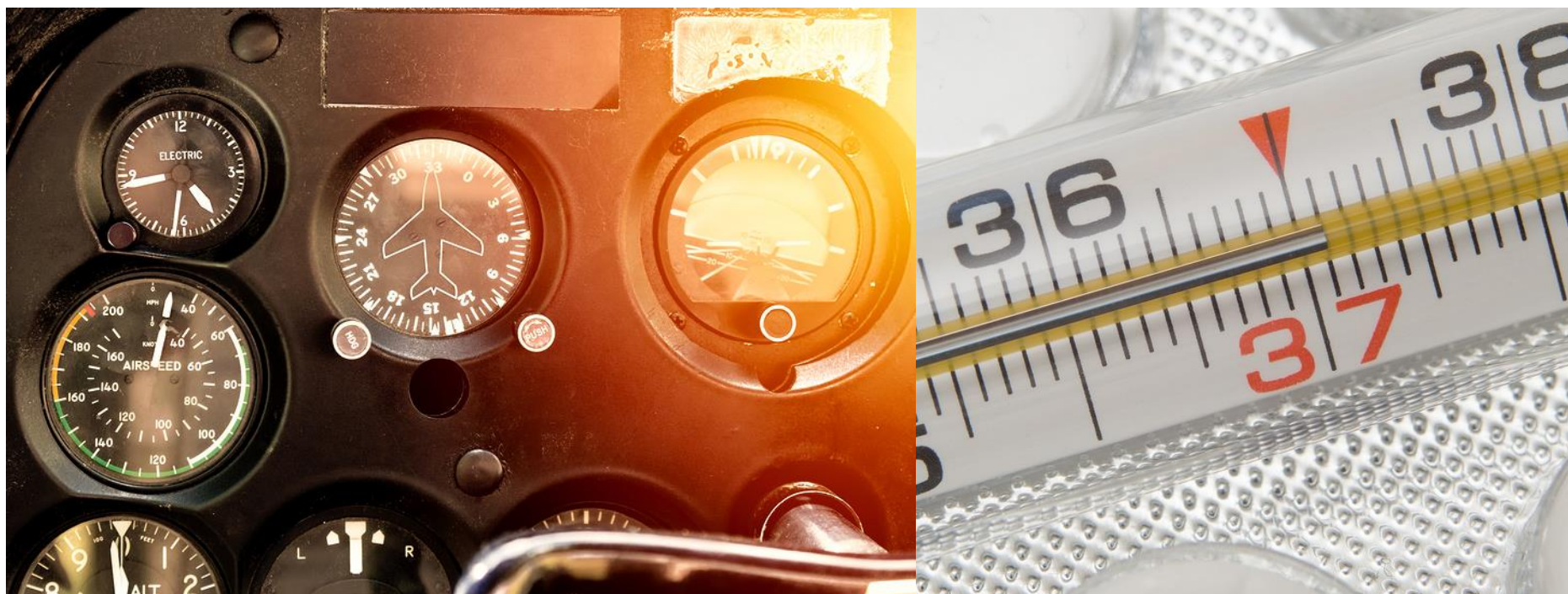


PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE – RAPPORT 2019



PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE – RAPPORT 2019

CARL DEVOS, AUDREY CORDON, MÉLANIE LEFÈVRE, CAROLINE OBYN, FRANÇOISE RENARD, NICOLAS BOUCKAERT, SOPHIE GERKENS,
CHARLINE MAERTENS DE NOORDHOUT, BRECHT DEVLEESSCHAUWER, MARGARÉTA HAELTERMAN, CHRISTIAN LÉONARD, PASCAL MEEUS



