pour les **téléconsultations des médecins-conseils** d'ici 2020.
- Définir un cadre (types de consultations, modalités réglementaires et techniques,...) et un mécanisme de **remboursement pour les téléconsultations** des médecins traitants d'ici 2021.

10

Réduire l'impact de l'environnement sur la santé

En quelques décennies, notre modèle de société a bouleversé l'environnement avec des impacts sur le climat, la qualité de l'air, les forêts, les mers et les cours d'eau. Nos méthodes de culture, d'élevage et de production, conjuguées à nos habitudes de consommation et de mobilité sont au cœur de ce bouleversement. Tous ces éléments sont à l'origine d'une **épidémie silencieuse d'allergies respiratoires, alimentaires ou cutanées**. En Europe, tandis qu'on estime que 2 à 3 % de la population souffrait d'allergies début des années 70, elles touchent aujourd'hui près de 30 % de la population. En matière de cancer, certaines études estiment que les facteurs environnementaux sont à l'origine de 5 à 10 % des cancers alors que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avance le chiffre de 19 %. Vu les impacts à long terme des perturbations environnementales, on peut comprendre que ces chiffres puissent varier de manière significative.

En ce qui concerne la pollution de l'air, on estime que **les Belges vivent en moyenne 9 mois de moins en raison de leur exposition aux particules fines**. En Belgique, Bruxelles est l'endroit le moins sain pour vivre, habiter et travailler : la pollution de l'air y dépasse de 80 % la norme de l'OMS, laquelle considère que la pollution atmosphérique cause **un nombre important de décès prématurés parmi les adultes à cause des maladies cardiaques (24 %), maladies pulmonaires obstructives chroniques (43 %) et cancers du poumon (29 %)**³⁵.

Les produits chimiques perturbant le système endocrinien, dits **perturbateurs endocriniens**, ont également un impact sur la santé. Ils se trouvent un peu partout : produits de soin, plastiques, produits d'entretien, revêtements de sols, conserves, tickets de caisse, CD, emballages, pesticides, textiles,... En moyenne, **on considère que chaque enfant né dans nos régions a été exposé à plus de cent perturbateurs endocriniens**. Parmi les effets déjà recensés, on peut citer la baisse de la fertilité et l'augmentation du risque de certaines maladies comme le cancer et le diabète. On suspecte également les perturbateurs endocriniens de multiplier le risque de contracter la maladie d'Alzheimer et de Parkinson. De plus, il semble que l'exposition à ces produits soit plus nocive si elle est prolongée ou si elle a lieu à certaines périodes de vie : développement du fœtus, l'enfance ou adolescence. Les pouvoirs politiques ne sont pas fortement sensibilisés à cette problématique car de nombreuses nocivités spécifiques restent sans réponses et les effets néfastes sont généralement visibles après plusieurs années³⁶.

Le lien entre l'environnement et la santé doit donc constituer une priorité pour notre société afin d'éviter de devoir soigner, demain, des maladies que nous aurons nous-même créées. Même si les défis environnementaux doivent faire l'objet d'une collaboration internationale, commençons par mettre en place, à notre niveau, une coopération transversale entre compétences fédérales et régionales permettant de réduire les risques majeurs ayant un impact sur la santé.

OBJECTIFS

- Réduire de 50 % la mortalité prématurée due à la **pollution atmosphérique** (2040).
- Mettre en place un **plan de biosurveillance fédéral** visant à mesurer l'impact des substances dangereuses sur la santé (2020).

ACTIONS

- **Evaluer l'impact des initiatives législatives majeures sur la santé.**
- **En matière de pollution atmosphérique :**
 - Diminuer la norme pour les particules fines à 10 microgrammes par mètre cube et par an pour l'aligner sur la recommandation de l'OMS. Aujourd'hui, la valeur limite en vigueur dans l'UE est de 25 microgrammes.
 - Etant donné son impact sur l'espérance de vie, diminuer le taux d'oxyde d'azote surtout associés aux gaz d'échappement. A cet effet, soutenir les villes et communes à prendre des initiatives telles que "Healthy cities" (p. ex. Copenhague et Stockholm) : quartiers zéro trafic, espaces verts publics en suffisance et transports publics efficaces.
 - Promouvoir des politiques plus volontaristes au niveau européen en matière de pollution atmosphérique.
- **En matière de perturbateurs endocriniens :**
 - Sensibiliser la population sur les risques liés aux perturbateurs endocriniens et prendre des mesures préventives.
 - Prendre les mesures visant à interdire certains produits contenant des perturbateurs endocriniens, au moins ceux en contact avec des populations vulnérables telles que les enfants jusqu'à 3 ans, les femmes enceintes et les adolescents.
 - Réduire l'utilisation des pesticides et augmenter les zones tampons entre les champs et les habitations.
 - Soutenir la recherche scientifique et les études permettant de combler les lacunes sur l'impact sur la santé des substances issues de la chimie de synthèse.
 - Soutenir, au niveau européen, les futures propositions visant à interdire les produits chimiques nocifs et les perturbateurs endocriniens dans les pesticides et autres produits (notamment le glyphosate).



