

Policy Brief



MÉTHODOLOGIE

Cette analyse s'appuie sur les données nationales de soins remboursés aux affiliés de Solidaris en 2024. Elle s'attache à identifier plusieurs niveaux de prise en charge pour pathologie cardiovasculaire à partir de marqueurs observables dans les données de remboursement : délivrance de médicaments, contact avec un cardiologue et hospitalisation pour pathologie cardiovasculaire.

- Le premier niveau de prise en charge est identifié sur base de la délivrance d'un médicament⁸ OU d'un contact avec un cardiologue
- Le deuxième niveau de prise en charge est identifié sur base de la délivrance d'un médicament ET d'un contact avec le cardiologue
- Le troisième niveau identifie les affiliés ayant été hospitalisés pour une pathologie cardiaque⁹.

Les résultats sont ensuite ventilés selon l'âge, le sexe, le statut socio-économique et, à titre complémentaire, l'impact de la prise en charge cardiovasculaire sur l'incapacité de travail a été mesuré. Il s'agit d'une approche descriptive visant à repérer les groupes les plus exposés afin d'orienter les priorités de prévention et de prise en charge.

RÉSULTATS CLÉS

	Nombre d'affiliés	Nombre de prise en charge	% de la population prise en charge
Médicaments OU contact cardiologue (pec_1)	3.404.116	611.792	18 %
Médicaments ET contact cardiologue (pec_2)	3.404.116	243.448	7 %
Hospitalisation pour pathologie cardiaque (pec_3)	3.404.116	131.956	4 %
% prise en charge globale	3.404.116	987.196	29 %

Figure 1 - Proportion de prise en charge pour pathologie cardiovasculaire parmi les affiliés de Solidaris (2024)

Maladies cardiovasculaires : l'égalité de santé passe par une action différenciée

Message clé

En 2024, près d'une personne sur trois a été prise en charge pour un problème cardiovasculaire. Le risque augmente fortement avec l'âge, mais il est aussi marqué par des inégalités sociales et de genre : les personnes BIM et les femmes apparaissent plus exposées, avec une vulnérabilité particulièrement forte chez les femmes en situation de précarité. Ces constats plaident pour une stratégie articulant prévention ciblée, détection précoce et amélioration de la prise en charge, selon un universalisme proportionné.

Contexte

Les maladies cardiovasculaires constituent aujourd'hui l'un des principaux enjeux de santé publique en Belgique comme à l'échelle européenne. Elles figurent parmi les premières causes de mortalité et d'invalidité, tout en représentant une part importante des dépenses de soins de santé¹. Malgré les progrès réalisés ces dernières décennies en matière de prévention, de diagnostic et de prise en charge, leur poids reste considérable et tend à se maintenir, voire à s'aggraver dans certains groupes de population.

Plusieurs évolutions structurelles contribuent à cette situation. Le vieillissement de la population constitue un facteur central : la prévalence des pathologies cardiovasculaires augmente fortement avec l'âge, ce qui laisse présager une pression croissante sur le système de soins dans les années à venir². À cela s'ajoute la persistance - voire l'accentuation - de facteurs de risque évitables³, tels que la sédentarité, une alimentation déséquilibrée, le tabagisme, certaines conditions de travail ou encore l'exposition à des environnements de vie défavorables. À cet égard, la littérature scientifique associe notamment l'organisation du travail de nuit et du travail posté à un risque cardiovasculaire plus élevé, en raison des effets métaboliques de la perturbation du rythme circadien⁴.

Au-delà de ces déterminants biologiques et comportementaux, les maladies cardiovasculaires se caractérisent par de fortes inégalités sociales de santé. De nombreuses études montrent que les personnes en situation de précarité socio

Les données montrent une prévalence élevée de prise en charge pour pathologie cardiovasculaire parmi les affiliés. En 2024, près d'un affilié sur trois a fait l'objet d'une prise en charge liée à un problème cardiovasculaire. La majorité des situations relèvent d'une prise en charge de niveaux 1 et 2 (médicaments, contact avec un cardiologue), mais 4% des affiliés ont déjà connu une hospitalisation pour pathologie cardiovasculaire, ce qui confirme l'ampleur du phénomène et son poids pour le système de soins.

