

PACTE NATIONAL PRÉVENTION

*Soigner aussi bien en dépensant mieux : ce que rapporterait à la Belgique
une politique de prévention unifiée au niveau fédéral*

Analyse, chiffrage et proposition

Une initiative de



Août 2026

Synthèse

La Belgique soigne remarquablement bien et prévient remarquablement mal.

Dans son rapport 2024 sur la performance du système de santé, le KCE classe notre pays dernier de l'UE-14 pour la mortalité évitable par la prévention, chez les hommes comme chez les femmes, alors que la mortalité dite « traitable », celle que des soins de qualité permettent d'empêcher, figure parmi les plus basses d'Europe. Nous excellons à réparer ce que nous n'avons pas cherché à éviter.

Notre pays consacre moins de 2 % de ses dépenses de santé à la prévention, soit environ 1,15 milliard d'euros par an (notre calcul, détaillé en annexe A.1), quand la moyenne européenne se situe à 4 % et celle de l'OCDE à 3,4 % : la Belgique y consacre 1,8 % de ses dépenses courantes de santé, soit près de deux fois moins que la moyenne des pays de l'OCDE. Quelque 25 600 décès annuels sont attribuables aux facteurs de risque comportementaux, dont 12 500 au tabac. La facture ne s'arrête pas aux 64 milliards de dépenses de soins : les indemnités d'incapacité de travail ont atteint 14,85 milliards en 2024 et se dirigent vers 19 milliards en 2029, à charge du fédéral. Fin 2025, l'INAMI recensait 576 643 malades de longue durée, soit 105 000 de plus qu'il y a cinq ans ; leurs seules indemnités d'invalidité ont coûté 10,6 milliards l'an dernier.

L'espérance de vie atteint 82,6 ans, mais l'espérance de vie en bonne santé plafonne à 64 ans, ce qui signifie qu'un Belge passe en moyenne près de dix-neuf années de sa vie avec des limitations. En outre, ces moyennes recouvrent des écarts sociaux considérables : à 25 ans, l'écart d'espérance de vie sans incapacité entre les niveaux d'instruction les plus bas et les plus élevés atteint 10,5 ans chez les hommes et 13,4 ans chez les femmes. La prévention est le principal levier public capable d'agir sur ces deux dimensions, que la médecine curative ne corrige qu'à la marge.

Cette contre-performance n'est pas due à un manque de savoir-faire. La prévention est éclatée entre communautés, régions, commissions communautaires et fédéral, jusqu'à douze ministres selon le comptage, et surtout : ceux qui devraient investir, les entités fédérées, ne sont pas ceux qui récoltent les économies, engrangées par le fédéral via l'INAMI. Chacun agit rationnellement en n'investissant pas. C'est l'ensemble qui est absurde.

Le Pacte national prévention propose de **porter le budget de la prévention de 1,15 à 2,55 milliards d'euros par an, soit 4 % des dépenses de santé, sous le pilotage d'un acteur unique, le fédéral**, seul niveau qui bénéficie financièrement des résultats. L'effort supplémentaire, 1,4 milliard par an en rythme de croisière, est financé pour l'essentiel par une fiscalité comportementale rénovée. Cette politique, qui commence nécessairement par un investissement, devient rapidement rentable. **Le Pacte s'autofinance dès la première année** : les recettes fiscales et les premiers effets sur l'incapacité de travail couvrent l'investissement, si bien que le volet prévention est légèrement positif sur la législation (+0,35 milliard cumulé) sans peser sur le budget. C'est à partir de 2030 que le rendement monte en puissance, vers au moins 3 milliards d'économies nettes par an à l'horizon 2032-2033, prévention intégralement payée. Et surtout, entre 3 800 et 6 400 décès prématurés seraient évités chaque année à terme, trois années d'espérance de vie en bonne santé gagnées et un cinquième de l'écart social comblé.

Ce pacte inclut **un plan d'efficience du système de soins** — médicaments, pertinence des actes, hôpital et première ligne, administration — qui n'attend pas la prévention pour produire ses effets et dégage 1,8 milliard cumulé sur la seule législature 2027-2029. **L'ensemble donne environ 2,2 milliards**

d'économies nettes cumulées avant les élections de 2029, puis un solde consolidé de l'ordre de 4,3 milliards par an en régime de croisière.

1. Le paradoxe belge : d'excellents soins, une prévention défailante

1.1 Un système cher et performant pour soigner

En 2023, la Belgique a dépensé 4 570 euros par habitant pour la santé, près de 20 % de plus que la moyenne européenne, soit 10,8 % du PIB ou environ 64 milliards d'euros par an. L'objectif de dépenses de l'assurance soins de santé de l'INAMI atteint pour sa part 41 milliards en 2026, sur un budget global de 46,8 milliards. Cet argent achète de la vraie qualité : une espérance de vie de 82,6 ans en 2024, un an au-dessus de la moyenne de l'Union, une mortalité évitable et traitable combinée inférieure d'environ 30 % à la moyenne européenne, et un accès aux soins parmi les meilleurs du continent, avec 1,5 % seulement de besoins non satisfaits.

Ce satisfecit appelle toutefois une nuance de méthode, car l'espérance de vie est un indicateur réducteur : elle compte les années vécues sans rien dire de leur qualité ni de l'état de santé qui les accompagne. L'indicateur pertinent pour juger l'état de santé d'une population est l'espérance de vie en *bonne santé*, c'est-à-dire le nombre d'années vécues sans limitation d'activité. Or la Belgique n'y figure pas parmi les meilleurs : 64 ans en 2023, contre 63,7 en 2022. L'écart avec l'espérance de vie totale, près de dix-neuf ans, mesure exactement ce que la médecine curative sait prolonger mais pas préserver, et ce que la prévention seule peut réduire. C'est aussi la raison pour laquelle le Pacte se fixe des objectifs en années de vie en bonne santé et non en seule longévité.

1.2 Le point noir : la mortalité que la prévention aurait pu éviter

Les épidémiologistes décomposent la mortalité prématurée, avant 75 ans, en deux catégories : les décès « traitables », qu'un système de soins performant peut empêcher, et les décès « évitables », qui relèvent de la santé publique et de la prévention. Sur les premiers, la Belgique fait partie des bons élèves européens. Sur les seconds, le KCE la classe dernière de l'UE-14 sur les données 2020, pour les deux sexes. Ce classement inclut le Covid parmi les causes évitables, ce qui alourdit l'année 2020 ; mais la position belge était déjà mauvaise avant la pandémie et le profil européen 2025 confirme qu'en 2022, notre taux de mortalité évitable restait supérieur à celui de la plupart des pays d'Europe occidentale, dont la France et les Pays-Bas.

En 2019, dernière année « normale », le taux standardisé s'établissait à 193 décès pour 100 000 chez les hommes et 92 chez les femmes, avec des écarts régionaux considérables, la Wallonie se situant 40 à 60 % au-dessus de la Flandre et Bruxelles entre les deux, et un gradient social très marqué. Les principales causes en 2022 : le cancer du poumon, la BPCO et les maladies liées à l'alcool. Le tabac et l'alcool, pour l'essentiel. Ces ordres de grandeur sont confirmés et actualisés en continu par le Health Status Report de Sciensano, qui publie les séries les plus récentes de mortalité prématurée et de causes de décès prématurés ; c'est cette source qu'il convient de citer pour toute actualisation ultérieure, le rapport KCE de 2024 fixant quant à lui le classement européen de référence.

1.3 Les facteurs de risque et leur facture

- 26 % de l'ensemble des décès belges de 2021 sont attribuables aux facteurs de risque comportementaux et environnementaux. Les seuls facteurs comportementaux comptent pour environ 25 600 décès, dont 12 500 dus au tabac (données IHME).
- Le tabagisme quotidien recule (12,8 % en 2024), mais le vapotage progresse fortement chez les jeunes. L'obésité adulte atteint 17 % et augmente. Un adolescent de 15 ans sur quatre déclare des ivresses répétées, cinq points de plus qu'en 2018. La sédentarité dépasse la moyenne européenne.
- L'étude SOCOST menée pour BELSPO chiffre le coût social du tabac, de l'alcool et des drogues à 4,63 milliards d'euros par an en coûts directs et indirects, soit 1,19 % du PIB, sans compter plus de 500 000 années de vie en bonne santé perdues.
- L'OCDE estime que les maladies liées à l'obésité absorbent 8,4 % des budgets de santé de ses membres, ce qui représenterait environ 5 milliards à l'échelle belge, et ampute leur PIB de 3,3 %.
- La consommation de médicaments constitue un indicateur complémentaire trop rarement mobilisé. En 2024, les dépenses brutes de médicaments de l'INAMI ont atteint 7,9 milliards d'euros, en hausse de 9,6 % sur un an, soit 5,6 milliards nets de contributions de l'industrie et 17,3 % du budget total des soins de santé ; l'institut prévoit 246 nouveaux médicaments et 189 extensions d'indications pour la seule période 2024-2025. Sans entrer dans le débat du juste prix ni dans celui de la surprescription, une consommation médicamenteuse élevée et croissante signale une prévalence importante de maladies chroniques, dont une partie est évitable. Ce lien doit être interprété avec prudence, car il dépend aussi de l'innovation thérapeutique et du vieillissement, mais il nuance utilement une analyse qui reposerait sur les seules dépenses globales et la seule espérance de vie.
- Le poste qui dérape le plus vite est fédéral : les indemnités d'incapacité de travail, troisième budget de la sécurité sociale devant le chômage, sont passées à 14,85 milliards en 2024 et devraient dépasser 19 milliards en 2029. Le nombre de malades de longue durée a doublé en quinze ans, de 290 000 en 2011 à 576 643 fin 2025, une hausse récente que le relèvement de l'âge de la pension alimente aussi. Une part substantielle de ces situations relève de pathologies largement prévenables : troubles musculo-squelettiques, burn-out et autres troubles psychiques, maladies cardiovasculaires et métaboliques.

