

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

BUITENGEWONE ZITTING 2024

23 augustus 2024

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**met betrekking tot de atherosclerotische
hart- en vaatziekten (ASCVD's)**

(ingediend door mevrouw Nathalie Muylle en
de heer Daniël Bacquelaine)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

SESSION EXTRAORDINAIRE 2024

23 août 2024

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative aux maladies cardiovasculaires
athérosclérotiques (ASCVD)**

(déposée par Mme Nathalie Muylle et
M. Daniël Bacquelaine)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering van de publicaties:	
DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigegekleurig papier)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel neemt, met een aantal aanpassingen, de tekst over van voorstel DOC 55 3511/001.

1. Cardiovasculaire ziekten: de eerste doodsoorzaak ter wereld

Cardiovasculaire ziekten (CVD's – *cardiovascular diseases*) vormen de eerste doodsoorzaak ter wereld, met ruim een derde van alle overlijdens.¹ Volgens Statbel ontsnapt ook België daar niet aan, aangezien de cardiovasculaire ziekten samen met kanker op de eerste plaats staan.²

Kanker en cardiovasculaire ziekten alleen al veroorzaken 25 % van alle overlijdens in België.³ Bovendien zijn de cardiovasculaire ziekten zowel bij mannen als bij vrouwen de tweede oorzaak van vroegtijdig overlijden in ons land.⁴ Bijgevolg denkt men dat ruim 1 miljoen Belgen aan een cardiovasculaire ziekte lijdt en dat die ziekte alleen al in 2019 27.297 overlijdens teweeg heeft gebracht.⁵ Die ziekten vertegenwoordigen aldus 11,6 % van de totale ziektelast in België.⁶

Atherosclerose (atherosclerotische hart- en vaatziekte, ASCVD) is de meest voorkomende onderliggende oorzaak van hart- en vaatziekten. Naar schatting maken de ASCVD's 85 % uit van alle hart- en vaatziekten, zowel qua prevalentie als qua overlijdens.⁷ Bijgevolg was 21,3 % van de totale ziektelast in 2019 te wijten aan ASCVD's. Ondanks deze verbluffende cijfers wordt er weinig aandacht aan geschonken.

¹ WHO, [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) WHO, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

² Statbel, <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-12>

³ Statbel, <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-12>

⁴ www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/sterfte-en-doodsoorzaken/vroegtijdige-sterfte-naar-doodsoorzaak

⁵ <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-12>, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Causes_of_death_%E2%80%93%93_diseases_of_the_circulatory_system_residents_2019_Health2022.png

⁶ WHO, Statbel, Van de Borne et al. (2022), https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/22112021_voorkomen_van_ziektebeelden_nl.pdf

⁷ I. Maes en S. Rey, *The status of atherosclerotic cardiovascular disease in Belgium*, oktober 2022, Inovigate, (22) 5.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition reprend, en l'adaptant, le texte de la proposition DOC 55 3511/001.

1. La maladie cardiovasculaire, première cause de décès dans le monde

Les maladies cardiovasculaires (CVDs – *cardiovascular diseases*) représentent la première cause de décès dans le monde¹, provoquant plus d'un tiers de ceux-ci. Selon Statbel², la situation en Belgique n'échappe pas à cette observation puisqu'avec le cancer, les maladies cardiovasculaires occupent également cette première place.

En effet, les cancers et les maladies cardiovasculaires représentent 25 % de tous les décès en Belgique³. De surcroît, tant chez les hommes que chez les femmes, les maladies cardiovasculaires sont la deuxième cause de décès prématuré en Belgique⁴. Par conséquent, l'on estime, d'une part, que plus d'un million de Belges souffrent de maladies cardiovasculaires et, d'autre part, qu'elles ont causé, pour l'année 2019, 27.297 décès⁵. Les maladies cardiovasculaires représentent de cette manière, 11,6 % de la charge totale de morbidité en Belgique⁶.

L'athérosclérose (maladie cardiovasculaire athérosclérotique, ASCVD) est la cause sous-jacente la plus courante des maladies cardiovasculaires. On estime que les ASCVD représentent 85 % de toutes les maladies cardiovasculaires, tant pour ce qui est de la prévalence que de la mortalité⁷. Par conséquent, 21,3 % de tous les décès survenus en 2019 étaient dus à l'ASCVD. Malgré ces chiffres stupéfiants, on accorde malheureusement peu d'attention à l'ASCVD.

¹ WHO, [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) WHO, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

² Statbel, <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-12>

³ Statbel, <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-12>

⁴ www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/sterfte-en-doodsoorzaken/vroegtijdige-sterfte-naar-doodsoorzaak

⁵ <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-12>, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Causes_of_death_%E2%80%93%93_diseases_of_the_circulatory_system_residents_2019_Health2022.png

⁶ WHO, Statbel, Van de Borne et al. (2022) https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/22112021_voorkomen_van_ziektebeelden_nl.pdf

⁷ I. Maes et S. Rey, "The status of atherosclerotic cardiovascular disease in Belgium", octobre 2022, Inovigate, (22) 5.

In 2019 was bijvoorbeeld 26,7 % van de overlijdens bij vrouwen te wijten aan cardiovasculaire ziekten, tegenover slechts 7,4 % voor borstkanker. Daarom is het nuttig op te merken dat er in België weliswaar meerdere plannen en bronnen ter beschikking zijn om borstkanker tegen te gaan, vooral inzake opsporing en behandeling, maar dat dit niet zo is voor de ASCVD's. In tegenstelling tot sommige kankers kunnen de ASCVD's echter worden voorkomen en gecontroleerd, mits de preventie op tijd wordt gestart.

Hoewel de cardiovasculaire ziekten te voorkomen en behandelbaar zijn, wegen ze zwaar op de patiënten, de zorgverstrekkers en de samenleving. Ze behoren tot de hoofdoorzaken van invaliditeit in de Westerse wereld.⁸ Als we nu niet ingrijpen, zou er binnen 20 à 30 jaar een epidemie kunnen ontstaan die de sociale zekerheid stukken meer zal kosten en die aanzienlijke ongewenste gevolgen zal hebben voor de hele samenleving.

Om die redenen vinden de indieners van dit voorstel van resolutie het belangrijk om een nationaal actieplan ter bestrijding van de atherosclerotische hart- en vaatziekten te ontwikkelen.

2. Wat zijn ASCVD's?

Atherosclerose (ook slagaderverkalking genoemd) is een chronisch proces waarbij de aderwand verdikt door verkalking. Bij de geboorte is de binnenkant van de aders glad. Met een gladde interne laag is er weinig kans dat een of andere stof aan de wand kan blijven plakken. Doorheen de jaren kan die interne aderlaag echter beschadigd raken. In dat geval kunnen witte bloedcellen en vetstoffen, zoals cholesterol, zich eraan vastmaken. Die stapelen zich op in de aderwand, waardoor die almaar dikker wordt – wat plaque wordt genoemd. Die plaquevorming kan de aders vernauwen en de bloedsdoorstroming naar de organen en weefsels belemmeren. Plaque kan ook atherotrombose veroorzaken, namelijk een bloedklonter in de ader door een scheurtje in de atheroomplaat (plaque), wat op zijn beurt kan leiden tot een acute situatie. Aangezien het in alle aders kan voorkomen, is atherosclerose een systemische ziekte.

⁸ www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/tableaux-de-bord-de-la-sante-/2017-gi-invaliditeit-brussel.pdf, blz. 7.

Pour donner un exemple, en 2019, 26,7 % des décès chez les femmes étaient dus à des maladies cardiovasculaires, alors que 7,4 % des décès les concernant provenaient d'un cancer du sein. À cet égard, il est utile de noter que plusieurs plans et ressources sont disponibles pour lutter contre le cancer du sein, notamment en matière de dépistage et de traitement, alors qu'en Belgique, ce n'est pas le cas pour les ASCVD. Cependant, contrairement à certains cancers, les ASCVD peuvent être prévenues et contrôlées si la prévention est entamée à temps.

Ainsi, bien que les maladies cardiovasculaires puissent être prévenues et traitées, elles représentent une lourde charge pour les patients, les prestataires de soins et la société. Il s'agit également de l'une des principales causes d'invalidité dans le monde occidental⁸. Si nous ne nous intéressons pas à cette problématique maintenant, d'ici 20 à 30 ans, une épidémie pourrait voir le jour, entraînant des coûts très sensiblement majorés à charge de la sécurité sociale et des effets importants indésirables pour l'ensemble de notre société.

Raisons pour lesquelles, les auteurs de la présente proposition de résolution estiment qu'il est nécessaire de développer un plan d'action national de lutte contre les maladies cardiovasculaires athérosclérotiques.

2. Description de l'ASCVD

L'athérosclérose (également appelée artériosclérose) est un processus chronique au cours duquel la paroi des artères s'épaissit en raison de la calcification. À la naissance, la paroi intérieure des artères est lisse. Avec une couche interne lisse, il y a peu de chances qu'une substance, de quelque nature qu'elle soit, puisse adhérer à la paroi. Au fil des années, cependant, cette couche interne des artères peut s'endommager. Dans ce cas, des globules blancs et des substances grasses, telles que le cholestérol, peuvent la traverser. Ils s'accumulent dans la paroi du vaisseau, provoquant un épaississement de plus en plus important de la paroi de ce vaisseau, également appelé plaque. Cette formation de plaque peut entraîner un rétrécissement des artères et causer des problèmes de circulation sanguine vers les organes et les tissus. Cette formation peut également entraîner une athérotrombose, c'est-à-dire la formation d'un caillot de sang dans l'artère en raison de la rupture de la plaque d'athérome, ce qui peut conduire, à terme, à une situation aiguë. Pouvant par ailleurs toucher toutes les artères, l'athérosclérose constitue dès lors une maladie systémique.

⁸ www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/tableaux-de-bord-de-la-sante-/2017-gi-invaliditeit-brussel.pdf, p. 7.

Atherosclerose ontstaat niet van de ene dag op de andere. De ziekte evolueert langzaam, waardoor de meeste gevallen tientallen jaren symptoomvrij verlopen. De symptomen komen pas op wanneer de bloeddoorstroming wordt beperkt door een vernauwing van de aders of door een trombose na een scheurtje in de plaque.

Atherosclerose kan acuut of chronisch zijn. Ziekten van het hart, het brein en de aderen voortkomend uit atherosclerose worden atherosclerotische cardiovasculaire ziekten genoemd. De belangrijkste atherosclerotische cardiovasculaire ziekten (ASCVD's) zijn de ischemische cardiopathiën (met inbegrip van myocardinfarcten, ischemisch hartfalen en angina pectoris), de cerebrovasculaire aandoeningen (ischemische beroerte, transiënte ischemische aanval en vasculaire dementie) alsook de perifere vasculaire ziekten.