- 18% des affiliés relèvent d'une prise en charge de niveau 1 (médicaments ou contact avec un cardiologue).
- 7% relèvent d'une prise en charge de niveau 2 (médicaments et contact avec un cardiologue).
- 4% ont été hospitalisés pour pathologie cardiovasculaire.

économique cumulent davantage de facteurs de risque, bénéficient plus tardivement des actions de prévention et accèdent plus difficilement à une prise en charge rapide et de qualité⁵. Ces inégalités ne concernent pas uniquement l'incidence des pathologies, mais également leur gravité et leurs conséquences à long terme, notamment en termes d'incapacité de travail et d'exclusion du marché de l'emploi.

Le genre constitue un autre déterminant majeur encore insuffisamment intégré dans les politiques de prévention et de soins. Longtemps considérées comme touchant principalement les hommes, les maladies cardiovasculaires représentent pourtant une cause très importante de morbidité et de mortalité chez les femmes⁶. Celles-ci présentent des profils de risque spécifiques, des symptômes parfois atypiques et des trajectoires de soins distinctes, susceptibles d'entraîner des retards de diagnostic et une prise en charge moins optimale⁷. Ces vulnérabilités sont particulièrement marquées chez les femmes en situation de précarité, où les effets du genre et du statut socio-économique se cumulent.

En ce sens, les stratégies reposant exclusivement sur des approches universelles atteignent rapidement leurs limites. Sans renoncer à une couverture globale, les politiques publiques et les actions menées par les acteurs de la santé doivent davantage s'appuyer sur le principe d'un universalisme proportionné, en modulant l'intensité des interventions en fonction du niveau de risque et des vulnérabilités sociales. Identifier précisément les publics les plus exposés constitue dès lors un enjeu central pour améliorer l'efficacité des politiques de prévention et réduire les inégalités de santé. À cet égard, la volonté du gouvernement belge de contribuer au plan européen de lutte contre les maladies cardiovasculaires, le *Safe Hearts Plan*, constitue un premier pas dans la bonne direction. Adoptée par la Commission européenne en décembre 2025, cette stratégie européenne dédiée à la santé cardiovasculaire vise à renforcer la prévention, la détection précoce, la réduction des inégalités de santé et le développement de plans nationaux cardiovasculaires dans l'ensemble des États membres d'ici 2027.

Dans ce contexte, s'appuyant sur une analyse des données de consommation remboursée des affiliés de Solidaris, ce Policy Brief contribue en premier lieu à fournir une compréhension de l'ampleur globale de la prise en charge cardiovasculaire au sein de la population en Belgique aujourd'hui. À partir des indicateurs observables dans les données administratives, cette analyse a pour objectif de mettre en évidence les gradients sociaux, générationnels et de genre qui structurent la prise en charge cardiovasculaire, afin d'alimenter le débat public et de soutenir le développement de stratégies cohérentes, intégrées et ciblées, associant prévention, détection précoce et prise en charge.

Qui est le plus exposé ?

1. L'âge reste le facteur le plus structurant

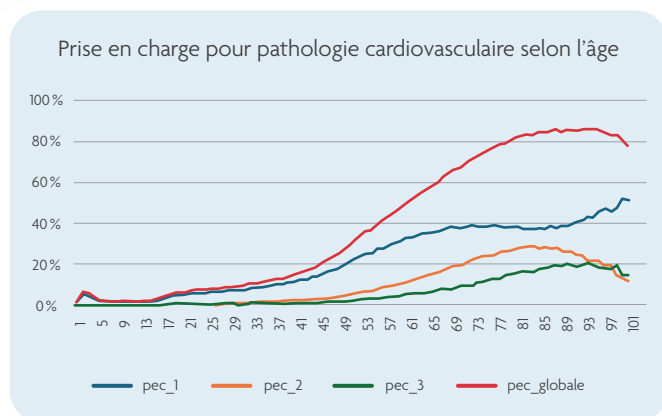


Figure 1 - Proportion de prise en charge pour pathologie cardiovasculaire parmi la population selon l'âge (2024)