Au total, **la Belgique paie sa non-prévention en soins curatifs, une deuxième fois en indemnités et en productivité perdue, et une troisième fois en vies.** Le pays qui soigne le mieux d'Europe laisse mourir prématurément ses habitants davantage que ses voisins.

1.4 Les inégalités sociales de santé et la littératie : le déterminant qu'on n'ose pas nommer

Aucune analyse sérieuse de la santé en Belgique ne peut faire l'économie des inégalités sociales, qui constituent l'un des principaux déterminants de l'état de santé de la population et expliquent une part importante des différences observées en matière de morbidité, de mortalité et de recours à la prévention. Les chiffres sont brutaux. À 25 ans, l'écart d'espérance de vie sans incapacité entre les niveaux d'instruction les plus faibles et les plus élevés atteint 10,5 ans chez les hommes et 13,4 ans chez les femmes ; il subsiste à 50 ans, autour de 6,7 et 7,7 ans, et jusqu'à 65 ans. Les personnes peu

diplômées jugent leur santé mauvaise ou moyenne 2,2 fois plus souvent que les plus diplômées (35 % contre 16 %).

Or ce sont précisément ces publics qui participent le moins aux dispositifs de prévention, ce qui produit un effet pervers bien documenté : une politique de prévention mal ciblée creuse les inégalités qu'elle prétend réduire, parce qu'elle est d'abord captée par les groupes déjà les mieux informés. À cela s'ajoute la question de la *littératie* en santé, c'est-à-dire la capacité à comprendre, évaluer et utiliser l'information sanitaire, qui influence fortement les comportements de prévention, l'usage adéquat des soins et, in fine, les résultats de santé. Environ un tiers de la population belge présente un niveau de littératie limité, avec le même gradient géographique et social que le reste : 38 % à Bruxelles et 36 % en Wallonie contre 29 % en Flandre.

Ce constat commande trois inflexions dans la conception du Pacte, reprises dans les sections opérationnelles. Chaque campagne comporte un objectif de réduction d'écart et non seulement un objectif de couverture moyenne, faute de quoi on améliore la moyenne en aggravant l'écart. Les dispositifs privilégient l'invitation active et l'aller-vers — kit envoyé à domicile, dépistage en pharmacie, opérateurs de terrain dans les quartiers — plutôt que l'offre passive. Enfin, la littératie en santé devient un objectif explicite du volet scolaire et des campagnes, avec des supports adaptés aux publics à faible littératie, ce qui suppose de les tester avant diffusion plutôt que d'écrire pour des lecteurs déjà convaincus.

1.5 Les déterminants environnementaux : un facteur réel, une compétence partagée

Une politique de prévention qui ne parlerait que de comportements individuels serait incomplète. Une partie de la charge de morbidité ne dépend pas de ce que les gens choisissent, mais de l'air qu'ils respirent et des substances auxquelles les produits qu'ils achètent les exposent. Les ordres de grandeur ne sont pas marginaux. En 2022, les particules fines étaient associées à près de 5 800 décès en Belgique, soit environ 5 % de la mortalité totale, et le dioxyde d'azote à quelque 2 950 décès — l'Agence européenne pour l'environnement précise qu'il ne faut pas additionner ces estimations, les effets des polluants se recouvrant partiellement. À Bruxelles, les évaluations situent la charge autour de neuf cents décès par an.

Pour les perturbateurs endocriniens, présents dans les plastiques, les cosmétiques, les emballages alimentaires et certains pesticides, l'étude de référence coordonnée par Leonardo Trasande chiffre le coût sanitaire à environ 157 milliards d'euros par an à l'échelle de l'Union, soit 1,23 % du PIB européen. Côté exposition, la Belgique dispose d'un début de mesure : le programme wallon de biomonitoring humain BMH-Wal conduit par l'ISSEP, l'étude EXPOPESTEN qui a mesuré l'imprégnation en pesticides de 250 enfants de neuf à douze ans, et les travaux de Sciensano sur les perturbateurs endocriniens et la cohorte mère-enfant. Ces dispositifs existent, mais dispersés et non consolidés à l'échelle nationale — le même mal que celui décrit au chapitre suivant.

Ces expositions suivent le même gradient social que le tabac et l'obésité, et pour des raisons matérielles évidentes. Les produits les moins chers sont souvent les plus chargés en substances préoccupantes ; la qualité de l'air intérieur dépend de l'état du logement et de la capacité à ventiler ; et les quartiers les plus exposés au trafic sont rarement les plus aisés. L'environnement n'est donc pas un sujet distinct des inégalités sociales de santé décrites en 1.4 : c'en est une composante.

1.6 Les obstacles à l'accès : ce qui peut faire échouer une politique de prévention

Une campagne de dépistage de l'hypertension chez le généraliste suppose qu'on puisse obtenir un rendez-vous et qu'on ait les moyens de le payer. Or ces deux conditions ne sont plus réunies pour une part croissante de la population.

Du côté du coût, l'enquête annuelle de l'Institut Solidaris établit qu'en 2024, **41 % des Belges francophones ont renoncé à au moins une prestation de santé pour des raisons financières**, contre 32 % en 2015. Le renoncement atteint 54 % chez les plus pauvres contre 24 % chez les plus aisés, 48 % chez les femmes contre 33 % chez les hommes, 60 % dans les familles monoparentales, et **63 % chez les personnes en incapacité de travail** — c'est-à-dire exactement la population que le Pacte entend ramener vers la santé et vers l'emploi. Les soins dentaires sont les premiers sacrifiés, avec 23 % de renoncement.

Du côté de l'offre, **la pénurie de médecins généralistes** redouble l'obstacle. L'AViQ reconnaissait plus de cinquante communes wallonnes en situation de pénurie en 2023 ; les travaux du DULBEA identifient un sous-effectif médical dans 129 des 252 communes analysées ; près d'un tiers des Bruxellois vivent dans un quartier où l'accessibilité au généraliste est insuffisante. Et les mesures correctrices engagées ne produiront leurs effets qu'en 2030 ou 2031.

Ces deux obstacles ne relèvent pas de la prévention. Ils appellent leurs propres réponses, dans le financement de l'assurance maladie et dans la planification des professions de santé. Le Pacte ne les résoudra pas. Mais il devait en tenir compte dans sa conception. C'est la raison pour laquelle les canaux retenus au chapitre 5 contournent délibérément le goulot d'étranglement de la consultation payante : le kit de dépistage colorectal envoyé au domicile plutôt que remis en cabinet, le dépistage de la tension et de la glycémie en pharmacie autant que chez le généraliste, l'auto-prélèvement pour le dépistage du col de l'utérus, la vaccination organisée à l'école, l'invitation active adressée à la personne plutôt que l'offre passive qui attend qu'elle se présente. Chacun de ces choix répond à une contrainte d'accès, et non à une préférence technique. C'est aussi ce qui distingue une politique de prévention conçue pour tous d'une politique qui ne toucherait que ceux qui ont déjà un médecin et les moyens de le consulter.

2. Pourquoi ? Une politique de prévention institutionnellement orpheline

Depuis 1980, et plus encore depuis la sixième réforme de l'État et les accords de la Sainte-Émilie, la promotion de la santé et la prévention relèvent principalement des entités fédérées, mais de façon incomplète et enchevêtrée. Côté francophone, la compétence se répartit entre la Région wallonne via l'AViQ, la Cocof, et la Fédération Wallonie-Bruxelles pour l'ONE, la médecine scolaire et la vaccination des mineurs. La Flandre a intégré la matière dans ses propres agences. Le fédéral, lui, conserve la fiscalité, la réglementation des produits, l'assurance maladie et une partie de la vaccination. Selon la façon de compter, six à douze ministres détiennent une parcelle de compétence en santé. La Conférence interministérielle Santé publique, qui n'a aucun pouvoir contraignant, tient lieu de gouvernement sanitaire.

Cette dispersion produit trois effets.

Le premier, décisif, est un désalignement des incitants. Les communautés et régions financent la prévention sur leurs budgets, mais les économies qu'elle génère, en hospitalisations et en invalidité évitées, reviennent au fédéral. Pour une entité fédérée, investir dans la prévention est une dépense sans retour. Le résultat était prévisible : le pays plafonne sous les 2 % quand les Pays-Bas dépassent 5 % et que l'Allemagne et l'Italie dépassent 4,5 %.