COLOPHON

- Titre : Performance du système de santé belge – Rapport 2019
- Auteurs : Carl Devos (KCE), Audrey Cordon (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Caroline Obyn (KCE), Françoise Renard (Sciensano), Nicolas Bouckaert (KCE), Sophie Gerkens (KCE), Charline Maertens de Noordhout (KCE), Brecht Devleesschauwer (Sciensano), Margareta Haelterman (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Christian Léonard (KCE), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV)
- Coordinateur de projet : Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
- Superviseur senior : Christian Léonard (KCE)
- Experts externes consultés pour la validation des indicateurs, définitions et résultats : Sophie Alexander (ULB), Thomas Allvin (EFPIA), Katrien Beeckman (UZ Brussel, VUB, VBOV), Nadia Benahmed (KCE), Benoit Boland (UCLouvain), Bernard Bolle (IMA – AIM), Christiane Bontemps (CRÉSAM), Jolyce Bourgeois (KCE), Ronny Bruffaerts (UZ Leuven), Hendrik Cammu (SPE, UZ Brussel), Joana Carvalho (UC Louvain), Anne Clercx (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Peter Cosemans (Zorgnet Icuuro), Virginie Dalcq (INAMI – RIZIV), Dominique Declerck (KULeuven) Raf De Rycke (Broeders van Liefde), Harlinde De Schutter (Kankerregister – Registre du Cancer), Dominique Dubourg (AViQ), Régine Goemaes (SPE), Jean-Pierre Gorrissen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Tine Grammens (Sciensano), Wilfried Gyselaers (ZOL Genk, Universiteit Hasselt), Germaine Hanquet (KCE), David Hercot (CCC Irisnet), Claire Janssens (RIZIV – INAMI), Pascale Jonckheer (KCE), Peter Jouck (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Katrien Latour (Sciensano), Roos Leroy (KCE), Peter Louwagie (KCE), Timothée Mahieu (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Patrick Martens (CvKO), Elise Mendes Da Costa (CCC Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles), Dirk Moens (FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale), Ingrid Morales (ONE), Jean-Philippe Mousset (RIZIV – INAMI), Gunnar Nauelaers (UZ Leuven, college Moeder-Kind), Jozef Pacolet (KULeuven, HIVA), Alex Peltier (Mutualité Chrétienne), Gert Peeters (UZ Leuven), Tatiana Pereira (ONE), Guido Pieters (KULeuven), Pascale Steinberg (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Sabine Stordeur (KCE), Nathalie Terryn (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Bertrand Tombal (UCLouvain), Eline Vandael (Sciensano), Rudi Van Dam (FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale), Koen Van den Heede (KCE), Johan Van der Heyden (Sciensano), Carine Van de Voorde (KCE), Therese Vandurme (UCLouvain), Virginie Van Leeuw (CEPIP), Lien van Walle (Kankerregister – Registre du Cancer), Lies Versavel (Expertisecentrum Kraamzorg De Bakermat), Patrick Vyncke (Zorgnet-ICURO), Michel Willems (Statbel), François Wyngaerden (UCLouvain)
- Stakeholders : Les administrations et institutions fédérales suivantes ont été consultées au cours du projet :
- Au niveau fédéral :
- Representative of Minister of Health: Mieke Walraevens, Regina De Paepe
 - INAMI – RIZIV: Benoît Collin, Mickaël Daubie, Gunther Gijsen



- SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid: Anne Delvaux, Lieven Deraedt, Pol Gerits, Peter Jouck
- Sciensano: Herman Van Oyen
- SPF Sécurité Sociale – FOD Sociale Zekerheid: Sébastien Bastaits, Dirk Moens, Rudi Van Dam

Au niveau régional :

- Vlaamse Gemeenschap (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid): Erik Hendrickx
- Région Wallonne (Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé et observatoire wallon de la santé): Anouck Billiet, Dominique Dubourg
- Fédération Wallonie-Bruxelles (Direction générale de la Santé): Annalisa Tancredi
- Communauté Germanophone (DGOV Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft): Karin Cormann
- Région Bruxelles Capitale (Observatoire de la Santé et du Social): Murielle Deguerry, Olivier Gillis, David Hercot, Elise Mendes da Costa

Validateurs externes :

Jon Cylus (European Observatory on Health systems and Policies), Hans Kluge (WHO – World Health Organisation), Gaetan Lafortune (OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development)

Remerciements :