La prise en charge pour pathologie cardiovasculaire augmente fortement avec l'âge. La progression devient particulièrement marquée à partir de 40 ans et s'accélère encore après 60 ans. Ce gradient se retrouve dans les différents niveaux de prise en charge (pec_), ce qui confirme la nécessité de renforcer le repérage précoce et les actions préventives avant l'apparition de complications lourdes.

2. La précarité et le genre creusent les inégalités

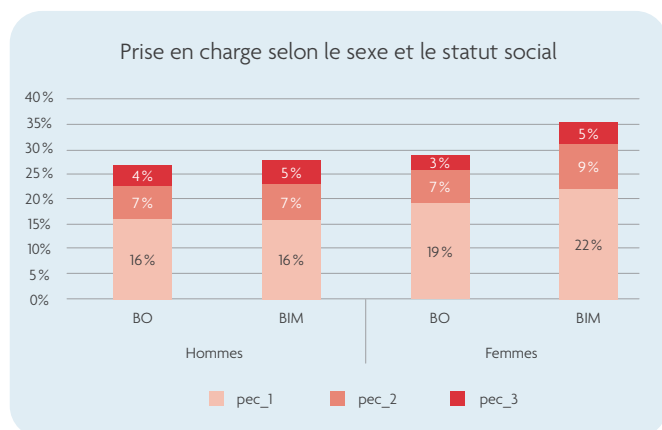


Figure 2 - Proportion de prise en charge pour pathologie cardiovasculaire selon le sexe et le statut social (2024)

Au-delà de l'âge, les résultats montrent un effet net du statut socio-économique et du sexe. Les affiliés BIM sont proportionnellement plus nombreux à être pris en charge que les bénéficiaires ordinaires, et cet écart est particulièrement marqué chez les femmes. Les femmes BIM constituent ainsi un public prioritaire, avec une proportion de prise en charge plus élevée que celle observée chez les hommes BIM et chez les femmes non BIM.

Chez les bénéficiaires ordinaires, la prise en charge est surtout portée par le premier niveau de prise en charge (médicaments ou contact avec un cardiologue). Les écarts entre hommes et femmes existent, mais restent plus limités que parmi les affiliés BIM.

Chez les affiliés BIM, les écarts se creusent davantage, surtout par rapport au premier niveau de prise en charge. Cela suggère que la précarité renforce l'exposition aux facteurs de risque et complique l'accès à une prévention efficace, en particulier pour les femmes.

Toutes choses étant égales par ailleurs, une analyse par régression logistique montre que l'âge, le statut socio-économique et le sexe influencent significativement la probabilité d'être pris en charge pour un problème cardiovasculaire.

- Par rapport aux affiliés âgés de 75 ans et plus, les affiliés âgés entre 19 et 50 ans présentent une probabilité de 33% moins élevée d'être pris en charge pour une pathologie cardiovasculaire.
- À âge égal, le statut socio-économique joue un rôle majeur : les affiliés BIM présentent une probabilité de prise en charge 32% plus élevée que les bénéficiaires ordinaires.
- Le genre influence également le risque : les femmes ont une probabilité légèrement mais significativement plus élevée d'être prises en charge que les hommes.

Concrètement, ces résultats montrent que les politiques universelles seules ne suffisent pas : elles nécessitent également d'être implémentées selon le principe d'un universalisme proportionné, en ciblant les publics les plus exposés.

3. Impact sociétal des maladies cardiovasculaires

Comme souligné dans le contexte de ce Policy Brief, les maladies cardiovasculaires ont également un impact sociétal majeur.