Le deuxième est l'impossibilité de mener des politiques de manière coordonnée envers toute la population. Les instruments les plus efficaces, la fiscalité, le prix minimum, la régulation de la publicité et de la composition des produits, sont fédéraux ; les acteurs de terrain sont fédérés ; aucun plan ne les aligne. Le premier plan alcool national date de 2023, après des années de blocage en Conférence interministérielle.

Le troisième est une perte d'échelle. Trois systèmes régionaux de dépistage du cancer, des registres et des campagnes dupliqués, des données éclatées entre Sciensano, les entités et les mutualités. La conséquence se mesure : en 2024, 55 % des Flamands participaient au dépistage colorectal, contre 30 % des Bruxellois et 26 % des Wallons. Même pays, même cancer, même test. La vaccination contre le papillomavirus offre un second exemple, plus spectaculaire encore : la couverture à deux doses atteint 84,3 % chez les filles et 77,3 % chez les garçons en Flandre, contre 50,2 % et 45,4 % en Wallonie. Un écart de plus de trente points sur un vaccin gratuit, contre un cancer que l'on sait éliminer, ne s'explique par aucune donnée biologique ni par aucun choix des familles : il mesure une différence d'organisation, la Flandre vaccinant systématiquement en milieu scolaire là où le sud du pays s'en remet davantage à la démarche individuelle.

L'hypothèse politique du Pacte, confier la prévention à un acteur unique, le fédéral, répond d'abord au premier problème : le fédéral est le seul niveau qui récupère financièrement les fruits de la prévention, par le budget des soins, par celui des indemnités et par les cotisations sur l'activité préservée. Qui commande paie ; qui paie récolte. Elle répond aussi au deuxième, puisque les grands leviers réglementaires et fiscaux sont déjà entre les mains du fédéral.

3. Ce que montrent les expériences étrangères

3.1 La prévention à grande échelle fonctionne

- **Finlande.** Lancé en 1972 en Carélie du Nord puis étendu à tout le pays, le programme de prévention cardiovasculaire (alimentation, tabac, hypertension) a réduit la mortalité coronarienne des 35-64 ans de plus de 80 % en quarante ans. Les deux tiers de cette baisse s'expliquent par le recul des facteurs de risque, un tiers seulement par les progrès des traitements.
- **Royaume-Uni.** La taxe sodas de 2018, conçue par paliers pour pousser les fabricants à reformuler plutôt que pour taxer les consommateurs, a fait baisser la teneur en sucre des boissons d'environ 47 %, là où la démarche volontaire ne donnait que 3,5 %. Les évaluations mesurent des baisses d'obésité chez les fillettes de 10-11 ans et un recul de 28 % des extractions dentaires chez les 0-4 ans. Le dispositif vient d'être étendu.

3.2 Une honnêteté nécessaire sur les économies nettes

Un programme crédible ne surpromet pas. La littérature distingue en réalité trois familles de mesures. La fiscalité et la réglementation coûtent peu, rapportent des recettes et réduisent les dépenses : elles sont directement rentables pour l'État. Les dépistages organisés, la vaccination ou l'accompagnement au sevrage ne sont pas gratuits, mais leur coût par année de vie gagnée est très inférieur aux seuils admis : ils sont parmi les meilleurs achats de toute la médecine. Restent les programmes diffus, dont l'effet net à très long terme fait débat, notamment parce que des vies allongées engendrent d'autres dépenses. L'argument central demeure toutefois valable pour la Belgique : notre retard sur la moyenne européenne est tel que le rendement d'un rattrapage est au plus haut, et l'essentiel des gains passe par les deux premières familles. S'y ajoute une particularité belge : l'explosion du poste incapacité de travail fait que la prévention rapporte ici massivement en dehors du budget des soins.

Deux réserves. La première tient au décalage temporel : l'impact de ce type d'intervention ne se manifeste pleinement qu'à long terme, ce qui limite la visibilité de ses effets à court terme et expose le Pacte au reproche de promettre des résultats invérifiables dans le temps d'une législature. C'est précisément pourquoi le chiffrage sépare les effets rapides — recettes fiscales, incapacité de travail — des effets lents, et pourquoi la trajectoire 2027-2029 ne repose pas sur les seconds. La seconde réserve est plus exigeante encore : évaluer l'efficacité des mesures de prévention suppose une surveillance épidémiologique de qualité et des données fiables et longitudinales. Sans elles, on ne saura pas distinguer ce qui a fonctionné de ce qui n'a fait qu'accompagner une tendance. Sciensano joue à cet égard un rôle essentiel en Belgique, en produisant et en analysant les données qui permettent de suivre l'évolution des indicateurs de santé et de mesurer l'impact des politiques. Le Pacte finance en conséquence explicitement cette fonction de surveillance.

4. Chiffrage pour la Belgique : vies et milliards

Tous les montants de cette section sont annuels et récurrents. Le budget prévention actuel avoisine 1,15 milliard d'euros par an ; l'objectif de 4 % correspond à un budget d'environ 2,55 milliards par an, chaque année, et non à une enveloppe unique. L'effort supplémentaire s'élève donc à 1,4 milliard par an en rythme de croisière, atteint progressivement entre 2027 et 2030, et financé en majorité par la fiscalité comportementale décrite en 5.2. Convention temporelle : la législature court jusqu'aux élections de 2029, et 2030 est traitée comme la première année du rythme de croisière. La méthode de calcul de chaque ligne est détaillée en annexe.

Ce rapport distingue deux ensembles. Le **Pacte prévention** proprement dit — l'investissement de 1,4 milliard et les trois retours qu'il produit : recettes fiscales, économies de soins, économies d'indemnités. Et un **plan d'efficience du système de soins** : médicaments, pertinence des actes, hôpital et première ligne, administration. Les tableaux qui suivent présentent d'abord le Pacte seul, puis le total consolidé des deux plans.

4.1 Vies épargnées et années de vie en bonne santé

Scénario	Hypothèse	Décès prématurés évités/an
Prudent	-15 % des ~25 600 décès attribuables aux facteurs comportementaux	≈ 3 800
Central	-25 % (rattrapage partiel de la moyenne UE-14)	≈ 6 400
Ambitieux (20 ans)	alignement sur les meilleurs (Suède, Pays-Bas), trajectoire finlandaise	> 8 000

Ordres de grandeur cohérents avec l'écart de mortalité évitable entre la Belgique (193 hommes / 92 femmes par 100 000) et les meilleurs de l'UE-14, 30 à 40 % plus bas. L'expérience finlandaise montre que des réductions supérieures sont atteignables sur vingt à trente ans.

À cet objectif de mortalité s'ajoute un objectif de morbidité, conformément à la logique exposée en 1.1 : le Pacte vise à porter l'espérance de vie en bonne santé de 64 à 67 ans à l'horizon 2035, et à réduire d'un cinquième l'écart d'espérance de vie sans incapacité entre niveaux d'instruction. Ces deux cibles, plus difficiles à atteindre que la baisse de mortalité, sont aussi celles qui parlent le plus directement aux citoyens : **il ne s'agit pas seulement de vivre plus longtemps, mais de vivre plus longtemps en bonne santé, et pas seulement pour les plus diplômés**. Elles figurent dans le rapport et les documents techniques comme objectifs de référence ; l'indicateur reposant sur des enquêtes déclaratives et évoluant lentement, la communication publique continue de s'appuyer prioritairement sur les indicateurs de mortalité et d'invalidité, plus immédiatement vérifiables.

4.2 Les gains annuels du Pacte prévention en régime de croisière

Poste (par an)	Mécanisme	Fourchette (Mrd €)	Scénario central (Mrd €)
Soins de santé (INAMI)	2 à 6 % de l'objectif budgétaire (41 Mrd) : hospitalisations cardiovasculaires, cancers, BPCO, diabète évités	0,8 – 2,5	1,6
Indemnités d'incapacité	infléchir de 5 à 10 % la trajectoire (19 Mrd en 2029) via santé mentale au travail, TMS, maladies chroniques	1,0 – 1,9	1,45
Recettes de fiscalité comportementale	taxe sodas à paliers, trajectoire tabac, prix minimum alcool (cf. 5.2)	0,3 – 0,6	0,45

Poste (par an)	Mécanisme	Fourchette (Mrd €)	Scénario central (Mrd €)
Gains bruts du Pacte prévention		2,1 – 5,0	3,5

Hors gains de productivité et de recettes fiscales et sociales liés à l'activité préservée, et hors valeur monétisée des années de vie gagnées. Les gains sur les soins montent en puissance sur cinq à quinze ans ; les recettes fiscales et une partie des gains d'incapacité sont quasi immédiates. Ces montants sont bruts : il faut en déduire l'investissement de 1,4 milliard pour obtenir le gain net.

