

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

17 januari 2025

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

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

Tekst aangenomen

door de commissie
voor Gezondheid en Gelijke Kansen

Zie:

Doc 56 **0145/ (B.Z. 2024)**:

001: Voorstel van resolutie van mevrouw Muylle en de heer Bacquelaïne.

002 tot 005: Amendementen.

006: Verslag.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

17 janvier 2025

PROPOSITION DE RÉOLUTION

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

Texte adopté

par la commission
de la Santé et de l'Égalité des chances

Voir:

Doc 56 **0145/ (S.E. 2024)**:

001: Proposition de résolution de Mme Muylle et M. Bacquelaïne

002 à 005: Amendements.

006: Rapport.

00935

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

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

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 niet-specifieke risicofactoren, die elke persoon kan treffen, waardoor bijna iedereen het risico loopt op een bepaald moment in het leven atherosclerose te 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;

L. overwegende dat de huidige wetenschappelijke aanbevelingen aan de huisartsen en de specialisten (in Europa/België/Vlaanderen/Wallonië/Brussel) allemaal

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 non spécifiques qui peuvent concerner tout un chacun, presque tout le monde risquant dès lors de développer 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. considérant que les recommandations scientifiques disponibles (en Europe/Belgique/Flandre/Wallonie/Bruxelles) pour les généralistes et les spécialistes

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 het ontbreekt aan de nodige ondersteuning en stimulansen voor huisartsen om systematische screening van ASCVD's mogelijk te maken en om geharmoniseerde evidence-based richtsnoeren met betrekking tot de behandeling van ASCVD's door huisartsen en specialisten ten uitvoer te leggen;

R. overwegende dat huisartsen, specialisten en apothekers vandaag over onvoldoende opsporingsinstrumenten beschikken om risicopatiënten te identificeren;

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

T. 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. in samenwerking met de deelstaten een nationaal actieplan ter bestrijding van hart- en vaatziekten op te stellen, met bijzondere aandacht voor ASCVD's en toegespitst op onder meer preventie, sensibilisering en informatiecampaagnes, onderwijs, vroegdetectie en screening, behandeling en opvolging;

2. te investeren in meer onderzoek naar ASCVD's bij vrouwen, met het oog op het aanpassen van de medische richtlijnen voor wat betreft de diagnose en eventueel de

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 et les incitants nécessaires pour pouvoir réaliser un dépistage systématique de l'ASCVD et assurer la mise en oeuvre de lignes directrices harmonisées fondées sur des données probantes pour la prise en charge de l'ASCVD;

R. considérant qu'à l'heure actuelle, les médecins généralistes, les spécialistes et les pharmaciens ne disposent pas d'outils de dépistage suffisants pour identifier les patients à risque;

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

T. 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, en collaboration avec les entités fédérées, un plan d'action national de lutte contre les maladies cardiovasculaires accordant une attention particulière aux ASCVD et notamment centré sur la prévention, la sensibilisation et les campagnes d'information, l'enseignement, la détection précoce et le dépistage, le traitement et le suivi;

2. d'investir dans plus de recherches sur l'ASCVD frappant les femmes en vue de modifier les directives médicales relatives au diagnostic et éventuellement au

behandeling van vrouwelijke patiënten, 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), met bijzondere aandacht voor bepaalde doelgroepen, namelijk vrouwen, kinderen en kwetsbare groepen;

3.2 de bevolking bewustmaken van de genetische dimensie van sommige hart- en vaatziekten;

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

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

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

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

3.7. campagnes, in samenwerking met de relevante stakeholders, en met bijzondere aandacht voor gezondheidszorgbeoefenaars, organiseren om personen met een hoog risico op het ontwikkelen van ASCVD's op te sporen;

3.8. de noden van de patiënten in kaart brengen;

3.9. de bevolking opleiding over levensreddende handelingen geven, meer bepaald op school of op de werkvloer, want eenieder kan vroeg of laat worden geconfronteerd met een situatie met levensgevaar, zoals een hartaanval, en moet gepast kunnen reageren om levens te redden;