Décès

Malgré les progrès réalisés en termes de prévention et de traitement qui ont permis entre 2012 et 2022 une baisse de 30% (chez les hommes) et de 28% (chez les femmes) des décès dus aux maladies cardiovasculaires¹⁰, un tiers des décès est dû aux pathologies cardiovasculaires en Belgique.

D'après les dernières données disponibles, en 2022, les tumeurs et les maladies cardiovasculaires demeurent les principales causes de décès, représentant conjointement près de la moitié des décès (47% pour les deux sexes). Chez les femmes, les pathologies cardiovasculaires sont, devant les tumeurs, la première cause de décès (24%). Une situation inverse chez les hommes : les cancers sont la première cause de mortalité (25%), devant les maladies cardiovasculaires (23%)¹¹.

Par ailleurs, les différences au niveau régional mettent en évidence que si les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de décès chez les femmes en Wallonie et à Bruxelles, en Flandre, ce sont la démence et la maladie d'Alzheimer qui sont la principale cause de décès parmi les femmes¹².

Impact sur la qualité de vie

Incapacité de travail

Les maladies cardiovasculaires peuvent constituer une cause d'incapacité de travail. D'après les dernières données disponibles de l'INAMI (2025), 4,41% des incapacités de travail de longue durée (invalidité) sont causées par des pathologies cardiovasculaires¹³.

L'analyse menée dans ce Policy Brief met aussi en évidence un lien entre prise en charge cardiovasculaire et incapacité de travail. Ainsi, le fait d'être pris en charge pour un problème cardiovasculaire double la proportion d'affiliés âgés entre 18 et 65 ans en incapacité de travail (27,10 % vs 12,70 %). Ces résultats suggèrent de mieux articuler prévention cardiovasculaire, accompagnement médico-social et maintien dans l'emploi.

	Avec au moins un jour d'incapacité (itp ou invalidité) en 2024
Sans prise en charge d'un problème cardiovasculaire	12,70 %
Avec prise en charge d'un problème cardiovasculaire	27,10 %

Tableau 2 - Proportion de prise en charge pour maladie cardiovasculaire parmi les affiliés avec ou sans incapacité de travail (2024)

Hospitalisations

Par ailleurs, les dernières données récoltées par Sciensano (2024) font état de 192.272 hospitalisations classiques au niveau national pour maladies du système circulatoire, soit 11% de l'ensemble des hospitalisations¹⁴.

Impact sur les soins de santé

Enfin, en 2022, les dépenses en soins médicaux directs pour les maladies cardiaques se sont élevées à plus de 2.7 milliards €¹⁵. Elles figurent parmi les maladies les plus coûteuses, combinant un coût moyen élevé par patient et un grand nombre de patients. Un constat similaire pour l'ensemble des pays de l'OCDE : d'après les données et les estimations, en 2021, le coût économique des maladies cardiovasculaires s'est élevé à 282 milliards¹⁶.

Recommandations

Le rapport publié en février par l'OCDE et la Commission européenne dans le cadre du *Safe Hearts Plan* souligne un constat préoccupant : à l'instar de la moitié des états-membres de l'Union européenne, la Belgique ne dispose pas actuellement d'un plan national dédié à la lutte contre les maladies cardiovasculaires. Cette situation contraste avec le poids sanitaire et économique très important de ces pathologies, qui demeurent parmi les principales causes de mortalité et génèrent des coûts élevés pour la collectivité. Dans ce contexte, l'annonce du ministre fédéral de la Santé de s'inscrire dans la dynamique du plan européen constitue un signal positif¹⁷, mais elle devra se traduire rapidement par des mesures concrètes et structurées à l'échelle nationale.

À partir des publics cibles identifiés par l'analyse dans ce Policy Brief, Solidaris propose une série de recommandations suivant une logique d'universalisme proportionné, tant au niveau de la prévention et de la détection précoce que de la prise en charge.