4.3 Trajectoire du Pacte prévention seul : un plan qui s'autofinance

Le tableau qui suit présente le **Pacte prévention stricto sensu**, sans le plan d'efficience. La lecture est nette : l'investissement est intégralement couvert par ses propres retours dès la première année, et le solde devient franchement positif à partir de 2030.

Mrd € (par rapport à 2026)	2027	2028	2029	Cumul 2027-2029	2030	Croisière 2033
Investissement prévention supplémentaire	-0,40	-0,80	-1,10	-2,30	-1,40	-1,40
Recettes de fiscalité comportementale	+0,25	+0,40	+0,50	+1,15	+0,55	+0,45
Économies sur les soins (INAMI)	+0,05	+0,15	+0,30	+0,50	+0,50	+1,60
Économies sur les indemnités d'incapacité	+0,10	+0,30	+0,60	+1,00	+0,90	+1,45
Solde net du Pacte prévention	0,00	+0,05	+0,30	+0,35	+0,55	+2,10

Lecture : le Pacte ne coûte rien au budget dès 2027 — l'investissement de 0,40 milliard est exactement compensé par ses retours immédiats. Sur les trois années de législature, il dégage 0,35 milliard net. C'est modeste, et c'est normal : un investissement préventif produit l'essentiel de son rendement au-delà de son horizon de financement. Le basculement s'opère en 2030, et le régime de croisière porte le solde à 2,1 milliards par an.

4.4 Le total consolidé : Pacte prévention et plan d'efficience

Le plan d'efficience du système de soins, décrit en section 6 et détaillé dans un document annexe, s'ajoute au Pacte sans recouvrement. Voici les deux ensembles additionnés :

Mrd € (par rapport à 2026)	2027	2028	2029	Cumul 2027-2029	2030	Croisière 2033
Solde net du Pacte prévention (cf. 4.3)	0,00	+0,05	+0,30	+0,35	+0,55	+2,10

Mrd € (par rapport à 2026)	2027	2028	2029	Cumul 2027-2029	2030	Croisière 2033
Plan d'efficience hors prévention	+0,30	+0,60	+0,90	+1,80	+1,20	+2,20
Solde net consolidé	+0,30	+0,65	+1,20	≈ +2,15	+1,75	≈ +4,30

Sur la législature restante, **l'efficience porte l'essentiel du résultat, 1,8 milliard sur 2,15**, tandis que le Pacte prévention s'autofinance et dégage 0,35 milliard. À partir de 2031, le rapport s'inverse : la prévention devient le premier contributeur, avec un potentiel qui continue de croître quand celui de l'efficience plafonne. C'est la logique économique de la séquence proposée — les gains d'efficience immédiats couvrent la montée en charge de l'investissement préventif, puis la prévention prend le relais et délivre sur la décennie.

4.5 L'économie nette en régime de croisière : l'objectif des 3 milliards

Reste la question décisive : une fois la prévention payée à 4 %, soit 2,55 milliards par an, que reste-t-il ? La consolidation des scénarios donne, par an et en régime de croisière établi :

Par an, régime de croisière	Prudent (Mrd €)	Central (Mrd €)
Gains bruts du Pacte prévention (soins + incapacité + recettes, cf. 4.2)	+2,1	+3,5
Plan d'efficience hors prévention (cf. section 6)	+1,5	+2,2
Coût supplémentaire de la prévention (passage à 4 %)	-1,4	-1,4
Économie nette annuelle consolidée	+2,2	+4,3

L'objectif que nous retenons, 3 milliards d'euros d'économies nettes par an après financement intégral de la prévention, se situe donc sous le scénario central (4,3 milliards) et au-dessus du scénario prudent (2,2 milliards). Il est atteignable vers 2032-2033 si le plan est lancé en 2027. Il est surtout durable : contrairement à un rabot, ces économies s'amplifient avec le temps, la fourchette haute des seuls gains sur les soins atteignant 2,5 milliards par an à quinze ans. Trois conditions de crédibilité l'accompagnent : la discipline coût-efficacité confiée au KCE (5.4), une traçabilité budgétaire complète, chaque campagne ayant un objectif chiffré et un audit d'impact, et l'affectation visible d'une partie des gains à la réduction de la facture des patients.

4.6 La décrue attendue des malades de longue durée

Le même exercice peut se traduire en personnes plutôt qu'en euros. Le point de départ officiel est de 576 643 malades de longue durée fin 2025, après une hausse de plus de 105 000 en cinq ans que le relèvement de l'âge de la pension a accélérée. Sans inflexion, la tendance, environ 15 000 personnes de plus chaque année, mène le pays vers 700 000 invalides au début des années 2030. Le Pacte vise à infléchir cette trajectoire de 5 à 10 % (cf. 4.2 et A.4), ce qui donne, en scénario central :

Fin d'année	Sans le plan (tendanciel)	Avec le plan (central)	Malades de longue durée évités vs tendance
2027	≈ 607 000	≈ 606 000	≈ -1 000
2028	≈ 622 000	≈ 617 000	≈ -5 000
2029	≈ 637 000	≈ 625 000	≈ -12 000
2030	≈ 652 000	≈ 630 000	≈ -22 000
2033	≈ 697 000	≈ 647 000	≈ -50 000

Hypothèses : tendanciel de +15 000/an (moyenne prudente des cinq dernières années, effet âge de la pension inclus) ; inflexion progressive dès 2028, atteignant environ 7 % de la trajectoire en 2033. Les « évités » combinent non-entrées en invalidité et sorties accélérées. Scénario prudent : environ -30 000 en 2033 ; ambitieux : -70 000. Le Pacte ne fait pas baisser le chiffre absolu à court terme ; il transforme une croissance subie en quasi-stabilisation autour de 630 000 à 650 000 personnes, au lieu de 700 000.

5. La proposition : une politique de prévention unifiée au fédéral

5.1 L'architecture institutionnelle

La manière la plus “propre” institutionnellement pour réaliser le Pacte serait la refédéralisation de la compétence prévention et promotion de la santé, ce qui suppose une modification de la loi spéciale du 8 août 1980 et donc une majorité spéciale ; un minimum de réalisme politique démontre que la réunion des volontés pour aboutir à un tel résultat est peu probable à court terme, même si c’est ce que la raison impose. Un plan B est heureusement praticable sans attendre et ne nécessiterait “que” l’accord des exécutifs fédéral et fédérés : **un accord de coopération créant une structure interfédérale unique, à budget consolidé et objectifs contraignants.**

Le véhicule retenu n'est pas une agence autonome supplémentaire, mais une **direction générale de la prévention logée au SPF Santé publique**, dotée d'un budget propre inscrit à l'INAMI et pilotée par un comité de gestion associant l'INAMI, Sciensano, le KCE et les entités fédérées. Ce choix est délibéré. Le SPF détient déjà la compétence réglementaire sur les produits — tabac, alcool, denrées alimentaires — qui constitue le premier levier du Pacte ; le paysage institutionnel belge de la santé ne manque pas d'organismes et en créer un de plus retarderait le démarrage de plusieurs années ; et l'unicité budgétaire, qui est le véritable enjeu, s'obtient par l'inscription du budget à l'INAMI, non par la création d'une personnalité juridique distincte. On gagne ainsi en rapidité de mise en œuvre ce que l'on perd en visibilité symbolique.

Le budget unique est porté à 4 % des dépenses de santé, environ 2,55 milliards par an, et adossé à un plan national assorti d'objectifs chiffrés à 2035 : moins de 5 % de fumeurs, une obésité stabilisée puis décroissante, une consommation nocive d'alcool réduite de 20 %, des dépistages et une couverture vaccinale au niveau des meilleurs pays, une espérance de vie en bonne santé portée à 67 ans et un écart social d'espérance de vie sans incapacité réduit d'un cinquième.

Les agences des entités fédérées — AViQ, Département Zorg, services de la Cocom et de la Cocof, ONE et Kind en Gezin — ne sont ni supprimées ni absorbées. Elles détiennent l'expertise de terrain, les réseaux locaux et la connaissance des publics, c'est-à-dire exactement ce qu'une administration fédérale

ne peut pas reconstituer. Elles deviennent les **opérateurs conventionnés du plan national**, financées sur le budget fédéral pour l'exécution des programmes nationaux — dépistages, vaccination, campagnes — au moyen de contrats pluriannuels assortis d'objectifs chiffrés et d'une évaluation, et conservent leur autonomie pour les actions propres qu'elles souhaitent mener au-delà du socle national. Le partage est net : le fédéral fixe le cap, finance et évalue ; les entités exécutent et adaptent au terrain. C'est ce qui distingue une refédéralisation utile d'une recentralisation aveugle, et c'est aussi ce qui rend la proposition négociable avec la Flandre, dont les opérateurs sont les plus performants du pays et n'ont rien à craindre d'une comparaison.

Le principe directeur est simple : qui paie récolte. L'INAMI devient l'assureur-investisseur. La prévention entre dans la nomenclature, avec une consultation de prévention remboursée chez le généraliste, la prise en charge du sevrage tabagique et de l'accompagnement nutritionnel, et le sport sur ordonnance. Les mutualités sont financées en partie sur la performance préventive de leurs affiliés plutôt qu'au seul volume d'actes.