3. Factoren die het risico op ASCVD's doen toenemen

ASCVD is een complexe aandoening die door een combinatie van verscheidene factoren kan worden uitgelokt. Risicofactoren zijn onder andere een hoge bloeddruk, een hoog cholesterolgehalte, diabetes, obesitas, chronische nierziekten, te weinig beweging, een ongezonde en vetrijke voeding, alcohol en roken. Ook leeftijd en geslacht kunnen een rol spelen.

Wat de geslachtsfactor betreft, lopen mannen doorgaans een hoger risico op ASCVD's dan vrouwen. Aangezien de meeste mensen ten minste één risicofactor op een ASCVD in zich dragen, is het zeer belangrijk dat de risicofactoren worden gecheckt en gemonitord, teneinde de prevalentie van ASCVD's en de gevolgen ervan te verminderen.

Toch kan iemand ook een aanleg voor ASCVD hebben, met name door een genetische afwijking die ervoor zorgt dat de slagaderwand gevoeliger wordt voor de vorming van plaques en die inwerkt op de plasmaconcentratie van de lipoproteïnencholesterol (LDL-C = *Low Density Lipoprotein-Cholesterol*), dan wel op de omzetting van LDL. Een hoog LDL-C-gehalte is de enige van alle risicofactoren die causatief is, die met andere woorden op zich de ontwikkeling van atherosclerose en dus van

L'athérosclérose ne survient pas du jour au lendemain. Elle évolue lentement, de sorte que la plupart des cas restent asymptomatiques pendant des décennies. Les symptômes ne se manifestent que lorsque la circulation sanguine est réduite en raison d'un rétrécissement des vaisseaux sanguins ou d'une thrombose après rupture de la plaque.

L'athérosclérose peut être aiguë ou chronique. Les maladies du cœur, du cerveau et des artères résultant de l'athérosclérose sont appelées maladies cardiovasculaires athérosclérotiques. Les principales maladies cardiovasculaires athérosclérotiques (ASCVD) sont les cardiopathies ischémiques (y compris l'infarctus du myocarde (IM), l'insuffisance cardiaque ischémique et l'angine de poitrine), les maladies cérébro-vasculaires (accident vasculaire cérébral ischémique, accident ischémique transitoire et démence vasculaire) ainsi que les maladies vasculaires périphériques.

3. Facteurs de risque de l'ASCVD

L'ASCVD est une maladie complexe qui peut être causée par une combinaison de plusieurs facteurs. Il s'agit de facteurs de risque tels que: l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité, les maladies rénales chroniques, le manque d'exercice, une alimentation malsaine et riche en graisses, l'alcool, le tabagisme. L'âge et le genre peuvent également jouer un rôle en la matière.

En ce qui concerne le genre, les hommes ont tendance à avoir un risque plus élevé d'ASCVD que les femmes. Étant donné que la plupart des gens présentent au moins un des facteurs de risque de l'ASCVD, le contrôle et la gestion des facteurs de risque sont essentiels pour réduire la prévalence et la charge des ASCVD.

Cependant, il faut savoir qu'une personne peut être prédisposée à l'ASCVD, notamment par des anomalies génétiques qui affectent, par exemple, la susceptibilité de la paroi artérielle à la formation de plaques et la concentration plasmatique du cholestérol des lipoprotéines (LDL-C = *Low Density Lipoprotein-Cholesterol*) ou qui affectent le métabolisme du LDL. Indépendamment des nombreux facteurs de risque, un taux élevé de LDL-C est le seul facteur de risque dit causatif, soit qui peut

ASCVD-aandoeningen kan meebrengen.⁹ Het LDL-C-gehalte is de enige risicofactor waarvan het oorzakelijk verband met ASCVD-aandoeningen is bewezen.¹⁰

LDL is een lipoproteïne (die zorgt voor het transport van lipiden), waarbij cholesterol in de bloedbaan wordt gebracht en op de wanden van de bloedvaten wordt afgezet. Op die manier draagt ze bij tot de vernauwing van de bloedvaten en bijgevolg tot de ontwikkeling van cardiovasculaire aandoeningen. De *high-density* lipoproteïnen (HDL), die eveneens voor het transport van lipiden zorgen, breken het teveel aan cholesterol in de bloedvaten af en leiden dat teveel naar de lever, waar die cholesterol wordt gerecycleerd of uitgescheiden. Gemeenzaam worden HDL-C en LDL-C dan ook respectievelijk “goede” en “slechte” cholesterol genoemd. Pro memorie: de helft van de Belgische bevolking kampt met een hoge cholesterol.¹¹

4. De prevalentie van ASCVD volgens geslacht

Hoewel mannen een hoger risico op ASCVD's lopen, sterven doorgaans meer vrouwen dan mannen eraan.¹² Mannen lopen een hoger risico dan vrouwen die nog niet in de menopauze zijn. Dat verschil kan te wijten zijn aan de hormonale bescherming die vrouwen via hun oestrogenen krijgen, maar tevens aan het feit dat vrouwen andere symptomen dan mannen hebben en dan ook verschillend worden behandeld. Vrouwen voelen doorgaans minder pijn op de borst en hebben symptomen die moeilijker met hartproblemen in verband worden gebracht. Dat verklaart waarom de voorkeken van een hartaanval veeleer aan hen voorbijgaan en zij wachten met het zoeken van hulp. De symptomen van vrouwen worden vaak geminimaliseerd en hun behandeling wordt vaak uitgesteld.¹³

Op jaarbasis meer dan een derde van de overlijdens bij vrouwen aan cardiovasculaire aandoeningen kan worden toegeschreven. Er wordt te weinig onderzoek verricht naar de cardiovasculaire aandoeningen bij die populatie, te weinig vrouwen worden met de aandoening

entraîner le développement de l'athérosclérose et donc des ASCVD par lui-même⁹. En effet, le LDL-C est le seul facteur de risque pour lequel une association causale avec les ASCVD a été démontrée¹⁰.

Le LDL est une lipoprotéine (transporteur de lipides) qui conduit le cholestérol dans le sang et provoque le dépôt de cholestérol sur les parois des vaisseaux sanguins. Il contribue ainsi au rétrécissement des vaisseaux sanguins et, par conséquent, provoque des maladies cardiovasculaires. Les lipoprotéines de haute densité (HDL), autres transporteurs de lipides, éliminent l'excès de cholestérol des vaisseaux sanguins et renvoient cet excès au foie, où il est recyclé ou excrété. C'est pourquoi les HDL-C et le LDL-C sont communément appelés respectivement le “bon” et le “mauvais” cholestérol. La moitié de la population belge présente par ailleurs un taux de cholestérol élevé¹¹.

4. Les ASCVD et le genre

Bien que les hommes présentent un risque plus élevé d'ASCVD, les femmes sont généralement plus nombreuses à mourir d'ASCVD que les hommes¹². Les hommes présentent un risque plus élevé d'ASCVD que les femmes préménopausées. Cette différence peut être due à la protection hormonale assurée par les œstrogènes chez les femmes, mais aussi au fait que les femmes présentent des symptômes différents et sont traitées différemment par rapport aux hommes. Les femmes sont moins susceptibles de ressentir des douleurs thoraciques et présentent des symptômes plus difficiles à associer à des problèmes cardiaques. C'est pourquoi elles sont plus susceptibles d'ignorer les signes avant-coureurs d'une crise cardiaque et de tarder à demander de l'aide. Les symptômes des femmes sont souvent minimisés et leur traitement retardé¹³.

Les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de plus d'un tiers des décès annuels chez les femmes. Trop peu d'études sont menées sur les maladies cardiovasculaires pour ce public, trop peu de femmes sont diagnostiquées, trop peu sont traitées pour ces maladies et trop peu

⁹ ESC Guidelines (2021). Raadpleegbaar op: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

¹⁰ Boren et al., 2016, Ference et al., 2017.

¹¹ Sciensano, Belgisch gezondheidsonderzoek 2018, 8 www.sciensano.be/sites/default/files/report_hes_masterfile_nl_final_1.pdf

¹² Statbel <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-12>, Belgische Cardiologische Liga <https://liguecardioliga.be/coeur-de-femme/>

¹³ www.eurekalert.org/news-releases/972.871?: www.weforum.org/videos/men-and-women-get-different-medical-advice-about-preventing-heart-disease

⁹ ESC Guidelines (2021). Consultable sur: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

¹⁰ Boren et al. 2016, Ference et al. 2017.

¹¹ Sciensano, Belgisch gezondheidsonderzoek 2018, 8 www.sciensano.be/sites/default/files/report_hes_masterfile_nl_final_1.pdf

¹² Statbel <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-12>, Belgische Cardiologische Liga <https://liguecardioliga.be/coeur-de-femme/>

¹³ www.eurekalert.org/news-releases/972.871?: www.weforum.org/videos/men-and-women-get-different-medical-advice-about-preventing-heart-disease

gediagnosticeerd, te weinig vrouwen krijgen een behandeling voor ASCVD's en ze zijn ondervertegenwoordigd in de desbetreffende klinische studies. Aan die situatie kan en moet worden verholpen.¹⁴

5. ASCVD's in België

Hoewel ASCVD de meest voorkomende cardiovasculaire aandoeningen zijn, is er geen geactualiseerde gegevensbank met sleutelgegevens over de incidentie en prevalentie ervan in België. Daardoor hebben we slechts een onduidelijk en achterhaald beeld van de werkelijke (zorg)last die de ziekte met zich brengt.

Doordat dergelijke gegevens ontbreken, werd onlangs een raming gemaakt door de prevalentie van de belangrijkste klinische resultaten voor ASCVD's te aggregeren.¹⁵

De klinische prevalentie van ASCVD's in België kon aldus op een totaal van 750.000 gevallen worden geraamd. Aangezien ASCVD's langzaam en geruisloos voortschrijdende ziekten zijn, is het echter mogelijk dat vele diagnoses onder de radar blijven en het probleem dus wordt onderschat. De hoge mortaliteitscijfers wijzen daarop.

De 750.000 gevallen voor België zouden aldus slechts het topje van de ijsberg zijn.

6. Ziektebelasting door ASCVD's

De ziektebelasting door ASCVD's voor de Belgische samenleving wordt thans geraamd op 5 miljard euro. Dat cijfer is gebaseerd op de indexering van een bedrag uit een in 2008 uitgebrachte studie over de ziektebelasting door ASCVD's in ons land.¹⁶ Uit die studie bleek dat in 2004 de kosten door ASCVD's 3,5 miljard euro bedroegen. Rekening houdend met een indexering van de gezondheidszorgkosten – uitgaande van het feit dat het indexcijfer tussen 2004 en juli 2022 is gestegen tot 147,76 – zou dat bedrag in 2022 oplopen tot 5,2 miljard euro. Dat is echter een benadering, omdat de gegevens in ons land schaars zijn. Aangezien binnen 20 tot 30 jaar een ASCVD-epidemie dreigt, lijkt het geen twijfel dat de totale kosten voor de Belgische samenleving hoe dan ook aanzienlijk zullen toenemen.

sont représentées dans les études cliniques qui les concernent. Cette situation peut et doit être améliorée¹⁴.