1/ Prévention et promotion de la santé

Comme le souligne l'OMS, 80 % des décès dus aux maladies cardiovasculaires pourraient être évités en agissant sur les facteurs de risque modifiables, en particulier les facteurs de risque comportementaux : une mauvaise alimentation (c'est-à-dire, l'excès de sel, du sucre et de graisse) ; le tabagisme ; l'obésité ; l'inactivité physique ; le stress chronique et l'usage nocif et excessif de l'alcool.

Soutenir et renforcer l'implémentation d'outils de promotion de la santé cardiovasculaire et de prévention des risques universels et ciblés

En complémentarité avec des campagnes plus classiques et universelles visant l'ensemble de la population, Solidaris plaide pour apporter un soutien accru aux actions et outils ciblés de promotion de la santé et de prévention des risques cardiovasculaires reposant sur une démarche de littératie en santé.

Pensée spécialement pour atteindre les publics vulnérables qui demeurent difficilement atteignables par les campagnes de prévention classiques, cette démarche permet de développer de façon ciblée et plus efficace une meilleure compréhension de l'impact des facteurs de risque sur sa santé cardiovasculaire parmi ces publics. Par ailleurs, associée aux campagnes de sensibilisation et d'information à plus large échelle, la démarche de littératie en santé contribue de façon ciblée et individualisée à favoriser une meilleure adhésion aux actions permettant de prendre mieux soin de sa santé.

En ce sens, il est indispensable de faire évoluer les mentalités, les représentations et de briser les stéréotypes de genre

conduisant à une interprétation erronée des problèmes de santé cardiovasculaire chez les femmes. En effet, ces interprétations erronées conduisent encore actuellement de nombreuses femmes à ne pas se considérer à risque de problèmes cardiovasculaires, alors même qu'elles sont davantage touchées que les hommes. Cette situation est encore plus avérée parmi les femmes plus précaires sur le plan socio-économique (BIM) et n'est pas sans impact sur la possibilité d'une prévention réellement efficace.

2/ Détection précoce (dépistage et screening)

Renforcer la formation des professionnels de la santé aux spécificités des symptômes de maladies cardiovasculaires chez les hommes et chez les femmes

En 2024, une enquête menée par l'organisation féministe Rebelle a mis en évidence que les symptômes spécifiques des pathologies cardiaques restent encore peu connus parmi la population et, notamment parmi les personnes travaillant ou étudiant dans le secteur de la santé. Cette enquête a également relevé que parmi les formations dispensées afin d'obtenir le brevet « premiers secours », il est encore peu fréquent que les différences entre les hommes et les femmes en matière de symptômes soient abordées¹⁸.

Afin d'améliorer de façon accrue la détection précoce de problèmes cardiovasculaires chez les femmes, Solidaris plaide pour un renforcement, en amont, de la formation de l'ensemble des professionnels de la santé (dont les médecins généralistes) aux différences spécifiques des symptômes masculins et féminins de problèmes cardiovasculaires. En ce sens, la sensibilisation y compris des formateurs au brevet premier secours constitue un levier concret d'action pour sensibiliser et informer un plus large public.

Développer la détection précoce et le screening des maladies cardiovasculaires, en portant une attention spécifique aux femmes et aux publics précaires

En ce qui concerne le dépistage précoce et le screening de maladies cardiovasculaires, dernièrement, une initiative « mobile » a été menée par l'UZ Brussel afin de réaliser un dépistage cardiaque dans toutes les communes bruxelloises. Visant les personnes âgées de 60 ans et plus, la campagne vise un double objectif : mieux comprendre d'une part comment les conditions socio-économiques influencent la santé cardiaque et, d'autre part, déterminer sur cette base de quelle façon mettre en œuvre des campagnes de prévention adaptées et réellement efficaces. Les résultats de cette étude, qui devait toucher environ 1000 personnes, sont attendus pour 2027¹⁹.

Des expérimentations de ce type nécessitent d'être soutenues et renforcées afin d'améliorer la sensibilisation et le dépistage des publics les plus touchés. Notamment, une campagne de ce

type pourrait s'avérer pertinente pour les femmes, qui apparaissent encore nombreuses à se considérer moins susceptibles d'être affectées par les maladies cardiovasculaires²⁰.