5.2 Fiscalité comportementale

La Belgique n'a pas attendu pour taxer les sodas. Elle l'a simplement mal fait.

- L'accise sur les boissons sucrées, introduite en 2015 à 3 centimes par litre, portée à 6,8 centimes en 2016 puis à environ 12 centimes aujourd'hui (11,92 €/hl), rapporte entre 175 et 200 millions par an. Mais elle est forfaitaire au litre, ce qui n'incite pas à réduire le sucre ; elle frappe aussi les boissons édulcorées sans sucre, ce qui n'incite pas davantage à reformuler ; et son produit se dilue dans le budget général. Test-Achats a résumé le résultat d'une formule : des bénéfices pour l'État, rien pour la santé. La consommation n'a pas bougé.
- Aucune taxe globale sur la “malbouffe” n'a jamais vu le jour (au plan communal, à notre connaissance, seule la commune d'Auderghem (DéFI) a entrepris une mesure de ce type). Le volet santé de la réforme fiscale Van Peteghem, qui prévoyait justement de moduler l'accise selon la teneur en sucre, a sombré avec la réforme en 2023.
- Les accises sur le tabac ont été régulièrement relevées, le paquet atteignant 11 à 12 euros, mais sans trajectoire pluriannuelle annoncée comme en France ou en Australie, ce qui limite l'effet dissuasif et nourrit les achats transfrontaliers.
- Pour l'alcool, ni prix minimum ni encadrement sérieux de la publicité ; le plan interfédéral 2023-2025 se borne à « envisager » un prix minimum pour 2026-2028.

Le Pacte ajoute trois mesures précises. D'abord, **transformer l'accise sodas en prélèvement à paliers sur le modèle britannique** : zéro sous 4,5 g de sucre par 100 ml, y compris pour les boissons zéro aujourd'hui taxées, environ 15 centimes par litre entre 4,5 et 8 g, environ 25 centimes au-delà, avec extension aux boissons lactées sucrées. L'objectif premier est la reformulation, pas la recette ; le rendement initial, estimé entre 150 et 250 millions par an au-dessus de l'accise actuelle, décroîtra à mesure que l'industrie reformule, et c'est très bien ainsi. Le produit est affecté au fonds prévention. Ensuite, **une trajectoire tabac pluriannuelle annoncée, de l'ordre de +10 % d'accises réelles par an sur la législation, alignant tabac à rouler, vapotage et sachets de nicotine**, pour un rendement net de 200 à 300 millions par an les premières années malgré la baisse de volume recherchée. Enfin, **un prix minimum de l'alcool à l'écoissaise, autour de 0,60 euro par unité**, qui cible les alcools les moins chers consommés par les buveurs excessifs : recette modeste, effet sanitaire concentré là où il faut.

À ce triptyque fiscal s'ajoute une mesure d'information qui ne coûte presque rien au budget public : **rendre le Nutri-Score obligatoire sur l'ensemble des produits alimentaires**, et non plus facultatif comme aujourd'hui. L'outil repose sur des bases scientifiques solides et de nombreuses études ont montré qu'il améliore la compréhension de la qualité nutritionnelle des aliments par les consommateurs. Il ne constitue évidemment pas une solution suffisante à lui seul — l'étiquetage informe, il ne contraint pas — mais sa généralisation produit deux effets complémentaires : elle oriente les choix vers des options plus favorables à la santé, et surtout elle encourage les fabricants à améliorer la composition nutritionnelle de leurs produits pour ne pas afficher une mauvaise note, exactement selon la logique de reformulation qui a fait le succès du prélèvement britannique sur les sodas. Son caractère facultatif actuel produit d'ailleurs un biais : les industriels l'apposent quand la note est bonne et l'omettent quand elle ne l'est pas, ce qui vide le dispositif de son intérêt informatif. La mesure relève du niveau européen pour l'harmonisation, mais la Belgique peut la rendre obligatoire sur son marché, comme d'autres États l'ont envisagé.

Le même raisonnement s'applique à deux autres composantes de l'alimentation, que le débat public réduit trop souvent au seul sucre. Le programme de reformulation doit couvrir également **le sel et les graisses saturées**, sur le modèle britannique qui a étendu son programme de réduction du sucre à d'autres nutriments : cibles négociées par catégorie de produits, mesure publique des progrès, et bascule vers la contrainte réglementaire si les objectifs volontaires ne sont pas tenus. S'y ajoute, au titre de la réglementation fédérale des produits évoquée en 1.5, un programme de substitution des substances préoccupantes dans les emballages alimentaires et les biens de grande consommation, ainsi qu'une position belge offensive dans la révision européenne de REACH. Ces mesures ne coûtent presque rien au budget public et agissent sur l'environnement du consommateur plutôt que sur sa seule volonté.

5.3 Le programme concret : campagnes et dépistages 2027-2030

Le gisement belge est précis et mesurable : des cancers qui se guérissent bien quand ils sont pris tôt, des maladies chroniques qui se désamorcent en amont. L'état des lieux donne la mesure du retard : 58 % de couverture pour le dépistage du sein quand l'Union vise 90 %, et l'essentiel du dépistage wallon et bruxellois hors programme organisé, donc plus cher et moins contrôlé ; 56 % pour le col de l'utérus ; 55 % de participation au dépistage colorectal en Flandre contre 26 % en Wallonie et 30 % à Bruxelles ; 72 % de vaccination HPV chez les filles pour un objectif OMS de 90 %, avec l'écart régional considérable rappelé en section 2 ; une vaccination grippe des aînés sous l'objectif ; et environ un hypertendu sur trois qui s'ignore. D'où le calendrier suivant :

Année	Campagnes lancées	Objectif chiffré 2030
2027	« Connaissez vos chiffres » : dépistage systématique hypertension/cholestérol/glycémie chez le généraliste et en pharmacie (consultation de prévention à la nomenclature). Rattrapage colorectal Wallonie-Bruxelles : envoi automatique du kit d'auto-prélèvement à domicile, selon la méthode flamande. Grippe 65+.	Hypertension : 90 % des hypertendus diagnostiqués et 70 % contrôlés. Colorectal : Wallonie et Bruxelles ≥ 45 %, national ≥ 60 % (survie à 5 ans : ~ 90 % au stade I, ~ 15 % au stade IV). Écart interrégional réduit de moitié.

Année	Campagnes lancées	Objectif chiffré 2030
2028	Diabète de type 2 : dépistage ciblé du prédiabète et programme national de prévention, avec coaching de mode de vie remboursé, sur le modèle anglais (cf. 3.1). Sein : bascule du dépistage opportuniste wallon-bruxellois vers le programme organisé, invitation unique nationale. Col : auto-prélèvement HPV généralisé, vaccination scolaire systématique filles-garçons sur le modèle flamand et rattrapage jusqu'à 26 ans.	Prédiabète : 150 000 personnes en programme d'ici 2030. Sein : 70 % de couverture organisée. Col : couverture 75 %, vaccination HPV 90 % dans les trois régions — premier cancer éradicable.
2029	Tabac : trajectoire fiscale, sevrage intégralement remboursé (substituts et accompagnement), campagne « génération sans tabac ». Santé mentale au travail : plan burn-out/TMS avec les partenaires sociaux, détection précoce en entreprise, parcours de retour au travail. Dépistage ciblé du cancer du poumon (CT faible dose, fumeurs 55-74 ans, recommandation du Conseil de l'UE de 2022, réduction de mortalité de l'ordre de 20 %).	Tabagisme < 10 % en 2030 (< 5 % en 2035). Incapacité : -10 % d'entrées en invalidité pour troubles mentaux et TMS. Poumon : programme national opérationnel.
2030	Alcool : prix minimum, campagne jeunes (ivresses). Obésité infantile : programme écoles (cf. 5.5), encadrement du marketing alimentaire vers les enfants, Nutri-Score rendu obligatoire (cf. 5.2). Mélanome : campagne biennale de détection. Évaluation Sciensano et KCE de la première vague et recalibrage.	Ivresses des adolescents : retour sous la moyenne UE. Obésité infantile : stabilisation puis décru. Bilan indépendant publié avant les élections.

Chaque campagne combine les trois étages qui font les succès étrangers : un instrument de population (fiscalité ou réglementation), un programme organisé avec invitation active plutôt qu'un dépistage opportuniste, et un remboursement INAMI de l'accompagnement individuel. Priorité transversale aux publics précarisés, où les écarts de participation sont les plus grands.

Conformément à la section 1.4, chaque objectif de couverture est doublé d'un objectif de réduction d'écart, social et territorial. Une campagne qui ferait passer la couverture nationale de 58 à 70 % en ne recrutant que des cadres diplômés serait comptée comme un échec, non comme un succès : les tableaux de bord publieront donc systématiquement les résultats ventilés par région et par niveau socio-économique.