5. L'ASCVD en Belgique

Bien que les ASCVD constituent la composante la plus importante des maladies cardiovasculaires, il n'existe pas de base de données actualisée portant sur les chiffres clés relatifs à l'incidence et à la prévalence des ASCVD en Belgique. Par conséquent, nous sommes confrontés à une image floue et dépassée quant à la charge réelle de cette maladie.

En raison de l'absence de telles données, une estimation a récemment été réalisée sur le fondement d'une agrégation de la prévalence des principaux résultats cliniques de l'ASCVD¹⁵.

La prévalence de l'ASCVD clinique a, de cette manière, pu être estimée à un total de 750.000 cas en Belgique. Cependant, étant donné que l'ASCVD est une maladie à progression lente et silencieuse, il se peut que ces éléments chiffrés représentent un sous-diagnostic important et, dès lors, donnent lieu à une sous-estimation du problème, comme en témoignent les taux de mortalité élevés constatés.

Les quelque 750.000 cas observés en Belgique ne donneraient alors à voir que la pointe de l'iceberg.

6. Charge de morbidité de l'ASCVD

La charge de morbidité de l'ASCVD pour la société actuelle en Belgique est estimée à 5 milliards d'euros. Cette donnée chiffrée est fondée sur l'indexation d'un montant provenant d'une étude de 2008 portant sur la charge de morbidité des ASCVD en Belgique¹⁶. Cette étude a conclu que le coût des ASCVD en 2004 était de 3,5 milliards d'euros. Compte tenu d'une indexation des soins de santé, sur la base de l'indice fixé à 147,76 de 2004 à juillet 2022, ce montant s'élèverait à 5,2 milliards d'euros en 2022. Il s'agit toutefois d'une estimation approximative, les données disponibles à ce sujet étant limitées en Belgique. Quoi qu'il en soit, avec la perspective d'une épidémie d'ASCVD d'ici 20 à 30 ans, le coût total pour la société belge augmentera, sans l'ombre d'un doute, considérablement.

¹⁴ The Lancet www.thelancet.com/commissions/women-cardiovascular-disease

¹⁵ I. Maes et S. Rey, *op.cit.*, 22 (5).

¹⁶ Vlayen et al. (2008).

¹⁴ The Lancet www.thelancet.com/commissions/women-cardiovascular-disease

¹⁵ I. Maes et S. Rey, "The status of atherosclerotic cardiovascular disease in Belgium", Octobre 2022, Inovigate, (22) 5.

¹⁶ Vlayen et al. (2008).

De wereldwijde ziektedruk door cardiovasculaire aandoeningen werd trouwens in 2010 geraamd op 863 miljard USD (*i.e.* gemiddeld 125 USD per persoon) en zou tegen 2030 stijgen tot 1.044 miljard USD; dat is een toename met 22 %.¹⁷

Ter onderbouwing van die ramingen werden de zorgverstreking en het zorgtraject van 2004 vergeleken met de huidige situatie. Het volledige traject van een ASCVD-patiënt omvat laboratoriumtests, raadplegingen en follow-up bij de huisarts en bij de specialist, alsook eventuele ziekenhuisopnames. In diepte-interviews hebben klinici en specialisten aangegeven dat de medische praktijk bepaalde veranderingen heeft ondergaan. Op kostenvlak houden die veranderingen elkaar evenwel in evenwicht. Daarom hebben zij de kosten per patiënt op 7.000 euro voor het volledige zorgtraject geraamd, op basis van een prevalentie in België die wordt geraamd op 750.000 klinische patiënten met een ASCVD.¹⁸

7. De uitdagingen op het vlak van ASCVD's

Voor een beter beleid ter bestrijding van ASCVD's moeten vier uitdagingen worden aangegaan. Die behelzen de onderliggende problemen die actie vergen om de voornaamste gevolgen van de aandoening te voorkomen en om de daaruit voortvloeiende maatschappelijke kosten terug te dringen: de maatschappelijke (financiële) kosten, het gebrek aan gegevens en aan bewustmaking, de onaangepastheid van de zorgmodellen, alsook het gebrek aan middelen en aan ondersteuning voor de huisartsen en voor de specialisten.

7.1. Maatschappelijke (financiële) kosten

ASCVD's hebben een aanzienlijke financiële en niet-financiële maatschappelijke impact. Ze behoren tot de voornaamste oorzaken van invaliditeit in de Westerse wereld en vormen dan ook een zware last voor de patiënten, de zorgverstrekkers en de samenleving. De maatschappelijke kosten nemen tevens toe wegens een verouderde en reactieve behandelingsmentaliteit, met name wachten tot de patiënt werkelijk ziek wordt alvorens hem een behandeling voor te schrijven.

Zoals reeds vermeld, zouden in 2022 de kosten voor cardiovasculaire aandoeningen 5,2 miljard euro hebben

Par ailleurs, si l'on considère la charge mondiale des maladies cardiovasculaires, on constate qu'elle était estimée en 2010 à 863 milliards de dollars US (125 dollars US par personne en moyenne), et qu'elle devrait atteindre 1.044 milliards de dollars US d'ici 2030, soit une augmentation de 22 %¹⁷.

Pour étayer ces estimations, la prestation de soins et le parcours de soins de 2004 ont été comparés à la situation actuelle. Le parcours complet d'un patient atteint d'ASCVD comprend des tests de laboratoire, des consultations et un suivi chez le généraliste et le spécialiste, ainsi que d'éventuelles admissions à l'hôpital. Au cours d'entretiens approfondis, les cliniciens et les spécialistes ont mentionné certains changements dans la pratique médicale. Toutefois, ces changements s'équilibrent au regard des coûts. C'est pourquoi ils ont estimé le coût par patient à 7.000 euros pour l'ensemble du parcours de soins, sur la base d'une prévalence estimée à 750.000 patients cliniques atteints d'ASCVD en Belgique¹⁸.

7. Les défis à relever en matière d'ASCVD

Les défis auxquels nous sommes confrontés dans l'optique d'assurer une meilleure politique en matière de lutte contre l'ASCVD peuvent être classés en 4 points. Ces quatre points identifient les problèmes sous-jacents nécessitant une action pour prévenir les principales conséquences de la maladie et pour réduire les coûts sociétaux qui en résultent. Il s'agit notamment du coût sociétal (financier), du manque de données et de sensibilisation, de modèles de soins qui ne sont pas adaptés et du manque de ressources et de soutien destinés aux médecins généralistes et aux spécialistes.

7.1. Coût sociétal (financier)

L'ASCVD a un impact sociétal significatif (financier et non financier). Cette maladie est l'une des principales causes d'invalidité dans le monde occidental puisqu'elle représente une lourde charge pour les patients, les prestataires de soins de santé et la société. Le coût social augmente également en raison d'une approche de traitement considérée par certains comme étant dépassée, puisqu'elle consiste à attendre que le patient soit vraiment malade avant de prescrire un traitement.

Le coût des maladies cardiovasculaires (comme nous l'avons déjà mentionné) s'élèverait à 5,2 milliards d'euros

¹⁷ Bloom DE et al., *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*, Genève: World Economic Forum; 2011.

¹⁸ I. Maes en S. Rey, *op.cit.*, (22) 12.

¹⁷ Bloom DE et al. "The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases", Geneva: World Economic Forum; 2011.

¹⁸ I. Maes et S. Rey, "The status of atherosclerotic cardiovascular disease in Belgium", Octobre 2022, *Inovigate*, (22) 12.

bedragen en zou in hetzelfde jaar het volledige zorgtraject per patiënt gemiddeld 7.000 euro hebben gekost.

Het is nochtans mogelijk om ASCVD's te voorkomen en te behandelen.

Aangezien bij nagenoeg iedereen minstens één ASCVD-risicofactor voorkomt en bijna iedereen tijdens zijn leven aderverkalking zal ontwikkelen, is het duidelijk dat de kosten substantieel kunnen oplopen. Het knelpunt is evenwel dat talrijke risicofactoren algemeen van aard zijn, alsook vaak voorkomend en niet-specifiek (bijvoorbeeld obesitas, te weinig beweging, roken, hoge bloeddruk). Dat maakt het lastig om een overzicht van alle ASCVD's te krijgen en om het te beheersen.¹⁹ De heel hoge mortaliteit doet vermoeden dat veel cardiovasculaire aandoeningen niet worden opgespoord. Dat wordt ook bevestigd door de medisch deskundigen (cardiologen en huisartsen).²⁰

Om een en ander in perspectief te plaatsen: in België zijn er 1,2 miljoen diabetespatiënten en 6,7 % van het totale gezondheidszorgbudget gaat naar die ziekte. Kanker treft 70.000 patiënten en vertegenwoordigt 6,9 % van het totale gezondheidszorgbudget. In 2022 bedroeg het gezondheidszorgbudget alles samen 36 miljard euro, waarvan 7,2 % naar kransslagaderaandoeningen ging. Het gaat daarbij om minstens 750.000 patiënten.

Zowel voor diabetes als voor kanker zijn er nationale actieplannen en talrijke initiatieven om die aandoeningen te bestrijden.²¹ De regering en de bevolking zijn zich thans bewust geworden van die ziekten, maar dat was niet altijd het geval. Enkele jaren geleden waren er geen gegevens over diabetes. Om die reden werden initiatieven genomen om de relevante gegevens te verzamelen en aldus de maatschappelijke last van diabetes te verlichten (het initiatief ter verbetering van de zorgkwaliteit en van de epidemiologie van diabetes). De prevalentie, de mortaliteit (per kanker) en de kosten zijn van dezelfde grootteorde, maar toch krijgt aderverkalking niet evenveel aandacht. Dat is paradoxaal, want door de ASCVD's aan te pakken zou veel meer gezondheidswinst kunnen worden geboekt.

en 2022, ayant occasionné un coût moyen de 7.000 euros par patient, pour l'ensemble de son parcours au cours de la même année.

Pourtant, il est possible de prévenir et de traiter les ASCVD.