3/ Prise en charge globale des personnes affectées par des problèmes cardiovasculaires

Réduire les inégalités géographiques d'accès aux « Stroke Unit »

En Belgique, on constate depuis ces 25 dernières années une augmentation de 50 % du nombre de personnes victimes d'AVC. Actuellement, près de 30.000 personnes sont concernées chaque année²¹. Depuis 2014, un dispositif spécifique de prise en charge des patients atteints d'AVC a été implémenté sur le territoire. Appelées « Stroke Unit », il s'agit d'unités spécialisées au sein des hôpitaux. Toutefois, selon les dernières données disponibles, il apparaît qu'elles ne sont pas suffisamment nombreuses en dépit de l'augmentation des besoins et qu'elles ne sont pas réparties de façon équilibrée sur le territoire. Ainsi, il n'existe aucune Stroke Unit dans la Province du Luxembourg actuellement, or, on sait combien le facteur « temps » est décisif lorsqu'une personne subit un AVC.

Améliorer la prise en charge des symptômes spécifiques pour les femmes de maladies cardiovasculaires

Comme le montrent les analyses menées dans ce Policy Brief, certains profils plus vulnérables nécessitent une prise en charge adaptée. En particulier, les publics plus précaires et les femmes nécessitent une amélioration de l'accès à la prise en charge et un renforcement de celle-ci. Pour ce faire, il est impératif de déconstruire l'approche normée sur le repérage de symptômes de maladies cardiovasculaires, dont les repères demeurent encore aujourd'hui pour nombre de professionnels de la santé, les symptômes éprouvés par les hommes.

Dans la lignée de l'étude menée par Soralia (2019), Solidaris réitère les recommandations suivantes afin que les spécificités des femmes et leurs besoins en matière de santé cardiovasculaire soient mieux encore pris en compte qu'ils ne le sont aujourd'hui : sensibilisation et formation continue des professionnels de santé (médecins généralistes, cardiologues et gynécologues), de la prise en charge médicale à la réadaptation cardiaque, en passant par la prescription de médicaments. Cette prise en charge doit également être adaptée selon des moments de vie précis augmentant le risque de maladies cardiovasculaires chez les femmes : la grossesse au-delà de 35 ans et la ménopause.

Durant cette période, la sécrétion des hormones naturelles permettant une certaine forme de protection contre le risque cardiovasculaire s'arrête et peut être remplacée par des hormones de synthèse rendant alors les femmes nettement plus à risque de développer des pathologies du système circulatoire²².

En tant que mutualité, Solidaris développe à travers l'ensemble de son réseau des actions et outils de promotion de la santé et de prévention contre les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires à destination de ses affiliés²³. Ces outils de promotion de la santé et de prévention sont développés selon une approche à la fois universelle et proportionnée.

Outre l'organisation d'ateliers et de conférences dédiés à l'alimentation²⁴, l'activité physique²⁵, au sevrage tabagique²⁶, ou encore aux risques liés à la consommation d'alcool²⁷, Solidaris met en œuvre un accompagnement de proximité et individualisé auprès du public le plus précarisé, grâce à ses agents de prévention, via le contact téléphonique et des visites à domiciles²⁸. Les personnes contactées sont ensuite redirigées, selon leurs besoins et situations, vers les ressources d'aide disponibles existantes à proximité de leur lieu de vie, afin de poursuivre le suivi.

Par ailleurs, des actions spécifiques et ciblées sont menées au niveau des agences, afin d'atteindre et de mieux informer les publics qui en ont le plus besoin (personnes en incapacité de travail, les patients ayant une maladie chronique et les publics les plus précaires). Ainsi, en 2025, les chargés de prévention et promotion de la santé (CPPS) ont mené 212 actions de sensibilisation et d'information et ont ciblé environ 5.420 personnes sur différentes thématiques (prévention des maladies cardiovasculaires, prévention du diabète, sevrage tabagique, etc.).