6

Conditions périphériques et nécessaires

Afin de réaliser ces objectifs de santé, un certain nombre de conditions périphériques doivent être rencontrées. Elles représentent des **facteurs de succès essentiels pour créer un environnement propice à une politique de santé efficiente et répondant aux aspirations des citoyens.**

UNE COLLABORATION EFFICACE ENTRE NIVEAUX DE POUVOIR

La fragmentation des compétences entre le niveau fédéral et régional issue de la 6^{ème} Réforme de l'Etat résulte de facto dans la co-gestion de nombreuses matières santé. Ceci impose de revoir les mécanismes de coordination et de collaboration entre niveaux de pouvoir. **Il est aussi recommandé qu'un alignement soit opéré en termes de vision et d'objectifs de santé auxquels chaque niveau de pouvoir pourra contribuer** en fonction de leviers d'action et de ses propres priorités. Bien qu'il existe déjà une concertation au sein de la Conférence Interministérielle Santé, elle est insuffisante pour répondre aux enjeux du secteur de la santé, trop centrée sur les prérogatives politiques de chaque acteur et pas assez sur la valeur ajoutée d'une collaboration.



Les mécanismes de financement doivent soutenir les objectifs poursuivis, et non être la source de déséquilibres et de comportements contreproductifs.

DES MÉCANISMES FINANCIERS EN COHÉRENCE AVEC LA POLITIQUE DE SANTÉ

Les mécanismes de financement et de remboursement, comme tout incitant financier de manière générale, ont des impacts non négligeables sur le comportement des différents acteurs, qu'il s'agisse des patients, des prestataires, des institutions ou des organismes assureurs. Il est donc essentiel qu'ils agissent en soutien des objectifs poursuivis, et qu'à l'inverse, ils ne soient pas la source de déséquilibres et de comportements contreproductifs. C'est pourquoi **un bon équilibre doit être trouvé entre le financement à l'acte, encourageant la productivité, et le financement forfaitaire, encourageant la responsabilité financière et permettant de valoriser d'autres éléments que la seule prestation** (collaboration, continuité des soins, prévention,...). Qu'il s'agisse de financements à l'acte ou forfaitaire, ils doivent être établis à leur juste valeur, de manière objective, afin de couvrir les prix de revient réels et les différentes dimensions de l'acte médical (risque, expérience, compétences, conditions d'exercice,...). De manière générale, si nous voulons encourager les différents acteurs à s'inscrire dans une démarche de qualité ou à prendre des initiatives qui participent aux objectifs de santé, il est nécessaire de prévoir le cadre incitatif adéquat.



Il serait utile de mener une réflexion pour reconfigurer les instances existantes à même de guider une politique prospective sur base de macro-objectifs de santé.

UN ÉCHANGE DE DONNÉES MÉDICALES À GRANDE ÉCHELLE

Ceci est essentiel autant pour le prestataire de santé que pour le citoyen. L'efficacité et la qualité des soins peuvent être optimisées par un partage de données approprié entre les différents prestataires de soins de santé et les institutions de soins. **Cela est nécessaire, par exemple, pour soutenir les soins intégrés et la continuité des soins.** Aujourd'hui, le citoyen participe aussi activement à son trajet de santé, notamment en consultant ses données médicales via son PHR (Personal Health Record). Avec son consentement éclairé, il peut donner accès à ses données médicales à certains prestataires. **Cette évolution doit être davantage soutenue en encourageant les citoyens par le biais de campagnes promotionnelles sur le partage de données** (consentement éclairé) et à améliorer la convivialité pour le citoyen dans les différentes initiatives digitales.