4. 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;

5. 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

traitement des patientes, et d'impliquer davantage de femmes 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); en accordant une attention particulière aux groupes cibles que sont notamment les femmes, les enfants et les populations précarisées;

3.2 sensibiliser la population à la dimension génétique de certaines maladies cardiovasculaires;

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

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

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

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

3.7. organiser des campagnes, en collaboration avec les acteurs concernés, en accordant une attention particulière aux professionnels des soins de santé, afin de dépister les personnes présentant un risque élevé d'ASCVD;

3.8. cartographier les besoins des patients;

3.9. assurer à la population une formation aux gestes qui sauvent, notamment dans les écoles ou sur le lieu du travail, car toute personne est susceptible d'être confrontée à des situations de détresse vitale, notamment l'arrêt cardiaque, et doit savoir réagir pour sauver des vies;

4. 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;

5. 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

gegevens, teneinde een multidisciplinaire aanpak van de behandeling van ASCVD-patiënten te faciliteren;

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

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

8. samen met het RIZIV te evalueren of er meer re-validatiecentra die hart- en vaatziekten behandelen nodig zijn;

9. evidence-based screenings- en opvolgingsinstrumenten in te voeren die de huisartsen, de officina-apothekers en de specialisten helpen om de risicopatiënten te identificeren en hun een betere behandeling voor te schrijven;

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

11. 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;

12. maatregelen voor te bereiden met het oog op een betere terugbetaling van geneesmiddelen die de risicofactoren voor hart- en vaatziekten behandelen;

13. te onderzoeken of de terugbetaling van testen op het Lipoproteïne A (LpA) een meerwaarde kan betekenen;

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

15. het samenbrengen van geactualiseerde en nauwkeurige gegevens van patiënten met het oog op een betere informatie-uitwisseling, maar ook met het oog op wetenschappelijk onderzoek en prevalentiestudies, te stimuleren en dit steeds met inachtneming van de GDPR-regelgeving;

approche multidisciplinaire du traitement des patients atteints d'ASCVD;

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

7. 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;

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

9. de mettre en place des outils de dépistage et de suivi fondés sur des données probantes 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;

10. 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;

11. 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;

12. d'envisager les mesures permettant une amélioration du remboursement des médicaments qui traitent les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires;

13. d'examiner si le remboursement du test de la lipoprotéine A (LpA) peut apporter une valeur ajoutée;

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

15. d'inciter à collecter les données actualisées et précises relatives aux patients de manière à permettre un meilleur échange d'informations, mais aussi pour favoriser la recherche scientifique et la réalisation d'études de prévalence, en veillant continuellement au respect du règlement RGPD;

16. met het oog op een optimale opsporing van aandoeningen zoals ASCVD's inzetten op een betere informatiedeling tussen de relevante gezondheidszorg-beoefenaars via het gedeeld patiëntendossier, waarbij wordt gewaakt over de gegevensbescherming en het privéleven van patiënten;

17. interdisciplinaire uitwisselingen tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg aan te moedigen, met name op lokaal niveau, om de segmentatiecriteria (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 ook op Europees niveau een prioriteit te maken van de strijd tegen hart- en vaatziekten;

20. een snelle medische behandeling te garanderen van ischemische cardiopathieën en beroertes op het hele grondgebied, teneinde de patiënten een zo groot mogelijke overlevingskans te geven.

16. de développer, pour garantir le meilleur dépistage possible de certaines maladies telles que l'ASCVD, un meilleur partage d'informations entre les professionnels de la santé concernés au moyen du dossier partagé, 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 (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 faire de la lutte contre les maladies cardiovasculaires une priorité de l'Union européenne;

20. d'assurer une prise en charge médicale rapide des cardiopathies ischémiques et des accidents vasculaires cérébraux; cela, sur l'ensemble du territoire, pour donner le maximum de chances aux patients.