Des initiatives plus ciblées existent également en Flandre, comme Halt2Diabetes, qui vise les personnes présentant un risque accru de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires, avec une orientation par le médecin généraliste vers des séances gratuites de groupe autour de l'alimentation saine²⁹.

Enfin, Solidaris contribue également à mettre en œuvre un accompagnement via l'application digitale de coaching santé, Vity³⁰. Disponible pour le grand public, elle propose des articles sur différentes thématiques de santé, mais également des sessions d'activité physique, des séances de relaxation adaptée aux objectifs créés sur le compte Vity.

En ce sens, Solidaris et son réseau marquent leur soutien au *Safe Hearts Plan*, qui reconnaît le rôle central de la prévention, de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités - piliers historiques de l'action mutualiste. Les enjeux cardiovasculaires s'inscrivent plus largement dans les travaux européens et internationaux de Solidaris consacrés aux maladies non transmissibles.

Références/Sources

- ¹ Maladies définies sur la base de la consommation de médicaments - Vers une Belgique en bonne santé
- ² The State of Cardiovascular Health in the European Union (EN)
- ³ Maladies cardiovasculaires
- ⁴ Travail en horaires atypiques. Effets sur la santé et accidents - Risques - INRS
- ⁵ The State of Cardiovascular Health in the European Union (EN)
- ⁶ Causes of death - For a Healthy Belgium
- ⁷ Etude2019-Maladies-cardio-vasculaires.pdf ; Gedetailleerde cijfers bevraging Baas over eigen hart.pdf
- ⁸ Données 2024 – délivrance d'un médicament de la classe ATC3 – C01, C02, C03, C07, C08, C09 et ATC4-B01A.
- ⁹ Au moins une hospitalisation pour une pathologie cardiaque sur la période 2013-2024.
- ¹⁰ Causes of death - For a Healthy Belgium
- ¹¹ Ibid.
- ¹² Ibid.
- ¹³ Statistiques sur l'invalidité des travailleurs indépendants en 2025 | INAMI : stat_si2025_1_invalidite.pdf
- ¹⁴ op_mdc_2024_fr.xlsx
- ¹⁵ Maladies définies sur la base de la consommation de médicaments - Vers une Belgique en bonne santé
- ¹⁶ The State of Cardiovascular Health in the European Union (EN)
- ¹⁷ 56K1282009.pdf, pp. 50-51.
- ¹⁸ Gedetailleerde cijfers bevraging Baas over eigen hart.pdf
- ¹⁹ L'UZ Brussel lance un dépistage cardiaque mobile dans toutes les communes bruxelloises - UZB Website
- ²⁰ Etude2019-Maladies-cardio-vasculaires.pdf
- ²¹ Le nombre de victimes d'AVC recensé a augmenté de 50% en 25 ans - RTBF Actus
- ²² Etude2019-Maladies-cardio-vasculaires.pdf, pp. 12 sq.
- ²³ Maladies cardiovasculaires - Les Associations Solidaris ; Gezond leven | solidaris-vlaanderen.be
- ²⁴ Les Fruits et Légumes Belges et de Saison - Au cœur de la santé :
- ²⁵ Livret-Solidaris-26012025.pdf ; Sporten en bewegen | solidaris-vlaanderen.be ; Meer bewegen? Kies voor een Bewegen Op Verwijzing-coach! | Gezond Leven
- ²⁶ Atelier d'aide à l'arrêt du tabac - Ma vie en plus ; Groepscurcus: Samen stoppen met roken | solidaris-vlaanderen.be
- ²⁷ Alcoholverslaving | solidaris-vlaanderen.be
- ²⁸ QUI SOMMES-NOUS ? - Au cœur de la santé
- ²⁹ HALT2Diabetes - preventie van diabetes type 2 in Vlaanderen | Diabetes Liga
- ³⁰ Vity, votre dose quotidienne de santé