Lorsque l'on sait que presque chaque personne présente un ou plusieurs facteurs de risque d'ASCVD et développera une athérosclérose à un moment donné de sa vie, on comprend que les coûts peuvent être substantiels. Le problème est que de nombreux facteurs de risque sont généraux, abondants et non spécifiques (par exemple, l'obésité, le manque d'exercice, le tabagisme, l'hypertension artérielle), ce qui rend difficile l'obtention d'une vue d'ensemble des ASCVD¹⁹. Les taux de mortalité très élevés laissent supposer un sous-diagnostic des maladies cardiovasculaires, ce que confirment également les experts médicaux (cardiologues et médecins généralistes)²⁰.

Pour mettre tout cela en perspective: en Belgique, 1,2 million de patients sont diabétiques et 6,7 % du budget total des soins de santé sont consacrés à cette maladie. S'agissant du cancer, avec une incidence de 70.000 patients, cette maladie représente 6,9 % du budget total des soins de santé. Sur le budget total des soins de santé porté à hauteur de 36 milliards d'euros en 2022, 7,2 % de ce budget sont consacrés aux maladies coronariennes, qui concernent au moins 750.000 patients.

Tant pour le diabète que pour le cancer, il existe des plans nationaux et de nombreuses initiatives visant à lutter contre ces maladies²¹. Le gouvernement et la population sont actuellement sensibilisés à ces maladies, mais cela n'a pas toujours été le cas. Il y a quelques années, les données concernant le diabète faisaient défaut. C'est pourquoi des initiatives ont été prises pour recueillir les données pertinentes visant à réduire la charge du diabète pesant sur notre société (initiative d'amélioration de la qualité et de l'épidémiologie du diabète). Si la prévalence, la mortalité (par cancer) et les coûts sont du même ordre de grandeur, l'athérosclérose n'est pas traitée sur un pied d'égalité. Ce qui est paradoxal, puisqu'en s'attaquant à l'ASCVD, les gains à obtenir en matière de santé sont bien plus nombreux.

¹⁹ <https://www.inserm.fr/dossier/atherosclerose/>

²⁰ I. Maes en S. Rey, op.cit, (22) 12.

²¹ Nationaal Kankerplan, www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/32_initiatieven_n.pdf; Halt2diabetes <https://www.diabetes.be/nl/preventie-en-sensibilisering/halt2diabetes>; Zorgsystemen en voorzieningen <https://www.diabetes.be/nl/leven-met-diabetes/behandeling-van-diabetes/zorgsystemen-en-voorzieningen>

¹⁹ <https://www.inserm.fr/dossier/atherosclerose/>

²⁰ I. Maes et S. Rey, "The status of atherosclerotic cardiovascular disease in Belgium", Octobre 2022, Inovigate.

²¹ Nationaal Kankerplan, www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/32_initiatieven_n.pdf; Halt2diabetes <https://www.diabetes.be/nl/preventie-en-sensibilisering/halt2diabetes>; Zorgsystemen en voorzieningen <https://www.diabetes.be/nl/leven-met-diabetes/behandeling-van-diabetes/zorgsystemen-en-voorzieningen>

De ASCVD's verdienen met andere woorden een nationaal plan, gelijkaardig aan de plannen tegen diabetes en tegen kanker. Een dergelijk plan zou duidelijke doelstellingen en ambities moeten bevatten die zouden worden uitgewerkt in overleg met alle stakeholders (huisartsen, apothekers, specialisten, diëtisten, coaches, de regering, alsook de ziekenfondsen en de ziekteverzekeringskassen), teneinde de tenuitvoerlegging ervan te ondersteunen. Stimuli moeten ervoor zorgen dat het plan ook in de praktijk wordt gebracht.

Volgens ons zou dat nationaal plan zeker primaire en secundaire preventie moeten omvatten²², met *population health* en gezonde levenswijzen als uitgangspunten, om aldus de overgangperiode van reactieve naar proactieve zorg te ondersteunen. Tegelijk zou het plan op kortetermijnmaatregelen moeten focussen, aangezien reeds veel gezondheidswinst kan worden geboekt door onverwijld de hoogrisicopatiënten te identificeren en te behandelen.

Ten slotte is het wenselijk gebruik te maken van de kritische succesfactoren en van de lessen die zijn getrokken uit de tenuitvoerlegging van de plannen ter bestrijding van andere ziekten. Hoe dan ook zouden een dergelijk ASCVD-bestrijdingsplan en de bijbehorende "routekaart" gebaseerd moeten zijn op de recentste wetenschappelijke gegevens en brede steun horen te genieten van alle belanghebbende partijen.

Aangezien ASCVD's stille moordenaars zijn, is het absoluut noodzakelijk nu op te treden om te voorkomen dat ze in de nabije toekomst uitgroeien tot een epidemie met nog hogere kosten.

7.2. Gebrek aan gegevens en aan bewustmaking

In België zijn te weinig gegevens beschikbaar en zijn de mensen te weinig bewust gemaakt van hart- en vaatziekten. De eerste vaststelling is dan ook een logisch gevolg van de tweede en omgekeerd.

Thans is immers geen enkele geactualiseerde gegevensbank beschikbaar met duidelijke, actuele cijfers over de prevalentie en de incidentie van ASCVD's in België, noch over de kosten en de gevolgen daarvan voor de samenleving.²³ De beschikbare cijfers zijn ruwe ramingen en zijn hoogstwaarschijnlijk onderschattingen. Actuele en nauwkeurige cijfers zijn nochtans onontbeerlijk, niet alleen om de situatie van de patiënten te volgen, maar

²² Primaire preventie heeft tot doel het risico op het ontstaan en de ontwikkeling van een gezondheidsprobleem te verminderen. Secundaire preventie heeft tot doel de ernst van een gezondheidsprobleem te verminderen (<https://www.inserm.fr/dossier/atherosclerose/>)

²³ I. Maes en S. Rey, op.cit., (22) 11.

En d'autres termes, les ASCVD méritent un plan national, semblable aux plans qui existent pour lutter contre le diabète et le cancer. Un tel plan devrait énoncer des objectifs et des ambitions clairs, élaborés en consultation avec toutes les parties prenantes (médecins généralistes, pharmaciens, spécialistes, diététiciens, coaches, gouvernement et mutuelles/caisses d'assurance maladie) pour soutenir sa mise en œuvre. Ce plan devrait inclure des mesures d'incitation permettant sa réalisation effective.

Pour nous, ce plan national devrait certainement inclure la prévention primaire et secondaire²², fondée sur les principes de *population health* et de modes de vie sains pour soutenir la période de transition passant de soins réactifs vers des soins proactifs. Le plan devrait également se concentrer sur les mesures à court terme, car de nombreux gains en matière de santé peuvent déjà être obtenus en identifiant et en traitant sans délai les patients à haut risque.

Enfin, il convient également d'exploiter les facteurs critiques de succès et les leçons tirées de la mise en œuvre de plans visant à lutter contre d'autres maladies. Quoi qu'il en soit, un tel plan de lutte contre les ASCVD et la "feuille de route" qui l'accompagne devraient reposer sur les données scientifiques les plus récentes et bénéficier d'un large soutien de toutes les parties prenantes.

L'ASCVD étant un tueur silencieux, il est impératif d'agir maintenant pour éviter qu'elle ne devienne une épidémie aux coûts encore plus élevés dans un avenir proche.

7.2. Manque de données et de sensibilisation

En Belgique, nous disposons de trop peu de données et nous sommes trop peu sensibilisés aux maladies cardiovasculaires. Le premier constat est donc une conséquence logique de l'autre, et vice-versa.

En effet, nous ne disposons actuellement d'aucune base de données actualisée énonçant des chiffres clairs et actuels sur la prévalence et l'incidence des ASCVD en Belgique, ni sur leurs coûts et leurs effets sur la société²³. Les chiffres dont nous disposons sont des estimations approximatives et représentent très probablement des sous-estimations. Pourtant, des chiffres actualisés et précis sont indispensables pour suivre la situation des

²² La prévention primaire vise à réduire le risque d'apparition et de développement d'un problème de santé. La prévention secondaire vise à réduire la gravité d'un problème de santé (<https://www.inserm.fr/dossier/atherosclerose/>)

²³ I. Maes et S. Rey, "The status of atherosclerotic cardiovascular disease in Belgium", Octobre 2022, Inovigate, (22) 11.

ook om te bepalen wat de beste maatregelen zijn en om de effecten daarvan te evalueren.

Verskillende factoren verklaren waarom zo weinig gegevens beschikbaar zijn:

1° ASCVD's zijn complexe ziekten met uiteenlopende klinische resultaten;

2° de diagnose berust doorgaans op de cardiovasculaire risicofactoren; 3° de risicofactoren zijn zeer talrijk.

Daar veel risicofactoren van de ziekte zeer algemeen van aard zijn, alsook overvloedig en aspecifiek, en daar zij tot een omvangrijke en complexe pathologie aanleiding geven, identificeren de toekomstige patiënten zich noch met die pathologie, noch met de ziekte. Zij beschouwen ASCVD's veeleer als een verwacht stadium in hun leven dan als te voorkomen ziekten. Bijgevolg zijn de risicofactoren en de mogelijke gevolgen ervan amper bekend.

Dat is frappant, want de meeste mensen vertonen ten minste één risicofactor en zullen op een gegeven ogenblik in hun leven een zekere mate van atherosclerose ontwikkelen.

Zoals hierboven vermeld, zijn relevante gegevens over de risicofactoren, met het oog op de opvolging en de beheersing ervan, cruciaal om de prevalentie en de ziektelast van de ASCVD's terug te dringen.

Het is dan ook noodzakelijk de sleutelgegevens te verzamelen en samen te voegen, teneinde:

1) uit te maken wat de risicogroepen zijn;

2) de noodzakelijke maatregelen ter vermindering van de prevalentie en de ziektelast van de atherosclerotische hart- en vaataandoeningen te bepalen en te evalueren.

Die maatregelen zouden een eerste stap kunnen vormen naar een betere kennis en een grotere bewustmaking omtrent hart- en vaatziekten. Momenteel ontbreken ze echter. De artsen, de overheden en de bevolking in het algemeen beschikken derhalve niet over de instrumenten om doeltreffend tegen ASCVD's op te treden.

Een ontoereikende bewustmaking en kennis dienaangaande hebben daadwerkelijk ongunstige repercussies op de bestrijding van ASCVD's. De huisartsen en de apothekers moeten derhalve beter over de ziekte worden geïnformeerd, aangezien velen van hen ASCVD's als de oorzaak van bepaalde cardiovasculaire aandoeningen beschouwen in plaats van als een ziekte op

patiënten, maar aussi pour identifier les meilleures mesures et évaluer les effets qu'elles produisent.

Plusieurs raisons expliquent pourquoi nous ne disposons que de si peu de données:

1° l'ASCVD est une maladie complexe aux résultats cliniques multiples;

2° le diagnostic est généralement fondé sur les facteurs de risque cardiovasculaire et 3° les facteurs de risque sont très nombreux.