Le choix des canaux mérite enfin d'être justifié, car il n'est pas technique mais social. Comme exposé en 1.6, 41 % des Belges francophones ont renoncé à un soin pour raisons financières en 2024 et près d'un tiers des Bruxellois vivent dans un quartier sous-doté en médecins généralistes. Une campagne qui reposerait sur la seule consultation manquerait donc précisément les publics qu'elle doit atteindre. D'où le kit envoyé à domicile, le dépistage en pharmacie, l'auto-prélèvement et la vaccination scolaire : autant de voies qui ne supposent ni rendez-vous ni avance de frais. Le Pacte ne résout ni la pénurie médicale ni le reste à charge, mais il est conçu pour ne pas en dépendre.

5.4 Les rôles du KCE et de Sciensano : évaluer n'est pas surveiller

Le KCE et Sciensano n'ont pas la même mission. Le KCE produit des analyses et des recommandations fondées sur les données probantes afin d'éclairer les décisions de politique de santé : c'est un organisme d'évaluation et d'aide à la décision, pas un observatoire. Le suivi continu de l'état de santé de la population et la surveillance épidémiologique relèvent de Sciensano, qui collecte, analyse et diffuse les données de santé publique en Belgique. Le Pacte distribue les rôles en conséquence.

Le KCE devient le gardien scientifique du dispositif, à la manière du NICE britannique. Aucun programme n'est financé sans évaluation coût-efficacité préalable, exprimée en coût par année de vie en bonne santé gagnée. Le portefeuille de campagnes est re-priorisé tous les trois ans sur cette base. Chaque campagne fait l'objet d'une évaluation d'impact indépendante et publiée, participation, détections, coûts évités, avec une clause d'extinction pour les programmes qui ne délivrent pas. Le KCE arbitre également les controverses scientifiques, comme le dépistage de la prostate par PSA, où un programme organisé raisonné vaut mieux que le dépistage sauvage actuel. Cette discipline répond d'avance à l'objection du gaspillage préventif, puisqu'on ne finance que ce qui marche et qu'on arrête ce qui ne marche pas, exactement ce que la fragmentation actuelle rend impossible.

Sciensano, de son côté, reçoit la mission — et les moyens — de la surveillance : production des indicateurs annuels du tableau de bord, suivi longitudinal des cohortes scolaires, mesure des écarts sociaux et territoriaux, alimentation du Health Status Report. C'est cette fonction qui rend l'évaluation du KCE possible : sans données fiables et continues, une évaluation coût-efficacité n'est qu'un exercice de modélisation. Le Pacte finance donc explicitement l'infrastructure de données au sein de son budget, à hauteur d'une part réservée du fonds prévention, plutôt que de la considérer comme un acquis gratuit.

5.5 L'école, premier terrain de la prévention

Refédéralisation ou accord de coopération, l'école est dans les deux cas le premier canal, parce que c'est là que se joue le gradient social qui fait de la Belgique un des pays les plus inégalitaires d'Europe face au tabac et à l'obésité. Les services de médecine scolaire, PSE et CLB, sont intégrés au réseau des opérateurs conventionnés : ils restent organisés par les communautés mais travaillent sur programme et financement nationaux. S'y ajoutent un bilan de santé standardisé et numérisé à âges fixes, alimentant le dossier santé unique ; la vaccination scolaire systématique, HPV filles-garçons en deuxième secondaire, la voie la plus sûre vers les 90 %, comme le démontre l'écart de plus de trente points entre la Flandre et la Wallonie ; un fruit ou un repas sain gratuit dans les écoles à faible indice socio-économique ; une heure d'activité physique quotidienne effective ; l'éducation à la santé, alimentation, écrans, alcool, vapotage, inscrite dans les référentiels, avec un volet explicite de littératie

en santé : apprendre à lire une notice, comprendre un Nutri-Score, distinguer une information sanitaire fiable d'une rumeur en ligne ; et la fin de la vente de sodas et snacks dans les enceintes scolaires. Sciensano évalue le tout par cohortes. C'est du reste l'argument qui rend l'accord de coopération acceptable pour les communautés : elles gardent leurs opérateurs et reçoivent un financement fédéral pour des missions nationales.

6. Le plan d'efficience : économiser sans toucher à la qualité ni aux patients

Ce plan propose des économies réalistes et modérées dans le secteur de la santé, appelées à servir de rampe de lancement au Pacte. Aucune des lignes de ce plan ne réduit la qualité des soins ni n'augmente les tickets modérateurs, un point d'autant plus sensible que 22 % des dépenses de santé sont déjà à charge des patients, nettement plus que la moyenne européenne. La seule contribution nouvelle demandée aux patients reste modique, du type facturation des rendez-vous non honorés.

Chantier	Mesures	Économie/an à maturité (Mrd €)
1. Médicaments	génériques 38 % → moyenne UE 51 %, quotas biosimilaires (« biocliff »), appels d'offres type kiwi sur molécules hors brevet, prescription bon marché ; maîtrise de la dynamique hospitalière, premier moteur de la hausse de 9,6 % constatée en 2024	0,3 – 0,6
2. Pertinence des soins	imagerie (CT +40 % vs UE), antibiotiques, examens préopératoires et actes à faible valeur (l'OCDE estime qu'environ un cinquième des dépenses de santé est peu ou pas utile), polymédication des 65 ans et plus	0,5 – 1,0
3. Hôpital et première ligne	virage ambulatoire, concentration des soins complexes en réseaux, réduction des hospitalisations évitables par le renforcement de la médecine générale	0,5 – 1,0
4. Administration et numérique	facturation électronique généralisée, simplification des flux mutualités-INAMI, financement des mutualités à la performance, dossier unique	0,2 – 0,4

Chantier	Mesures	Économie/an à maturité (Mrd €)
Total du plan d'efficience	réalloué vers la première ligne et la réduction des suppléments	1,5 – 3,0

Fourchettes prudentes, cohérentes avec les exercices INAMI récents (907 M€ d'économies réalisées en 2025-2026 par des mesures essentiellement paramétriques, 638 M€ demandés pour 2027-2029) et les comparaisons OCDE. Sur la législature 2027-2029, ce plan dégage 1,8 milliard cumulé, soit l'essentiel du résultat budgétaire de la période. Chaque euro économisé est réinvesti ou rendu visible, par la réduction des suppléments d'honoraires ou l'extension du remboursement.

7. Objections et réponses

- « **La refédéralisation est communautairement impossible.** » D'où le double étage : la revendication de principe, qui demande une majorité spéciale, et le plan B opérationnel, une structure interfédérale créée par accord de coopération, avec budget unique et objectifs contraignants. Et un argument à destination de la Flandre elle-même : c'est le contribuable flamand qui paie les indemnités fédérales de la non-prévention de tous, et le dispositif laisse les opérateurs de terrain aux entités.
- « **Vous créez une usine à gaz de plus.** » Non : le Pacte ne crée aucun organisme nouveau. Il installe une direction générale au sein d'une administration existante, le SPF Santé publique, avec un budget inscrit à l'INAMI et un comité de gestion. Les opérateurs de terrain restent ceux d'aujourd'hui — AViQ, Département Zorg, Cocom, Cocof, ONE, Kind en Gezin — simplement conventionnés sur objectifs et enfin financés pour ce qu'ils font.
- « **La prévention ne rapporte pas, elle déplace les coûts.** » C'est vrai de certains programmes diffus à quarante ans. C'est faux des mesures fiscales et réglementaires, dont le retour médian atteint 27 pour 1 à l'échelle nationale, et c'est faux en Belgique tant que notre retard sur la moyenne européenne reste ce qu'il est. La discipline confiée au KCE garantit par ailleurs qu'on ne finance que ce qui a fait ses preuves.
- « **On a déjà une taxe soda et ça n'a rien changé.** » Exact, et c'est tout le propos : elle est forfaitaire, frappe aussi le zéro sucre et ne finance pas la santé. Son échec est la meilleure démonstration qu'il faut la remplacer par un prélèvement à paliers orienté reformulation, dont l'efficacité est documentée au Royaume-Uni.
- « **La prévention profite surtout aux catégories favorisées.** » C'est le principal risque, documenté, et c'est pourquoi le Pacte l'intègre dès sa conception : objectifs de réduction d'écart en plus des objectifs de couverture, invitation active plutôt qu'offre passive, priorité aux quartiers et publics précarisés, volet littératie en santé, et publication systématique des résultats ventilés.
- « **C'est du paternalisme.** » Les instruments retenus, taxes de reformulation, prix minimum, encadrement de la publicité, Nutri-Score obligatoire, modifient l'environnement et l'information, pas la liberté de chacun. Ce sont les mesures les mieux acceptées socialement et les plus efficaces contre les inégalités de santé.
- « **On ne verra les effets qu'après les élections.** » Les recettes fiscales tombent immédiatement, les effets sur l'incapacité se mesurent en deux à quatre ans, et le solde consolidé atteint 2,2 milliards cumulés avant 2029. Un tableau de bord public annuel, tabagisme, obésité, dépistages, invalidité, écarts sociaux, rendra les progrès visibles pendant la législature.