Delphine Beauport (RIZIV – INAMI), Cécile Camberlin (KCE), Karen Colaert (Agentschap Zorg en Gezondheid), Danielle Croisiaux (AIM – IMA), Marie Dauvrin (KCE), Marie Delnord (Inserm), Marc De Falleur (INAMI – RIZIV), Anne Delvaux (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Annelies De Schrijver (Statbel), Stephan Devriese (KCE), Dominique Dicker (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Christelle Durand (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), François Eyskens (CBAA – UZA), Valérie Forton (KSZ-BCSS/eHEALTH), Olivier Gillis (CCC Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles), Lon Holtzer (Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vlaanderen), Güngör Karakaya (MLOZ), Jean Macq (UCLouvain), Déogratias Mazina (CCC Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles), Andries Nelissen (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Marc Nyssen (Vrije Universiteit Brussel), Govin Permanand (WHO), Aurélie Somer (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Nathalie Stallaert (Agentschap Zorg en Gezondheid), Belinda Ten Geuzendam (IMA – AIM), Nancy Thiry (KCE), Sarah Thomson (WHO), Joos Tielemans (RIZIV – INAMI), Xavier Van Aubel (RIZIV – INAMI), Saskia Van den Bogaert (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Isabelle Van der Brempt (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Elisabeth Van Eycken (Kankerregister – Registre du Cancer), Tom Van Ourti (Erasmus Universiteit Rotterdam), Aneke Verbeke (IMA – AIM), Martine Verstreken (IMA – AIM), Erik Vertommen (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Irm Vinck (KCE); Gilda Wimmer (RIZIV – INAMI)

This paper uses data from SHARE Waves 1, 2, 3 (SHARELIFE), 4, 5 and 6 (DOIs: [10.6103/SHARE.w1.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w1.611), [10.6103/SHARE.w2.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w2.611), [10.6103/SHARE.w3.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w3.611), [10.6103/SHARE.w4.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w4.611), [10.6103/SHARE.w5.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w5.611), [10.6103/SHARE.w6.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w6.611)), see Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details.

The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-



028812) and FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Additional funding from the German Ministry of Education and Research, the Max Planck Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org).

Intérêts déclarés :

Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine 'Performance – Report 4'. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Gunnar Naulaers (VVK – Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Wilfried Gyselaers (PhD-projecten UHasselt : Preclampsie-screening, telemonitoring)

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : David Hercot (CCC)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Thérèse Van Durme (Membre du Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière)

Layout :

Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**



Date de publication : 25 avril 2019
Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : Delivery of Health Care; Health Services Accessibility; Quality of Health Care; Efficiency; Healthcare Disparities; Benchmarking, Belgium
Classification NLM : W84
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2019/10.273/33
ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleesschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.



■ PRÉFACE

Voici une bonne centaine d'indicateurs, censés évaluer la « performance » de notre système de santé. Qu'est-ce à dire ? Un bilan, un bulletin ? Eh bien non, ce rapport ne permet pas de distribuer des bons ou mauvais points, pas plus qu'il n'est destiné à alimenter les critiques à l'égard des décideurs, des prestataires ou des institutions de soins. En revanche, il offre une vision globale de notre système de santé, à travers la grande diversité des indicateurs sélectionnés, dans des domaines aussi différents que la qualité des soins, leur efficacité, leur accessibilité ou même l'accessibilité du système. C'est un travail imposant, pour lequel une douzaine de chercheurs ont analysé la littérature, répertorié des données et consulté de nombreux experts et stakeholders.

Nous avons des raisons de nous réjouir. Bien sûr, nous allumons des feux rouges pour alerter les responsables divers, mais nous avons aussi placé assez bien de feux verts. Dans la circulation, nous n'y prêtons guère attention puisqu'ils indiquent que la voie est libre. Ici, nous invitons le lecteur à s'y attarder afin de prendre connaissance des aspects positifs de notre système. Et lorsque la situation semble plus critique, vous constaterez qu'elle évolue souvent favorablement. Cela signifie-t-il que tout va bien, que nous pouvons nous reposer sur nos lauriers ? Évidemment pas : santé mentale, vaccination contre la grippe, dépistage du cancer du sein ou consommation d'antibiotiques, entre autres exemples, doivent faire l'objet d'une analyse fine afin de dégager des pistes pour remédier à leurs évidentes carences.

Mais restons lucides : ce que ces indicateurs ne disent pas est peut-être plus important que les données qui sont à leur source. Nous consommons trop d'antidépresseurs ? Certes, mais pourquoi ? Peut-on se contenter de blâmer les prescripteurs, de leur rappeler les règles de bonne pratique ? Ce serait se dédouaner un peu vite de nos responsabilités. Car derrière les stigmates d'une dépression ou d'un burn-out, on trouve peut-être un manque de cohésion sociale, des inégalités de tous types, une société qui ne laisse pas de place aux perdants, une pression à la performance, celle qui se mesure avec des chiffres et des euros. Voire peut-être, aussi, nos propres manques de bienveillance, d'attention, de reconnaissance. Les indicateurs ont des faces cachées qui soulignent à quel point il faut être prudent en lisant ce rapport.