Étant donné que de nombreux facteurs de risque de la maladie sont très généraux, abondants et aspécifiques et qu'ils donnent lieu à une pathologie vaste et complexe, les futurs patients ne s'identifient ni à cette pathologie ni à la maladie. Ils considèrent les ASCVD comme un passage attendu dans leur vie plutôt que comme une maladie à prévenir. Par conséquent, les facteurs de risque et leurs conséquences possibles sont très peu connus.

Un tel constat est interpellant, car la plupart des personnes présentent au moins un facteur de risque et développeront un certain degré d'athérosclérose à un moment donné de leur vie.

Comme mentionné plus haut, les données pertinentes portant sur les facteurs de risque permettant le suivi et la gestion de ces facteurs de risque sont essentielles pour réduire la prévalence et la charge des ASCVD.

Il est donc nécessaire de collecter et d'agréger les données clés afin de faire en sorte que:

1) les groupes à risque puissent être identifiés;

2) les mesures nécessaires pour réduire la prévalence et la charge des maladies cardiovasculaires athérosclérotiques puissent être identifiées et évaluées.

Ces mesures pourraient constituer un premier pas vers une meilleure connaissance et une plus grande sensibilisation concernant les maladies cardiovasculaires. Mais de telles mesures font actuellement défaut. Les médecins, les pouvoirs publics et la population en général ne possèdent dès lors pas les outils pour agir efficacement contre les ASCVD.

Une sensibilisation et des connaissances insuffisantes ont effectivement des effets négatifs sur la lutte contre les ASCVD. Les médecins généralistes et les pharmaciens doivent donc être mieux informés sur la maladie puisque beaucoup parmi eux considèrent les ASCVD comme la cause de certains troubles cardiovasculaires, et non comme une maladie en soi. Leur connaissance

zich. Hun kennis van de risicofactoren voor ASCVD's en hun bewustmaking omtrent die ziekte zijn van essentieel belang om de patiënten bewust te maken dat een diagnose essentieel en urgent is. Daarop volgt een gepersonaliseerde behandeling.

Het is uitermate belangrijk te weten dat ASCVD's geruisloze en op termijn dodelijke ziekten zijn. Ze moeten bijgevolg zo vroeg mogelijk worden aangepakt. Die bewustwording is tevens noodzakelijk opdat iedereen het belang erkent om onverwijld te handelen, daar de resultaten uiteindelijk pas binnen 10 à 20 jaar voelbaar zullen zijn. Een onmiddellijke bewustwording is dan ook cruciaal om een ASCVD-epidemie en de enorme kosten ervan ten laste van de sociale zekerheid te voorkomen.

Verscheidene initiatieven zullen nodig zijn om bij het publiek, de huisartsen, de apothekers en de specialisten een bewustwording te bewerkstelligen. Een dergelijke intensieve bewustmaking zal eveneens nuttig zijn bij de bestrijding van vele andere ziekten. Inzake preventie zal een attitudeverandering cruciaal zijn om ervoor te zorgen dat geneesmiddelen veeleer voor preventieve dan voor therapeutische doeleinden worden gebruikt.

Een belangrijke stimulans daarbij moet zijn dat gevallen van ASCVD gemakkelijk kunnen worden behandeld door op de risicofactoren in te werken of door geneesmiddelen voor te schrijven die (bijvoorbeeld in vergelijking met de kankerbehandelingen) vrij weinig bijwerkingen hebben. De hoop op een gemakkelijke overwinning op deze ziekte moet optimaal worden benut.

Voorts is ook de preventieve aanpak van ASCVD's gebaat bij een intensieve bewustmaking en -wording en bij een ommezwaai inzake klinische praktijken. Preventie is de meest doeltreffende oplossing. Daarom zijn financiële investeringen voor preventie noodzakelijk.

Aldus moet daar meer op worden ingezet. Met het oog op primaire preventie moeten gezonde levensstijlen worden aangemoedigd vanaf de kindertijd en de adolescentie. Het komt erop aan aandacht te besteden aan de voeding, aangezien die vaak een bron is van tal van risicofactoren voor atherosclerose.

De beheersing van adipositas (overgewicht) bij kinderen vormt derhalve een grote uitdaging voor de volksgezondheid. De toenemende incidentie van obesitas en van diabetes mellitus vormt een grote bedreiging en ligt ten grondslag aan het stijgende aantal ASCVD-gevallen. Een doeltreffende preventie van ASCVD's vergt dus een wijziging van de eetgewoonten.

des facteurs de risque de l'ASCVD et leur sensibilisation à cette maladie sont essentielles pour informer les patients de l'essence et de l'urgence du diagnostic. Dans la foulée, du traitement personnalisé à appliquer.

Il est extrêmement important de savoir que l'ASCVD est une maladie silencieuse qui tue à long terme. Par conséquent, il faut s'y attaquer le plus tôt possible. Cette prise de conscience est également nécessaire pour souligner l'importance d'agir maintenant, puisque, en définitive, les résultats ne se feront sentir que dans 10 à 20 ans. Une prise de conscience immédiate est donc cruciale pour éviter une épidémie d'ASCVD générant d'énormes coûts à charge de la sécurité sociale.

Plusieurs initiatives seront nécessaires pour sensibiliser le public, les médecins généralistes, les pharmaciens et les spécialistes. Une telle sensibilisation intensive sera profitable également dans le cadre de la lutte contre de nombreuses autres maladies. En matière de prévention, un changement d'attitude sera fondamental pour que les médicaments soient utilisés à des fins préventives plutôt que thérapeutiques.

Le fait que les ASCVD puissent être facilement traitées en agissant sur les facteurs de risque ou en prescrivant des médicaments qui ont relativement peu d'effets secondaires (par exemple, par rapport aux traitements contre le cancer) devrait servir d'incitant majeur. L'espoir d'une victoire facile contre cette maladie doit être exploité de manière optimale.

Une sensibilisation et une prise de conscience intensives, ainsi qu'une modification des pratiques cliniques, sont par ailleurs nécessaires pour ouvrir la voie à une approche préventive des ASCVD. La prévention est la solution la plus efficace. C'est pourquoi les investissements en matière de prévention sont nécessaires.

Il est donc nécessaire d'investir dans la prévention. En promouvant des modes de vie sains, il convient de s'orienter vers une prévention primaire dès l'enfance et l'adolescence. Il est important de prêter attention à la nutrition, car elle est à la base de nombreux facteurs de risque d'athérosclérose.

Par conséquent, le contrôle de l'adiposité (surpoids) chez les enfants représente un défi majeur de santé publique. L'incidence croissante de l'obésité et du diabète sucré constitue une menace importante qui est à l'origine de l'augmentation des ASCVD. Ainsi, un changement des habitudes alimentaires est nécessaire pour mettre efficacement en œuvre la prévention des ASCVD.

Om de cardiovasculaire ziekten, waaronder ASCVD-gevallen, optimaal aan te pakken, moet echter een Europees kader worden opgesteld en ten uitvoer worden gelegd. Het volgende voorzitterschap van de Raad van de Europese Unie, waar België deel van uitmaakt, heeft ook aangekondigd dat hart- en vaatziekten een van hun prioriteiten zullen zijn²⁴.

7.3. Zorgmodellen die thans niet aangepast zijn om ASCVD's doeltreffend aan te pakken

Bewustwording en -making alleen volstaan niet. Om de gezondheidszorgbeoefenaars te ondersteunen en hen te motiveren ASCVD's actief op te sporen en te monitoren, moet de klinische zorg absoluut over een andere boeg worden gegooid.

Er bestaan immers tal van richtsnoeren, maar het ontbreekt thans aan een samenhangend systeem dat een multidisciplinaire aanpak van ASCVD's vergemakkelijkt. Dat leidt tot verschillen in de medische praktijk.

Met het oog op een multidisciplinaire aanpak van de behandeling van patiënten met een ASCVD moet de medische praktijk op het stuk van de opvolging en de behandeling van ASCVD's worden geharmoniseerd en berusten op de meest recente wetenschappelijke gegevens. Om algemeen aanvaarde richtsnoeren tot stand te brengen, moeten audits en vergelijkende analyses worden uitgevoerd.

Ten eerste is segmentatie nodig, om de patiënten en de risicogroepen te identificeren bij wie moet worden ingegrepen. Regelmatige follow-up is des te belangrijker voor de patiënten met meerdere risicofactoren (in geval van familiale hypercholesterolemie bijvoorbeeld).

Ten tweede zijn een automatische ondersteuning van en stimulansen voor de huisartsen essentieel om de systematische screening op ASCVD's en de tenuitvoerlegging van de richtsnoeren te faciliteren. Zo zouden pop-upvensters in hun praktijksoftware, aanwijzingen van verpleegkundigen, automatische risicoberekeningen op basis van de gegevens uit de patiëntendossiers enzovoort nuttig kunnen zijn. Daarnaast zijn aan de huisartsenpraktijk aangepaste richtsnoeren nodig om het opstarten van de behandelingen te vergemakkelijken, met het voorbehoud dat zij altijd op de meest recente onderzoeksresultaten moeten berusten en dat zij de kwaliteit van de zorg niet mogen aantasten.

²⁴ https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-06/eu-ncd-initiative_publication_en_0.pdf et <https://www.escardio.org/The-ESC/Advocacy/fighting-cardiovascular-disease-a-blueprint-for-eu-action>

Toutefois, une approche optimale de lutte contre les maladies cardiovasculaires, dont les ASCVD, requiert qu'un cadre européen soit envisagé et mis en œuvre. Le prochain trio de la présidence du Conseil de l'Union européenne, dont la Belgique fait partie, a d'ailleurs annoncé que les maladies cardiovasculaires feraient partie de leurs priorités²⁴.

7.3. Des modèles de soins qui ne sont pas adaptés pour lutter efficacement contre l'ASCVD

La prise de conscience et la sensibilisation seules ne suffisent pas. La transformation des soins cliniques est essentielle pour soutenir les professionnels de la santé et les inciter à dépister et à gérer activement l'ASCVD.

En effet, il existe une multitude de lignes directrices, mais il n'en existe actuellement aucune qui s'imbrique l'une dans l'autre permettant de faciliter la prise en charge multidisciplinaire de l'ASCVD. Cette réalité mène à des différences dans la pratique médicale.

La pratique médicale pour le suivi et le traitement de l'ASCVD doit être harmonisée et fondée sur les dernières données scientifiques afin de faciliter une approche multidisciplinaire du traitement des patients atteints d'ASCVD. Pour soutenir la mise en œuvre de lignes directrices uniformément admises, des audits et des analyses comparatives doivent être effectués.