- « **Vous ne dites rien des pesticides, de la pollution de l'air ou des perturbateurs endocriniens.** » Le dossier les traite en 1.5, avec les ordres de grandeur disponibles — près de 5 800 décès associés aux particules fines en 2022 — et avec une honnêteté sur les compétences que peu de programmes s'imposent. Le Pacte porte ce qui relève du fédéral, et de la santé comme compétence dans les entités fédérées : réglementation des produits, substitution des substances préoccupantes, position belge dans la révision de REACH, consolidation du biomonitoring sous Sciensano. Il n'annexe pas ce qui relève des Régions, comme l'air urbain ou la mobilité, parce qu'un plan qui prétendrait tout piloter perdrait sa crédibilité institutionnelle.
- « **Vos campagnes supposent un médecin disponible et une consultation payable.** » Objection juste, et c'est pourquoi la conception du Pacte l'anticipe. Avec 41 % de renoncement aux soins pour raisons financières en 2024 et un tiers des Bruxellois en zone sous-dotée, une politique de dépistage adossée à la seule consultation échouerait auprès des publics prioritaires. Les canaux retenus — kit à domicile, pharmacie, auto-prélèvement, école, invitation active — sont précisément ceux qui ne supposent ni rendez-vous ni avance de frais. Le Pacte ne résout ni la pénurie médicale ni le reste à charge, qui appellent d'autres réponses ; il est construit pour ne pas en dépendre.

8. Résumé en mode “communiqué”

Le Pacte national prévention

La Belgique possède l'un des meilleurs systèmes de soins d'Europe et le pire bilan de l'Union des Quinze en matière de décès évitables par la prévention. Nous dépensons 64 milliards par an pour réparer et moins de 2 % de cette somme pour prévenir, parce que la prévention est éclatée entre douze ministres et que celui qui devrait investir n'est jamais celui qui récolte. Résultat, un record : 576 643 malades de longue durée fin 2025. Et une longévité en trompe-l'œil : nous vivons 82,6 ans, mais seulement 64 en bonne santé, et l'écart entre les plus et les moins diplômés atteint dix à treize années de vie sans incapacité.

Nous proposons de confier la prévention à un seul acteur, le fédéral, seul niveau qui bénéficie financièrement de ses résultats. Sans créer d'organisme supplémentaire : une direction générale de la prévention au SPF Santé publique, un budget doublé inscrit à l'INAMI — 4 % des dépenses de santé — et des opérateurs de terrain existants enfin financés sur objectifs. Le tout payé par une fiscalité intelligente : une taxe sodas qui récompense la reformulation au lieu de l'actuelle taxe aveugle, une trajectoire pluriannuelle sur le tabac, un prix minimum de l'alcool, un Nutri-Score obligatoire. Un plan national unique, évalué par le KCE et suivi par Sciensano, déployé jusque dans les écoles, s'attaquera en priorité à l'hypertension et au diabète non dépistés, aux cancers du sein, du côlon et du col, et à la santé mentale au travail.

Le Pacte s'autofinance dès la première année et dégage 3 milliards d'euros d'économies nettes par an en régime de croisière, prévention intégralement payée. Conduit en parallèle, un plan d'efficience du système de soins — médicaments, pertinence des actes, hôpital, administration — apporte 1,8 milliard cumulé sur la seule législature. Ensemble : plus de 2 milliards d'économies nettes avant 2029, 50 000 malades de longue durée en moins à l'horizon 2033 par rapport à la tendance, et à terme 4 000 à 6 000 décès prématurés évités par an, trois années d'espérance de vie en bonne santé gagnées et un cinquième de l'écart social comblé. Ces marges seront

réinvesties dans les soins et dans la réduction de la facture des patients. Soigner aussi bien, en dépensant mieux : le seul plan d'économies en santé qui commence par sauver des vies.

Annexe — Comment les économies du Pacte sont calculées

Tous les montants sont annuels, en euros constants 2025, et s'entendent par rapport à la trajectoire tendancielle : une « économie » est une dépense moindre que ce qui adviendrait sans le Pacte, pas nécessairement une baisse nominale du budget. Chaque poste croise une hypothèse basse, prudente, et une hypothèse centrale. Convention temporelle : législature jusqu'aux élections de 2029, 2030 première année du rythme de croisière, 2032-2033 croisière établie. Deux documents complémentaires existent : une annexe méthodologique générale, qui détaille l'origine de l'ensemble des données, et un document dédié au plan d'efficience hors prévention et à sa trajectoire annuelle jusqu'en 2035.

A.1 Les grandeurs de départ (observées)

- Dépenses courantes de santé : environ 64 Mrd €/an (10,8 % d'un PIB de ~590 Mrd, 2023, profil OCDE/UE 2025). Objectif budgétaire INAMI soins : 41 Mrd € (2026).
- Budget prévention actuel : $\approx 1,15$ Mrd €/an. Ce montant ne figure tel quel dans aucune publication officielle : c'est notre calcul. Il applique la part de la prévention dans les dépenses de santé belges (1,8 % en 2023, OCDE, Panorama de la santé 2025, contre 3,4 % en moyenne dans l'OCDE) aux dépenses courantes de santé (≈ 64 Mrd €, profil 2025). Le périmètre « prévention » des comptes de la santé (HC.6) couvre les programmes organisés — dépistages, vaccination, promotion de la santé, surveillance — et le chiffre belge ne recense pour l'essentiel que les soins préventifs financés par les entités fédérées ; il peut donc sous-estimer légèrement certaines dépenses fédérales, sans changer l'ordre de grandeur (environ 0,2 % du PIB, contre 0,5 % aux Pays-Bas ou en Allemagne selon Eurostat). La cible de 4 % correspond à la moyenne européenne pondérée ; appliquée aux mêmes 64 Mrd, elle donne $\approx 2,55$ Mrd €/an, d'où un supplément de $\approx 1,4$ Mrd €/an. Sensibilité : avec une part de 1,6 à 2 % et des dépenses de 62 à 65 Mrd, le budget actuel se situe entre 1,0 et 1,3 Mrd et le supplément entre 1,3 et 1,5 Mrd.
- Indemnités d'incapacité (secteur complet) : 14,85 Mrd € en 2024, projection INAMI supérieure à 19 Mrd € en 2029. Malades de longue durée : 576 643 fin 2025 (10,6 Mrd € d'indemnités d'invalidité versées en 2025). Décès attribuables aux facteurs comportementaux : 25 600/an (IHME, 2021).
- Indicateurs de morbidité et d'inégalité : espérance de vie en bonne santé de 64 ans en 2023 (63,7 en 2022, Statbel/Eurostat) ; écart d'espérance de vie sans incapacité à 25 ans selon le niveau d'instruction de 10,5 ans chez les hommes et 13,4 ans chez les femmes (Sciensano) ; littératie en santé limitée pour environ un tiers de la population (38 % à Bruxelles, 36 % en Wallonie, 29 % en Flandre — enquête de santé 2018).
- Médicaments : 7,9 Mrd € de dépenses brutes INAMI en 2024 (+9,6 %), 5,6 Mrd nets (+6,6 %), soit 17,3 % du budget des soins de santé.

A.2 Vies épargnées (4.1)

Calcul direct : 25 600 décès attribuables multipliés par un taux de réduction. Le scénario prudent, -15 %, donne environ 3 800 décès évités par an ; le scénario central, -25 %, environ 6 400. Ces taux sont calés sur l'écart observé de mortalité évitable entre la Belgique (193 hommes / 92 femmes par 100 000 en 2019) et les meilleurs de l'UE-14, Suède et Pays-Bas, 30 à 40 % plus bas : rattraper un quart à la moitié de cet écart en dix à quinze ans est cohérent avec les rythmes observés en Finlande, où la mortalité coronarienne avait reculé de moitié en une quinzaine d'années au plus fort du programme.

A.3 Économies sur les soins (4.2, ligne 1)

Le gisement d'abord : les pathologies liées aux facteurs de risque comportementaux représentent 15 à 20 % des dépenses de soins, l'obésité comptant à elle seule pour 8,4 % selon l'OCDE et le tabac pour 6 à 8 % selon la littérature internationale, recouvrements partiels déduits. Sur l'objectif INAMI de 41 milliards, cela représente 6 à 8 milliards. L'hypothèse du Pacte est que la prévention permet d'en capter un huitième à un tiers à l'horizon de dix à quinze ans, soit 2 à 6 % de l'objectif INAMI, c'est-à-dire 0,8 à 2,5 Mrd €/an, avec un scénario central à 4 %, soit 1,6 Mrd. Ce taux de captation s'appuie sur des précédents documentés : la chute des hospitalisations cardiovasculaires en Finlande, les coûts évités par la détection précoce des cancers, un colorectal traité au stade I coûtant plusieurs fois moins qu'au stade IV, et la moindre progression du diabète. Sur ce dernier point, le calcul retient prudemment l'effet causal populationnel mesuré en Angleterre, environ -6 % d'incidence (Nature, 2023), et non l'effet observé chez les seuls participants qui achèvent le programme (-37 %) ; l'économie médicale directe documentée sur deux ans, environ 4 552 dollars par participant (Diabetes Care, 2025), conforte le sens de l'effet sans être extrapolée telle quelle au contexte belge, le système de soins américain ayant des coûts unitaires sans commune mesure.