Enfin, rappelons qu'il faut du temps pour que les effets de certaines mesures prises se manifestent. Les indicateurs ont souvent une certaine inertie, en particulier lorsqu'ils reposent sur des variables nombreuses et peu maîtrisables. Il faut d'ailleurs tout autant de temps avant qu'ils ne traduisent une absence de mesures.

Ce temps, prenons-le pour analyser chaque aspect de la 'performance' de notre système de soins et de santé, car ils méritent chacun une attention particulière, à l'instar de celle dont bénéficient les patients.

Marijke EYSSEN
Directeur Général Adjoint a.i.

Christian LÉONARD
Directeur Général a.i.



■ TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
	LISTE DES FIGURES.....	4
	LISTE DES TABLEAUX.....	4
	LISTE D'ABRÉVIATIONS.....	5
	PARTIE 1 – CONTEXTE ET MÉTHODES.....	8
1	CONTEXTE ET OBJECTIFS.....	8
1.1	INTRODUCTION.....	8
1.2	INITIATIVES INTERNATIONALES.....	8
1.3	CADRE CONCEPTUEL.....	10
1.4	OBJECTIFS DU RAPPORT 2019.....	10
2	MÉTHODES ET DONNÉES.....	12
2.1	SÉLECTION DES INDICATEURS ET SOURCES DE DONNÉES.....	12
2.2	CE QUI A CHANGÉ DEPUIS LE RAPPORT PRÉCÉDENT.....	13
2.3	COMMENT AVONS-NOUS RÉALISÉ L'ÉVALUATION ?.....	13
	PARTIE 2 – RÉSULTATS PAR DIMENSION DE PERFORMANCE.....	15
3	QUALITÉ DES SOINS.....	15
3.1.1	Efficacité des soins.....	15
3.1.2	Adéquation des soins.....	20
3.1.3	Sécurité des soins.....	25
3.1.4	Continuité des soins.....	28
3.1.5	Centralité du patient.....	32
4	ACCESSIBILITÉ DES SOINS.....	37
5	EFFICIENCE DU SYSTÈME DES SOINS DE SANTÉ.....	47
6	SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	50



7	ÉQUITÉ ET INÉGALITÉS	56
7.1	INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES EN MATIÈRE DE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ	56
7.2	INDICATEURS CONTEXTUELS D'ÉQUITÉ	63
PARTIE 3 – RÉSULTATS PAR DOMAINE DE SOINS		66
8	SOINS PRÉVENTIFS	66
9	SOINS DE SANTÉ MENTALE	71
10	SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES	74
11	SOINS DE FIN DE VIE	82
12	MÈRE ET NOUVEAU-NÉ	85
13	FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE	89
PARTIE 4 – DISCUSSION		91
14	HSPA BELGE ET PRISE DE DÉCISION POLITIQUE	91
14.1	L'HSPA BELGE DANS LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION	91
14.2	OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SANTÉ	94
15	CONCLUSION	95
■	RECOMMAN DATIONS	98
■	ANNEXE	101
ANNEXE 1. LISTE DES INDICATEURS		101
■	RÉFÉRENCES	106



LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Figure 1 – Cadre conceptuel pour l'évaluation de la performance du système de santé belge.....	11
Tableau 1 – Pictogrammes pour l'évaluation des indicateurs	14
Tableau 2 – Indicateurs de l'efficacité des soins	19
Tableau 3 – Indicateurs de l'adéquation des soins.....	24
Tableau 4 – Indicateurs de la sécurité des soins.....	27
Tableau 5 – Indicateurs de la continuité des soins.....	31
Tableau 6 – Indicateurs de la place centrale accordée au patient	35
Tableau 7 – Indicateurs de l'accessibilité des soins	44
Tableau 8 – Indicateurs repris dans d'autres domaines ou dimensions.....	46
Tableau 9 – Future publication sur le site internet.....	46
Tableau 10 – Indicateurs de l'efficacité des soins de santé	48
Tableau 11 – Exemples d'indications d'un manque d'efficacité	49
Tableau 12 – Indicateurs de la soutenabilité du système de santé.....	55
Tableau 13 – Indicateurs repris dans d'autres sections, résultats par groupe socio-économique et mesures des inégalités socio-économiques	60
Tableau 14 – Indicateurs contextuels d'équité	65
Tableau 15 – Indicateurs des soins préventifs	69
Tableau 16 – Indicateurs de la santé mentale et des soins de santé mentale.....	73
Tableau 17 – Indicateurs des soins de santé pour les personnes âgées.....	78
Tableau 18 – Indicateurs déjà rapportés dans d'autres sections, spécifiquement pour la population des personnes âgées (+65 ans)	80
Tableau 19 – Indicateurs spécifiques pour la population âgée de +75 ans	81
Tableau 20 – Indicateurs sur la fin de vie des patients en phase terminale de cancer.....	84
Tableau 21 – Indicateurs pour la mère et le nouveau-né	88