UNE EXPLOITATION OPTIMALE DES DONNÉES DISPONIBLES

Nous avons accès à une multitude de données : bases de données administratives, données relatives à la santé, données cliniques, "open data", etc. **Le traitement, la liaison et l'analyse des différentes données ouvrent des possibilités d'amélioration de la politique de santé** (par exemple: détection des besoins médicaux, qualité des soins, etc.) **et de soutien de l'innovation** (HTA, analyse prédictive, ...). De cette manière, les données constituent également une base pour une mesure zéro, le suivi et l'ajustement d'objectifs de santé. Cette politique de divulgation des données a été déployée avec la mise en œuvre du site fair.healthdata.be. Cet instrument doit encore évoluer et faire l'objet d'un suivi afin d'utiliser les données de manière optimale pour une politique cohérente. Il va aussi sans dire que **l'accès aux données doit être encadré d'une politique stricte de confidentialité et de sécurité.** En tant qu'organismes assureurs, les mutualités ne disposent que de données administratives. Afin de remplir au mieux notre rôle en tant que mutualité au sein de la politique (contrôle, analyses d'appui aux politiques, objectifs de santé, suivi, etc.), il est nécessaire de nous donner accès aux registres de données diagnostiques / cliniques et pathologiques.

UNE GOUVERNANCE AGILE CENTRÉE SUR LES PRIORITÉS

Les mécanismes de concertation et de décision sont pour le moins complexes, éclatés entre de nombreuses instances et plusieurs niveaux de pouvoir. La complexité des matières, le nombre important de professions de santé et notre culture de la concertation requièrent sans aucun doute un écosystème de cette nature. Par contre, **cet environnement encourage une dilution des responsabilités, un manque de focus et un fonctionnement en silos. Il constitue un frein pour fonctionner de manière agile** et pour réaliser les arbitrages qui découlent de l'évolution des besoins, de la pratique médicale ou des impératifs budgétaires. Tant dans le domaine des soins de santé que des indemnités, il serait utile de mener une réflexion pour reconfigurer les instances existantes (ou en créer de nouvelles) et de les rendre à même de guider une politique prospective sur base de macro-objectifs de santé.

UNE ANALYSE DES IMPACTS DES NOUVELLES LÉGISLATIONS SUR LA SANTÉ

Le concept de “Health in All Policies” (HiAP) part du principe que de nombreux éléments (non médicaux) influencent notre santé. **L'éducation, le travail, les facteurs environnementaux, les habitudes alimentaires, l'accès à une alimentation saine, par exemple, sont des déterminants qui peuvent affecter notre santé de manière positive ou négative.** Afin d'améliorer la santé publique et de réduire les inégalités de santé, les principales décisions politiques en dehors du secteur de la santé devraient, dans l'idéal, prendre systématiquement en compte les effets des décisions politiques sur la santé.



7

Bibliographie

1. Health at a Glance: Europe 2018, State of Health in the EU Cycle, OECD/European Union 2018.
2. Etude Mutualités Libres, “Envol du coût des maladies chroniques”, 2016.
3. Bureau du plan, CONSEIL SUPERIEUR DES FINANCES-Comité d'étude pour le vieillissement, rapport annuel, juillet 2017.
4. Vlerick Policy Paper Series, Walter Van Dyck, Jacques De Grève, Rik Schots, Ahmad Awada, Tine Geldof, “The Future of Access to Innovative Medicines in Cancer Therapy: Towards Conditional Dialogue Fostering Affordable Therapeutic Innovation”, September 2016.
5. Enquêtes citoyen :
 - Mutualités Libres, Etude “Plus de 7 belges sur 10 veulent que les autorités s’impliquent dans leur santé”, 2017.
 - Mark Elchardus & Petrus te Braak, “Vos soins de santé Votre avis compte ! Enquête réalisée pour le compte de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI) à l’occasion de son cinquantième anniversaire”, rapport final, INAMI, 2016.
 - Peter Raeymaekers, “Les orientations des citoyens pour rembourser les soins de santé”, D/2893/2015/16, KBS, 2015.
6. Conférence interministérielle pour le développement durable, Stratégie nationale de développement durable, 2016.
7. Bureau fédéral du Plan, “Concrétiser les objectifs mondiaux de développement durable”, Rapport fédéral sur le développement durable, Décembre 2017.
8. Arrêté royal portant fixation de la vision stratégique fédérale à long terme de développement durable, 18 Juillet 2013.

Chambre des représentants de Belgique, note de politique général - soins de santé, DOC 54 0588/007, novembre 2014.
9. Agenschap Zorg & Gezondheid, Gezondheidsdoelstellingen, Vlaanderen.
10. Gouvernement Wallon, Plan wallon de prévention et de promotion, “Ensemble pour une vie de qualité en Wallonie, 2018.
11. Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l’exclusion sociale, Des faits et des chiffres, 2015.
12. C. Maertens de Noordhout, H. Van Oyen, N. Speybroeck and B. Devleeschauwer, “Changes in health in Belgium, 1990–2016: a benchmarking analysis based on the global burden of disease 2016 study”, Research Article, BMC Public Health, 2018.