A.4 Économies sur les indemnités d'incapacité (4.2, ligne 2 ; 4.6)

La base est la trajectoire du secteur, 19 Mrd € en 2029. Les troubles psychiques et musculo-squelettiques représentent environ deux tiers des entrées en invalidité, les maladies cardiovasculaires et métaboliques une part additionnelle. L'hypothèse est que les programmes de santé mentale au travail, de prévention des TMS et de retour au travail infléchissent la trajectoire de 5 % en scénario prudent à 10 % en scénario haut, soit 1,0 à 1,9 Mrd €/an, le central à 7,5 % donnant 1,45 Mrd. La traduction en effectifs du tableau 4.6 applique la même inflexion à la trajectoire du nombre de malades de longue durée, 576 643 fin 2025 avec un tendanciel de +15 000 par an : environ 50 000 personnes de moins que la tendance en 2033 en scénario central. À titre de comparaison, le gouvernement actuel vise 100 000 malades de longue durée remis au travail ; notre hypothèse combine non-entrées et sorties accélérées, ce qui la rend plus robuste qu'un objectif de seul retour à l'emploi.

A.5 Recettes de fiscalité comportementale (4.2, ligne 3)

Pour le prélèvement sodas à paliers, la base actuelle rapporte 175 à 200 M€ sur un marché de plus d'un milliard de litres ; la transposition des taux britanniques au marché belge ajoute 150 à 250 M€/an au départ, montant appelé à décroître avec la reformulation, ce qui est l'objectif. Pour le tabac, avec une élasticité-prix de la demande d'environ -0,4 selon la littérature OMS, une hausse de 10 % du prix réduit les volumes de 4 % et laisse une recette nette positive de 200 à 300 M€/an les premières années. Le prix minimum de l'alcool rapporte peu, de 0 à 50 M€, son effet étant avant tout sanitaire. Le Nutri-Score obligatoire n'entre pas dans ce calcul : son coût public est marginal et son effet passe par la

reformulation, comptabilisée dans les économies de soins à long terme. Total retenu : 0,3 à 0,6 Mrd €/an, central 0,45.

A.6 Trajectoire du Pacte 2027-2030 et articulation avec le plan d'efficience

Le phasage du Pacte est le suivant : investissement prévention en montée linéaire de 0,4 à 1,4 Mrd ; recettes fiscales effectives dès la première année, les mesures étant votées en 2026 ; effets sur l'incapacité à partir de la deuxième année, le temps de déployer les programmes en entreprise, pour atteindre environ 60 % du potentiel en 2030 ; effets sur les soins limités à environ 30 % du potentiel en 2030, les dividendes des dépistages et de la baisse des facteurs de risque s'accumulant sur cinq à quinze ans. Le solde net du Pacte seul est ainsi nul en 2027, puis +0,05 en 2028 et +0,30 en 2029, soit 0,35 milliard cumulé sur la législature, avant +0,55 en 2030. Le plan d'efficience, dont le phasage propre est exposé dans le document annexe, ajoute 0,30, 0,60 et 0,90 milliard sur les mêmes années, soit 1,80 milliard cumulé. Le total consolidé atteint donc environ 2,15 milliards sur 2027-2029. Toutes ces hypothèses de phasage sont conservatrices.

Sources principales

- [State of Health in the EU — Profil de santé Belgique 2025 \(OCDE/Observatoire européen\)](#) — dépenses, facteurs de risque, dépistages, vaccination.
- [OCDE, Panorama de la santé 2025 — note Belgique](#) — 1,8 % des dépenses de santé consacrés à la prévention, contre 3,4 % en moyenne dans l'OCDE.
- [KCE, rapport 376B « Performance du système de santé belge : rapport 2024 »](#) — cadre général.
- [KCE/HSPA 2024, fiche P-13 « Mortalité évitable »](#) — Belgique dernière de l'UE-14 (2020), taux régionaux.
- [KCE/HSPA 2024 — volet prévention](#) — couvertures vaccinales et de dépistage, écarts régionaux.
- [Sciensano / Health Status Report — Espérance de vie en bonne santé](#) — 64 ans en 2023 ; limites de l'espérance de vie comme indicateur.
- [Sciensano / Health Status Report — Mortalité prématurée](#) — séries actualisées.
- [Sciensano / Health Status Report — Inégalités de santé](#) — écarts d'espérance de vie et de santé perçue selon le niveau d'instruction.
- [Sciensano / Health Status Report — Littératie en santé](#) — un tiers de la population à littératie limitée.
- [Sciensano — Enquête de santé 2018, volet littératie en santé](#) — données de référence.
- [Eurostat, Preventive health care expenditure statistics](#) — 2023 : Pays-Bas 5,2 %, Belgique 1,8 %.
- [INAMI — budget 2026 de l'assurance soins de santé \(46,775 Mrd €\)](#)
- [INAMI — « Médicaments : davantage d'innovations et d'indications. Quel coût pour l'INAMI en 2024 ? »](#) — 7,9 Mrd € bruts (+9,6 %), 17,3 % du budget des soins.
- [INAMI — statistiques des indemnités d'incapacité de travail](#) — 14,85 Mrd € en 2024 ; >19 Mrd projetés en 2029.

- [L'Avenir \(mai 2026\) — 576 643 Belges en invalidité, 10,6 Mrd €](#) — chiffres INAMI fin 2025.
- [Registre du cancer — évaluation du dépistage colorectal en Wallonie 2020-2023](#) — écarts régionaux de participation.
- [Test-Achats \(2019\) — « Taxe sodas : des bénéfices pour l'État, pas pour la santé »](#) — bilan de l'accise belge.
- [Conseil central de l'économie \(2021\) — évolution des taxes indirectes](#) — accise boissons sucrées 11,92 €/hl.
- [BELSPO, étude SOCOST — coût social des drogues légales et illégales](#) — 4,63 Mrd €/an.
- [Masters R. et al. \(2017\) — « Return on investment of public health interventions »](#) — ROI médian 14,3:1 ; 27,2:1 pour les interventions nationales.
- [Puska P. et al. — « The North Karelia Project »](#) — -80 % de mortalité coronarienne.
- [PLOS Medicine \(2024\) — impact de la UK Soft Drinks Industry Levy](#) — obésité et santé dentaire des enfants.
- [Institute for Fiscal Studies \(2026\) — Soft Drinks Industry Levy](#) — -47 % de sucre via reformulation.
- [Nature \(2023\) — « Quasi-experimental evaluation of a nationwide diabetes prevention programme »](#) — effet causal populationnel : -6 % d'incidence (IRR 0,938).
- [Diabetes Care \(2025\) — « Cost-effectiveness of the National Diabetes Prevention Program »](#) — -4 552 \$ par participant sur deux ans.
- [NHS England \(2022\) — évaluation du Diabetes Prevention Programme](#) — -37 % chez les participants qui complètent le programme.
- [RIVM — évaluation du Nationaal Preventieakkoord \(Pays-Bas\)](#) — limites des accords volontaires.
- [OCDE \(2019\) — The Heavy Burden of Obesity](#) — 8,4 % des dépenses de santé ; -3,3 % de PIB.
- [Recommandation du Conseil de l'UE \(2022\) sur le dépistage des cancers](#) — y compris dépistage ciblé du poumon.
- [Éducation Santé — « Quel impact de la 6e réforme institutionnelle sur la prévention ? »](#) — répartition des compétences.
- [Agence européenne pour l'environnement / Health Status Report — Fardeau de la pollution de l'air en Belgique](#) — ≈ 5 800 décès attribuables aux PM2,5 en 2022 (5 % de la mortalité), ≈ 2 950 au NO2 ; estimations non additionnables.
(<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/fardeau-de-la-maladie/fardeau-des-facteurs-de-risque/fardeau-de-la-pollution-de-lair>)
- [Institut Solidaris — Le report des soins de santé, édition 2024](#) — 41 % de renoncement aux soins pour raisons financières ; 54 % chez les plus pauvres ; 63 % en incapacité de travail.
(<https://www.institut-solidaris.be/index.php/report-de-soins-2024/>)
- [DULBEA \(ULB\) — La pénurie de médecins généralistes en Belgique](#) — sous-effectif dans 129 des 252 communes analysées ; un tiers des Bruxellois en zone insuffisamment desservie.
(<https://dulbea.ulb.be/publications/la-penurie-de-medecins-generalistes-en-belgique/>)
- [ISSeP — Biomonitoring humain wallon \(BMH-Wal\) et étude EXPOPESTEN](#) — imprégnation en pesticides et substances préoccupantes ; dispositifs régionaux non consolidés.
(https://www.issep.be/wp-content/uploads/RESUME-phase-123_VF-1.pdf)

- [Sciensano — Perturbateurs endocriniens](https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/perturbateurs-endocriniens/role) — biomonitoring et cohorte mère-enfant.
(<https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/perturbateurs-endocriniens/role>)
- [La Libre \(2025\) — « Il y a douze ministres de la Santé en Belgique »](#)