Premièrement, la segmentation est nécessaire pour identifier les patients et les populations à risque ayant besoin d'une intervention. Le suivi régulier est d'autant plus important pour les patients présentant plusieurs facteurs de risque (comme l'hypercholestérolémie familiale).

Deuxièmement, un soutien automatisé et des incitations à l'attention des médecins généralistes afin de faciliter le dépistage systématique de l'ASCVD et la mise en œuvre des lignes directrices sont essentiels. Par exemple, des fenêtres contextuelles intégrées dans leur logiciel de cabinet, des infirmiers praticiens, des calculs de risque automatisés fondés sur les données des dossiers des patients, etc., pourraient être utiles. De plus, des lignes directrices adaptées à la pratique des médecins généralistes sont nécessaires pour une mise en œuvre plus facile des traitements, à condition que celles-ci reposent toujours sur les dernières recherches et ne diluent pas la qualité des soins.

²⁴ https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-06/eu-ncd-initiative_publication_en_0.pdf et <https://www.escardio.org/The-ESC/Advocacy/fighting-cardiovascular-disease-a-blueprint-for-eu-action>

Ten derde moet de communicatie met de patiënten worden afgestemd op hun individuele beweegredenen en doelstellingen, om hen meer bewust te maken van met name de gevaren van deze ziekte.

Aangezien ASCVD's voortvloeien uit tal van risicofactoren, is ten vierde een multifactoriële en multidisciplinaire behandeling onontbeerlijk. Patiënten met ASCVD komen in contact met huisartsen, cardiologen, endocrinologen, neurologen en apothekers. De multifactoriële behandeling van een patiënt vereist een strategie, op het stuk van zowel de primaire als de secundaire preventie, met dezelfde doelstellingen voor de huisartsen, de apothekers en de specialisten. Die aanpak vereist tevens een gemeenschappelijke werkwijze die op de meest recente wetenschappelijke gegevens moet berusten. Het zou de huisartsen moeten toekomen om, met de nodige steun, die richtsnoeren ten uitvoer te leggen. Ook zouden ze van meet af aan bij de ontwikkeling ervan moeten worden betrokken.

Ten vijfde zou het nuttig zijn om de ambulante zorg te bevorderen, door te focussen op preventie en een duurzame revalidatie. Er moeten meer revalidatiecentra komen. Die moeten worden gedecentraliseerd om ze laagdrempeliger te maken voor de patiënten en om de follow-up te vergemakkelijken. Hoe sneller de patiënten revalideren, hoe sneller ze de draad van hun normale leven weer kunnen opnemen. Dat zal de sociale zekerheid minder kosten.

Tot slot moet er aandacht zijn voor de over- en onderbehandeling van ASCVD's. Overbehandeling kan worden tegengegaan door een gezonde levensstijl en regelmatige lichaamsbeweging aan te moedigen en te ondersteunen. Onderbehandeling wordt veroorzaakt door de terughoudendheid (vaak van patiënten met polymedicatie) om steeds meer geneesmiddelen te nemen, omdat ze de toegevoegde waarde ervan niet inzien. Naast de enorme terughoudendheid ten aanzien van de inname van statines (hypolipemiërende geneesmiddelen om het cholesterolgehalte in het bloed te verlagen), wegens de frequente bijwerkingen ervan, reageren de patiënten bovendien zeer verschillend op statines. Er moet rekening worden gehouden met die geneesmiddelen en de toediening ervan moet worden opgevolgd, door de onschadelijkheid en de doeltreffendheid ervan te meten.

Kortom, de behandelingen en de doelstellingen moeten duidelijk zijn, voortdurend worden aangepast, gestoeld zijn op de meest recente wetenschappelijke gegevens en eenvormig worden toegepast. De

Troisièmement, la communication avec les patients doit être personnalisée en fonction de motivations et d'objectifs individuels exprimés par ceux-ci, afin d'accroître leur prise de conscience, en particulier quant aux dangers de cette maladie.

Quatrièmement, comme l'ASCVD est le résultat de nombreux facteurs de risque, un traitement multifactoriel conçu dans une perspective multidisciplinaire est nécessaire. Les patients atteints d'ASCVD entrent en contact avec des médecins généralistes, des cardiologues, des endocrinologues, des neurologues et des pharmaciens. Une stratégie est nécessaire pour traiter un patient de manière multifactorielle, au niveau à la fois de la prévention primaire et de la prévention secondaire, avec les mêmes objectifs pour les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les spécialistes. Cette approche nécessite également une ligne directrice commune qui doit reposer sur les dernières données scientifiques. Les médecins généralistes devraient être habilités et soutenus pour mettre en œuvre ces lignes directrices et devraient être impliqués dans leur élaboration dès le départ.

Cinquièmement, il serait intéressant de favoriser les soins ambulatoires en se concentrant sur la prévention et en obtenant une réadaptation durable. Le nombre de centres de réadaptation doit être augmenté. Ces centres seront décentralisés pour en accroître l'accès et faciliter le suivi des patients. Plus vite les patients seront rééduqués, plus rapidement ils pourront retrouver leur vie normale. Dans cette perspective, les coûts à charge de la sécurité sociale seront moindres.

Enfin, le surtraitement et le sous-traitement de l'ASCVD doivent être abordés. Le surtraitement peut être diminué en stimulant mieux et en soutenant un mode de vie sain et des exercices physiques réguliers. Le sous-traitement est causé par la réticence (souvent de la part des patients polymédiqués) à prendre toujours plus de médicaments, dès lors qu'ils n'en voient pas la valeur ajoutée. De plus, outre l'énorme réticence à prendre des statines (hypolipémiants utilisés comme médicaments pour réduire la cholestérolémie) en raison de leur réputation quant à leurs effets secondaires négatifs, il existe d'énormes différences relatives aux réactions aux statines. Ces médicaments doivent être pris en compte et leur administration suivie, en mesurant leur innocuité et leur efficacité.

En conclusion, les traitements ainsi que les objectifs doivent être clairs, adaptés en permanence, fondés sur les dernières données scientifiques et appliqués de manière uniforme. Les professionnels de la santé

gezondheidszorgbeoefenaars moeten worden aangemoedigd om de behandeling multifactorieel aan te pakken. Door de bevolking voor te lichten én de gezondheidszorgbeoefenaars op te leiden, moet de therapietrouw worden verbeterd. De huisartsen zouden moeten worden aangemoedigd om behandelplannen op maat uit te werken naargelang van het beoogde resultaat. Ook hun communicatie moet op maat zijn en rekening houden met de individuele beweegredenen van de patiënten. Tot slot zijn meer specifieke revalidatiecentra nodig om alle patiënten te bereiken en een snellere terugkeer naar het werk te bevorderen, opdat de betrokkenen opnieuw een economische bijdrage kunnen leveren.

7.4. Gebrek aan middelen en ondersteuning voor huisartsen en specialisten – Totstandkoming van Population Health Management, PHM

Huisartsen, officina-apothekers en specialisten hebben ondersteuning nodig om ASCVD-patiënten en risicogroepen te behandelen. Een aanpak waarbij een beroep wordt gedaan op huisartsen, specialisten (cardiologen, endocrinologen, neurologen enzovoort) en apothekers is noodzakelijk voor een goede behandeling van ASCVD's (waarbij de patiënten worden opgespoord, gesegmenteerd, geïdentificeerd en vervolgens naar de specialisten worden doorverwezen).

Er moeten opsporingsinstrumenten worden ontwikkeld en de systemen die de huisartsen, officina-apothekers en specialisten helpen bij het identificeren en behandelen van de risicopatiënten, moeten met elkaar worden verbonden. De teams van huisartsen en apothekers zouden moeten worden aangemoedigd om ASCVD's stelselmatig op te sporen.

Bovendien zou PHM moeten worden opgenomen in het studieprogramma van de huisartsen en apothekers, om hun kennis en vaardigheden ter zake te vergroten.

PHM kan een oplossing zijn om essentiële proactieve zorg te verstrekken en de risicopatiënten te identificeren, via data, waarbij preventie en kwaliteitsvolle zorg worden bevorderd.

Bij PHM worden de gezondheid en het welzijn van de bevolking proactief benaderd. PHM beoogt een alomvattend beheer van behoeften, kosten en resultaten op het niveau van de bevolking, waarbij wordt afgestapt van de inmiddels achterhaalde norm van reactieve, vraag-gerichte zorg. PHM is gebaseerd op het proces van audit, terugkoppeling en vergelijkende analyse, wat de mogelijkheid biedt de zorg continu te verbeteren en de

doivent être incités à mettre en œuvre une approche de traitement multifactorielle. L'adhésion au traitement doit augmenter, à la fois par l'éducation de la population et par la formation des professionnels de la santé. Les médecins généralistes devraient être invités à élaborer des plans de traitement personnalisés pour les patients, en fonction de leurs objectifs et à effectuer une communication personnalisée prenant en compte les motivations individuelles des patients. Enfin, davantage de centres de révalidation dédiés sont nécessaires pour atteindre tous les patients et favoriser un retour plus rapide au travail afin que le patient redevienne un contributeur économique.

7.4. Manque de ressources et de soutien pour les médecins généralistes et spécialistes – Élaboration du Population Health Management (PHM)

Les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les spécialistes ont besoin de soutien pour prendre en charge les patients atteints d'ASCVD et les populations à risque. Dès lors, une approche de santé faisant appel à des médecins généralistes, des spécialistes (cardiologues, endocrinologues, neurologues, etc.) et à des pharmaciens est nécessaire pour assurer une bonne prise en charge de l'ASCVD, c'est-à-dire pour effectuer le dépistage, la segmentation et l'identification des patients et, par la suite, les orienter vers des spécialistes.

Il est nécessaire de mettre en place des outils de dépistage et de relier les systèmes pour aider les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les spécialistes à identifier les patients à risque et à mieux les prendre en charge. Les équipes de médecins généralistes et de pharmaciens devraient être incitées à dépister systématiquement l'ASCVD.

De surcroît, la gestion du PHM devrait être incluse dans les programmes d'études des médecins généralistes et des pharmaciens, afin d'accroître leurs connaissances et leurs capacités.

La "gestion de la santé publique" (PHM – *Population Health Management*) peut être la solution garantissant les soins proactifs essentiels et l'identification des patients à risque, qui, par le biais de données optimales, améliorera la prévention et la qualité des soins.

La PHM est une approche proactive de la gestion de la santé et du bien-être d'une population. Elle vise à intégrer la prise en charge globale des besoins, des coûts et résultats au niveau de la population, en s'éloignant du principe – devenu obsolète – de la prestation de soins réactifs et axés sur la demande. La "gestion de la santé publique" est fondée sur le processus d'audit, de rétroaction et d'analyse comparative, permettant

gezondheidszorgbeoefenaars meer verantwoordelijkheidszin bij te brengen. PHM is nodig om de klinische praktijk te transformeren met het oog op de bestrijding van ASCVD's. Binnen het Belgische gezondheidssysteem kan PHM echter niet tot stand komen, meer bepaald vanwege de bevoegdheidsverdeling op het vlak van therapie en preventie.