13. World Health Organization, Non communicable Diseases (NCD), country Profiles, Belgium, 2014.
14. World Health Organization, Global statu report on non communicable diseases, 2014.
15. Commission Européenne, State of Health in the EU: Belgium Profil de santé par pays 2017.
16. Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W., & Annemans, L. (2016). The social cost of legal and illegal drugs in Belgium. Antwerpen: Maklu.
17. World Health Organization, "The case for investing in public health", Public Health summary report for EPHO8, 2014.
18. Vancorenland S., Avalosse, H. et. al, "Les compétences en santé des Belges cartographiées ", MC-Informatieon 258, 2014, 47-54.
19. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. "La performance du système de santé Belge – Rapport 2015". Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02.
20. Mutualités Libres, Sondage "La qualité de la communication entre médecins généralistes et patients", 2016.
21. Country Health Profiles 2017, OECD.
22. Cindy Brach, Debra Keller, Lyla M. Hernandez, Cynthia Baur, Ruth Parker, Benard Dreyer, Paul Schyve, Andrew J. Lemerise, and Dean Schillinger, "Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations", June 2012.
23. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. "Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité – Synthèse". Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 289Bs. D/2017/10.273/43.
24. Livre mauve de la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS), 2018.
25. Livre mauve de la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS), 2018.
26. Gisle L. Santé mentale. Dans : Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

27. Dawson RS. "Depression in Children and Adolescents: The Pediatrician at the Front Lines". *Pediatr Ann.* 2018 Jul 1; 47(7):e261-e265.
28. Clark DM, "Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience", *Int Rev Psychiatry.* 2011 Aug; 23(4):318-27.
29. Brandon A, Gaudiano, Ivan W. Miller, "The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that lie ahead", *Clinical Psychology Review*, Volume 33, Issue 7, November 2013, Pages 813-824 - R. Kathryn McHugh, Ph.D.,^{1,2} Sarah W. Whitton, Ph.D.,³ Andrew D. Peckham, B.A.,⁴ Jeffrey A. Welge, Ph.D.,⁵ and Michael W. Otto, Ph.D.⁶, Patient Preference for Psychological vs. Pharmacological Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review, *J Clin Psychiatry.* 2013 Jun; 74(6): 595-602.
30. Helen-Maria Vasiliadis and Anne Dezetter, "Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre", *Volume 40, Issue 4, Hiver, 2015, p. 101-118.*
31. Vlerick Policy Paper Series, Walter Van Dyck, Jacques De Grève, Rik Schots, Ahmad Awada, Tine Geldof, "The Future of Access to Innovative Medicines in Cancer Therapy: Towards Conditional Dialogue Fostering Affordable Therapeutic Innovation", September 2016.
32. Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers, "Maandelijkse opvolging van het budget 2018 en opvolging van de arbeidsongeschiktheidsdossiers", *Nota BU 2018/66, November 2018.*
33. Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van de Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S. "Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011 – 2025 – Synthèse". Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE. Reports 167B. D/2011/10.273/66.
34. Anthierens S, Willemse E, Remmen R, Schmitz O, Macq J, Declercq A, Arnaut C, Forest M, Denis A, Vinck I, Defourny N, Farfan-Portet MI. "Mesures de soutien aux aidants proches – une analyse exploratoire – Synthèse". Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 223Bs. D/2014/10.273/38.
35. World Health Organization, "9 out of 10 people worldwide breathe polluted air, but more countries are taking action", *News Release, Mai 2018.*
36. Rapport du sénat : Rapport d'information concernant la nécessaire collaboration entre l'autorité fédérale, les Communautés et les Régions en ce qui concerne la prévention et l'élimination de perturbateurs endocriniens présents dans les produits de consommation, en vue de promouvoir la santé publique, S. 6-303, 23/3/2018.

Notes

A series of 20 horizontal dotted lines for taking notes.



route de Lennik 788A
1070 Bruxelles - Belgique
T 02 778 92 11

Suivez-vous sur Twitter 
@MutLibres

Découvrez nos autres propositions sur www.mloz.be/fr/elections2019

© Mutualités Libres / Bruxelles, mars 2019
N° d'entreprise : 411.766.483

Les Mutualités Libres regroupent :