Drie wezenlijke zaken moeten worden aangepakt.

Ten eerste moeten de behoeften voor de uitvoering van het PHM in kaart worden gebracht, zodat niet alleen duidelijk wordt wat moet worden bereikt maar ook hoe het moet worden bereikt. Tot die behoeften behoren onder meer een proactieve communicatie met patiënten, een interdisciplinaire samenwerking met backoffice-ondersteuning, de gegevensverzameling en de juiste instrumenten daarvoor, een mentaliteitsverandering met betrekking tot de verantwoordelijkheid van elke gezondheidswerker ten aanzien van een gehele populatie en niet alleen ten aanzien van zijn eigen patiënten, innovatiebudgetten en veranderingen in het bestaande stelsel en in de klinische praktijk om de tenuitvoerlegging van het PHM te vergemakkelijken. Met het oog op de best mogelijke interdisciplinaire opsporing, de segmentering, de preventie, de begeleiding en de vergelijkende analyse van de bevolking, de patiënten en de gezondheidswerkers zal vervolgens ongetwijfeld moeten worden nagegaan of het mogelijk is een systeem op te zetten dat de integratie van verschillende soorten gegevens mogelijk maakt. Daarbij moet uiteraard worden toegezien op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënten.

Ten slotte zullen criteria voor de segmentering van de bevolking moeten worden vastgelegd, aangezien niet alleen rekening moet worden gehouden met de gezondheidsindicatoren maar ook met de kwetsbaarheidsindicatoren en de sociaaleconomische factoren. Die segmentering moet gebeuren op basis van een interdisciplinaire uitwisseling tussen de verschillende gezondheidsactoren binnen eenzelfde geografische zone. De mensen voor wie de grootste gezondheidswinst te verwachten valt, moeten worden geïdentificeerd en vanuit de vaststelling dat specialisten maar een beperkt aantal patiënten kunnen behandelen moet er een selectie komen van de patiënten die daar wel nood aan hebben.

De behandeling van ASCVD vergt een stappenplan met een benadering die strookt met *Population Health Management* dat in België tot stand moet worden gebracht. Alle belanghebbenden moeten hierbij betrokken

l'amélioration continue des soins et l'augmentation de la responsabilisation des professionnels de la santé. La PHM est nécessaire pour transformer la pratique clinique afin de lutter contre l'ASCVD. Pourtant, notre système de santé ne permet pas la PHM, notamment en raison de la répartition des compétences en matière de thérapie et de prévention.

Trois sujets essentiels doivent être abordés.

Premièrement, la cartographie des besoins pour la mise en œuvre de la PHM est nécessaire afin de ne pas seulement considérer ce qui doit être obtenu, mais aussi comment l'obtenir. Par exemple, une communication proactive avec les patients, une collaboration interdisciplinaire avec un soutien en *back-office*, la collecte de données et les bons outils pour le faire, un changement de mentalité en ce qui concerne la responsabilité de chaque professionnel de la santé envers tout un ensemble de la population et pas seulement envers ses propres patients, des budgets d'innovation et des changements dans le système existant et la pratique clinique pour faciliter la mise en œuvre de la PHM. Ensuite, afin de garantir le meilleur dépistage interdisciplinaire possible, la segmentation, la prévention, le suivi et l'analyse comparative de la population, des patients et des professionnels de la santé, il conviendra certainement d'analyser l'opportunité de mettre en place un système permettant d'intégrer plusieurs types de données, tout en veillant bien évidemment à la protection de la vie privée des patients.

Enfin, il est nécessaire de déterminer les critères de segmentation de la population, car il faut prendre en compte non seulement les indicateurs de santé mais aussi les indicateurs de vulnérabilité et les facteurs socio-économiques. Cette segmentation doit se faire sur la base d'échanges interdisciplinaires entre les différents acteurs de santé au sein d'une même zone géographique. Il est nécessaire d'identifier les personnes pour lesquelles les gains de santé les plus importants peuvent être obtenus et de sélectionner les patients ayant besoin d'une consultation chez un spécialiste, partant du constat que les consultations auprès de spécialistes sont limitées.

L'ASCVD a besoin d'un plan et d'une feuille de route comprenant une approche de la gestion de la santé publique (PHM) qui doit être mise en œuvre en Belgique. Toutes les parties prenantes sont nécessaires et doivent

worden en hun bijdrage leveren en samenwerken om PHM mogelijk te maken.

Nathalie Muylle (cd&v)
Daniel Bacquelaine (MR)

contribuer et travailler ensemble pour rendre la PHM possible.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. overwegende dat cardiovasculaire aandoeningen wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaak zijn en dat een derde van alle sterfgevallen eraan te wijten is;

B. overwegende dat cardiovasculaire aandoeningen ook in België – samen met kanker – de belangrijkste doodsoorzaak zijn;

C. overwegende dat uit berekeningen die in september 2022 werden afgesloten, blijkt dat bijna 750.000 Belgen reeds werden gediagnosticeerd met een ASCVD en dat achter die cijfers nog een aanzienlijke onderdiagnostisering schuilgaat;

D. overwegende dat alleen al in 2019 27.297 Belgen zijn overleden aan de gevolgen van een cardiovasculaire aandoening;

E. overwegende dat cardiovasculaire aandoeningen 11,6 % van de totale ziektelast vertegenwoordigen in België;

F. overwegende dat ASCVD's 85 % van alle cardiovasculaire aandoeningen vertegenwoordigen en dat in 2019 21,3 % van alle overlijdens te wijten was aan een ASCVD;

G. overwegende dat ASCVD's worden gekenmerkt door een hele reeks algemeen voorkomende, overvloedig aanwezige en niet-specifieke risicofactoren, en dat vrijwel de gehele bevolking een of meer van dergelijke risicofactoren in zich heeft en op een bepaald moment in het leven atherosclerose zal ontwikkelen;

H. overwegende dat mannen weliswaar meer risico op ASCVD's lopen, maar dat er meer vrouwen aan sterven;

I. overwegende dat vrouwen andere symptomen vertonen en in vergelijking met mannen een andere behandeling krijgen;

J. overwegende dat er te weinig onderzoek wordt uitgevoerd naar ASCVD bij vrouwen en vrouwen te weinig worden betrokken bij dergelijke studies;

K. overwegende dat de ziektelast van de ASCVD's voor de Belgische samenleving thans op 5 miljard euro wordt geraamd en dat de individuele kosten per patiënt en per ziekte-traject 7.000 euro bedragen;

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde et qu'elles sont responsables d'un tiers de tous les décès;

B. considérant que les maladies cardiovasculaires sont également la première cause de décès en Belgique – avec le cancer;

C. considérant que, selon les calculs arrêtés en septembre 2022, près de 750.000 Belges ont déjà été diagnostiqués comme souffrant d'ASCVD et que ces données chiffrées représentent un sous-diagnostic important;

D. considérant que, pour la seule année de 2019, 27.297 Belges sont décédés des suites d'une maladie cardiovasculaire;

E. considérant que les maladies cardiovasculaires représentent 11,6 % de la charge totale de morbidité en Belgique;

F. considérant qu'on estime que les ASCVD représentent 85 % de toutes les maladies cardiovasculaires et qu'en 2019, 21,3 % de tous les décès étaient dus aux ASCVD;

G. considérant que les ASCVD se caractérisent par plusieurs facteurs de risque qui sont communs, abondants et non spécifiques et que presque l'ensemble de la population présente un ou plusieurs facteurs de risque d'ASCVD et développera une athérosclérose à un moment ou à un autre au cours de sa vie;

H. considérant que si les hommes présentent un risque plus élevé d'ASCVD, les femmes sont plus nombreuses à en mourir;

I. considérant que les femmes présentent des symptômes différents et sont traitées différemment par rapport aux hommes;

J. considérant que trop peu de recherches sont effectuées quant aux ASCVD frappant les femmes et que trop peu de femmes sont concernées par les études en ce domaine;

K. considérant que la charge de morbidité des ASCVD pour la société belge actuelle est estimée à 5 milliards d'euros et que le coût individuel par patient et par trajectoire de la maladie est de 7.000 euros;

L. overwegende dat de huidige wetenschappelijke aanbevelingen aan de huisartsen en de specialisten (in Europa/België/Vlaanderen/Wallonië/Brussel) allemaal een andere aanpak voorstellen en niet systematisch aan de meest recente wetenschappelijke bevindingen worden aangepast;

M. overwegende dat er voor de huisartsen, de apothekers en de specialisten nog geen gemeenschappelijke aanbevelingen bestaan die rekening houden met alle aspecten en alle disciplines die ASCVD's tegengaan en die een multidisciplinaire aanpak van de behandeling van ASCVD's bevorderen;

N. overwegende dat er te weinig revalidatiecentra bestaan en dat die onvoldoende verspreid zijn om alle patiënten te bereiken;

O. overwegend dat de klemtoon vandaag veeleer op de ziekenhuiszorg dan op de ambulante zorg ligt;

P. overwegende dat de klinische laboratoria nog altijd achterhaalde streefwaarden hanteren, met name wat de LDL-gehalten (lipoproteïne, een lipidendrager) betreft;

Q. overwegende dat de huisartsen en de specialisten niet de nodige steun krijgen om een goede behandeling van de ASCVD's te waarborgen;

R. overwegende dat de huisartsen en de apothekers geen middelen hebben om de ASCVD-patiënten te begeleiden of de risicopatiënten te identificeren;

S. overwegende dat de beginselen van *Population Health Management* niet zijn opgenomen in de leerplannen van de huisartsen en van de apothekers;

T. gelet op de leemten in de bewustmaking en de opleiding van huisartsen omtrent ASCVD's;

U. gelet op de fundamentele rol van de huisartsen in de bewustmaking rond ASCVD's;

V. gelet op de intentie van het voorzitterstrio (Spanje, België en Hongarije) om hart- en vaatziekten op de agenda van de Raad van Europa te plaatsen;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. een nationaal actieplan ter bestrijding van de hart- en vaatziekten op te stellen, toegespitst op de ASCVD's en in navolging van het kankerplan en van de initiatieven ter bestrijding van diabetes;

L. considérant que les recommandations scientifiques disponibles (en Europe/Belgique/Flandre/Wallonie/Bruxelles) pour les généralistes et les spécialistes, proposent chacune une approche différente et ne sont pas systématiquement mises à jour au regard des dernières données scientifiques;

M. considérant que les recommandations communes pour les médecins généralistes, les pharmaciens et les spécialistes n'existent pas encore, prenant en compte tous les aspects et toutes les disciplines luttant contre l'ASCVD et facilitant une approche multidisciplinaire du traitement de l'ASCVD;

N. considérant qu'il y a trop peu de centres de révalidation et qu'ils ne sont pas suffisamment décentralisés pour atteindre tous les patients;

O. considérant qu'actuellement l'accent est mis sur les soins hospitaliers plutôt que sur les soins ambulatoires;

P. considérant que les laboratoires cliniques utilisent encore des valeurs cibles dépassées, notamment en ce qui concerne les taux de LDL (lipoprotéine – transporteur de lipides);

Q. considérant que les médecins généralistes et spécialistes n'ont pas le soutien nécessaire pour assurer une bonne prise en charge de l'ASCVD;

R. considérant que les médecins généralistes et les pharmaciens manquent d'outils pour accompagner les patients souffrant d'ASCVD ou identifier les patients à risque;

S. considérant que les principes du *Population Health Management* ne sont pas inclus dans les programmes d'études des médecins généralistes et des pharmaciens;

T. considérant les lacunes existantes en matière de sensibilisation et de formation des médecins généralistes concernant les ASCVD;

U. considérant le rôle essentiel que jouent les médecins généralistes dans la sensibilisation aux ASCVD;

V. considérant l'intention du trio de présidences (Espagne, Belgique et Hongrie) de mettre les maladies cardiovasculaires à l'ordre du jour du Conseil de l'Europe;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. d'élaborer un plan d'action national de lutte contre les maladies cardiovasculaires, centré sur les ASCVD, à l'instar du plan cancer et des initiatives visant à lutter contre le diabète;

2. te investeren in meer onderzoek naar ASCVD's bij vrouwen, met het oog op een vroegere diagnose, en bijgevolg, op een betere behandeling, alsook meer vrouwen te betrekken bij klinische proeven;

3. in het raam van een interministeriële conferentie "gezondheid" te onderzoeken hoe de volgende werkpistes kunnen worden verbeterd en meer kunnen worden ondersteund:

3.1. het publiek vanaf heel jonge leeftijd bewustmaken van de cardiovasculaire risicofactoren (primaire preventie);

3.2. meer inzetten op maatschappelijke opvoeding en op de zelfredzaamheid van de patiënten ten aanzien van hart- en vaatziekten;

3.3. de therapietrouw verbeteren door de bevolking en het zorgpersoneel te sensibiliseren;

3.4. de behandeling toegankelijk houden (via een nauwkeurige stratificatie van de patiënten);

3.5. de niet-farmacologische benaderingen van de cardiovasculaire risicofactoren ondersteunen;

3.6. campagnes organiseren om personen met een hoog risico op te sporen;

3.7. de noden van de patiënten in kaart brengen;

4. de deelstaten te verzoeken met kracht te bewerkstelligen dat in de basisopleidingen voor gezondheidszorgbeoefenaars meer rekening wordt gehouden met de atherosclerotische hart- en vaatziekten;

5. de patiënten een betere toegang tot de gegevens over de risicofactoren voor hart- en vaatziekten te geven en aldus de tekorten aan officiële gegevens aan te vullen, wetende dat de regeringen, de wetenschappelijke verenigingen en de artsen hun acties doeltreffender zouden kunnen sturen door zich op betere gegevens te baseren;

6. de medische praktijken inzake de opvolging en de behandeling van ASCVD's op elkaar af te stemmen, door zich te baseren op de meest recente wetenschappelijke gegevens, teneinde een multidisciplinaire aanpak van de behandeling van ASCVD-patiënten te faciliteren;

7. de methode voor de ontwikkeling van stratificatie-instrumenten op apotheekniveau onder de loep te nemen, gelet op het belang van de ontwikkeling van dergelijke instrumenten in het raam van het gemeenschappelijk farmaceutisch dossier en opdat de groepen patiënten

2. d'investir dans plus de recherches sur l'ASCVD frappant les femmes en vue d'un diagnostic plus précoce et, par conséquent, d'un meilleur traitement, et de les impliquer davantage dans les essais cliniques;

3. d'examiner, dans le cadre d'une conférence interministérielle "santé", la façon d'améliorer et de soutenir davantage les axes suivants:

3.1. sensibiliser le public aux facteurs de risque cardiovasculaire, dès le plus jeune âge (prévention primaire);

3.2. développer davantage l'éducation sociale et l'autonomisation des patients vis-à-vis des maladies cardiovasculaires;

3.3. améliorer l'adhésion thérapeutique en sensibilisant la population et les soignants;

3.4. assurer l'accès au traitement (selon la stratification précise des patients);

3.5. soutenir les approches non pharmacologiques des facteurs de risque cardiovasculaire;

3.6. organiser des campagnes de dépistage pour les personnes à haut risque;

3.7. cartographier les besoins des patients;

4. de demander aux entités fédérées d'insister pour que les maladies cardiovasculaires athérosclérotiques soient davantage prises en compte dans la formation de base des professionnels de la santé;

5. de favoriser un meilleur accès aux données sur les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires chez les patients et de combler ainsi le manque de données officielles, sachant qu'en s'appuyant sur de meilleures données, les gouvernements, les associations scientifiques et les médecins pourraient orienter leurs actions de manière plus efficace;

6. d'harmoniser les pratiques médicales en matière de suivi et de traitement de l'ASCVD, en se fondant sur les dernières données scientifiques afin de faciliter une approche multidisciplinaire du traitement des patients atteints d'ASCVD;

7. d'étudier la méthode consistant à développer des outils de stratification au niveau de la pharmacie, vu l'importance de développer de tels outils dans le cadre du dossier pharmaceutique commun, afin que les groupes de patients ayant des problèmes liés aux médicaments

die problemen ondervinden met de geneesmiddelen of de risicogroepen in een vroeger stadium kunnen worden opgespoord;

8. te bekijken, onder meer in het kader van het interfederaal plan geïntegreerde zorg, hoe de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en de specialisten kan worden bevorderd;

9. samen met het RIZIV te evalueren of er meer revalidatiecentra die hart- en vaatziekten behandelen opgericht kunnen worden;

10. instrumenten in te voeren die de huisartsen, de officina-apothekers en de specialisten helpen om de risicopatiënten te identificeren en hen een betere behandeling voor te schrijven;

11. na te gaan hoe de huisartsen en de apothekers kunnen worden gesteund en gestimuleerd om de systematische opsporing van ASCVD's te vergemakkelijken;

12. een strategie uit te bouwen die het mogelijk maakt de patiënt multidisciplinair te behandelen, gelet op het feit dat ASCVD's het gevolg zijn van veel risicofactoren;

13. de overbehandeling en de onderbehandeling van ASCVD's beter in kaart te brengen, teneinde te komen tot een aan elke patiënt aangepaste, gepersonaliseerde behandeling;

14. in de leerplannen van de gezondheidszorgbeoefenaars, van de huisartsen en van de apothekers, in overleg met de deelstaten, PHM op te nemen en meer aandacht te besteden aan de atherosclerotische hart- en vaatziekten, teneinde de kennis en de competenties ter zake te vergroten;

15. zich ertoe te verbinden de gegevens betreffende de hart- en vaatziekten in een geactualiseerde en nauwkeurige gegevensbank samen te brengen, te ordenen en te analyseren, met inachtneming van het privéleven van de patiënten;

16. na te gaan of het, met het oog op een optimale multidisciplinaire opsporing van ASCVD's, relevant is een systeem van informatiedeling te organiseren, waarbij wordt gewaakt over de gegevensbescherming en over het privéleven van de patiënten;

17. interdisciplinaire uitwisselingen tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg aan te moedigen, met name op lokaal niveau, om de segmentatiecriteria

ou les groupes à risque puissent être détectés à un stade plus précoce;

8. d'examiner, y compris dans le cadre du plan inter-fédéral de soins intégrés, comment promouvoir la coopération entre les soins primaires et les spécialistes;

9. d'évaluer avec l'INAMI s'il est possible de créer davantage de centres de réadaptation traitant des maladies cardiovasculaires;

10. de mettre en place des outils pour aider les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les spécialistes à identifier les patients à risque et à mieux les prendre en charge;

11. d'évaluer de quelle manière il est possible d'apporter un soutien et de prévoir des incitants à l'attention des médecins généralistes et des pharmaciens afin de faciliter le dépistage systématique de l'ASCVD;

12. de mettre en place une stratégie permettant de traiter le patient de manière multidisciplinaire, étant donné que l'ASCVD est le résultat de nombreux facteurs de risque;

13. de permettre un meilleur suivi du surtraitement et de sous-traitement de l'ASCVD afin d'obtenir un traitement personnalisé adapté à chaque patient;

14. d'inclure, en concertation avec les entités fédérées, la gestion de la santé publique (PHM) ainsi qu'une plus grande attention aux maladies cardiovasculaires athérosclérotiques, dans les programmes d'études des professionnels de la santé, des médecins généralistes et des pharmaciens, afin d'accroître leurs connaissances et leurs capacités en la matière;

15. de s'engager à collecter, compiler et analyser les données relatives aux maladies cardiovasculaires dans une base de données actualisée et précise, et ce dans le respect de la vie privée des patients;

16. d'évaluer, afin de garantir le meilleur dépistage multidisciplinaire possible de l'ASCVD, l'opportunité d'organiser un système de partage d'informations, tout en veillant à la protection des données et de la vie privée des patients;

17. de motiver les échanges interdisciplinaires entre les différents acteurs de la santé, en particulier localement, afin de déterminer les critères de segmentation

(demografische kenmerken) met betrekking tot ASCVD-patiënten te bepalen;

18. een aanpak uit te stippelen die gericht is op de invoering van een gepersonaliseerd zorgtraject voor de patiënten;

19. te blijven ijveren om hart- en vaatziekten op de agenda te plaatsen van het voorzitterschap van de Raad van de Europese Unie, gelet op het feit dat hart-en vaatziekten op het programma staan van het voorzitterschapstrio van de Raad van de Europese Unie (namelijk Spanje, België en Hongarije).

10 juli 2024

Nathalie Muylle (cd&v)
Daniel Bacquelaine (MR)

(caractéristiques démographiques) des patients frappés par l'ASCVD;

18. de définir une approche visant à mettre en place un trajet de soins personnalisés pour les patients;

19. de poursuivre ses efforts pour mettre les maladies cardiovasculaires à l'ordre du jour de la présidence du Conseil de l'Union européenne, étant donné que les maladies cardiovasculaires figurent au programme du trio de présidences du Conseil de l'Union européenne (à savoir l'Espagne, la Belgique et la Hongrie).

10 juillet 2024