LISTE D'ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATION	DÉFINITION
ADL	Activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living)
AIM	Agence InterMutualiste
AVC	Accident vasculaire cérébral
BAPCOC	Commission Belge de Coordination de la Politique Antibiotique
CE	Commission Européenne
CFQAI	Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière
CIM	Conférence interministérielle
COM	Concertation Oncologique Multidisciplinaire
CPAS	Centre public d'action sociale
CT	Tomodensitométrie (Computed Tomography)
DDD	Dose quotidienne déterminée (Defined Daily Dose)
DMG	Dossier Médical Global
DTP	Diptérie – Tétanos - Coqueluche
ECHI	European Community Health Indicators
ECHIM	European Community Health Indicators Monitoring
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
EPS	Échantillon Permanent (Permanente Steekproef)
ER	Service des urgences (Emergency Room)
ETP	Equivalent temps plein
EU – SILC	Enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie
FOBT	Recherche de sang occulte dans les selles (Faecal Occult Blood Test)
GTI	Groupe de travail interministériel
HAD	Hospitalisation à domicile



HAI	Infections acquises à l'hôpital (Hospital-acquired infections)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HCQI	Indicateurs de qualité des soins (Health Care Quality Indicators)
HFA	Health for All database
HIS	Enquête de santé par interview (Health Interview Survey)
HiT	Systèmes de santé en transition (Health Systems in Transition)
HSPA	Evaluation de la performance du système de santé (Health System Performance Assessment)
IAM	Infarctus aigu du myocarde
IGN	Institut géographique national
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISP	Institut Scientifique de Santé Publique (intégré à Sciensano depuis le 01/04/2018)
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
MG	Médecin Généraliste
MRPA	Maisons de repos pour personnes âgées
MRS	Maison de repos et de soins
MRSA	<i>Staphylococcus Aureus</i> résistant à la méthycilline
MS	Médecin Spécialiste
NIC	Soins intensifs néonataux
NICU	Unité de soins intensifs néonataux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OOP	À la charge des patients (Out of Pocket)



PIB	Produit intérieur brut
P4P	Payer pour la performance (Pay for Performance)
PPA	Parité du pouvoir d'achat
PREM	Expérience rapportée par le patient
PROM	Résultat rapporté par le patient (Patient Reported Outcome Measure)
PSI	Indicateurs de sécurité des patients (Patient Safety Indicators)
QALY	Année de vie pondérée par la qualité (Quality of Life Adjusted Life Year)
RAI	Resident Assessment Instrument
RHM	Résumé Hospitalier Minimum
RPM	Résumé Psychiatrique Minimum
SCS	Système de Comptes de la Santé
SSE	Statut socio-économique
SHARE	Enquête sur la Santé, le Vieillissement et la Retraite en Europe
SPF	Service Public Fédéral
UE	Union Européenne
UPC	Fournisseur de soins habituel (Usual Provider of Care)
UPI	Identifiant unique du patient (Unique Patient Identifier)
US	Etats-Unis (United States)
VAZG	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (Agence Soins et Santé Flamande)
VBAC	Accouchement par voie basse après césarienne
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



PARTIE 1 – CONTEXTE ET MÉTHODES

1 CONTEXTE ET OBJECTIFS

1.1 Introduction

L'évaluation de la performance du système de santé ou HSPA (*Health System Performance Assessment*) est un processus qui vise à évaluer un système de santé de manière holistique, une sorte de « check-up » basé sur des indicateurs mesurables. L'HSPA est mentionnée de façon explicite dans la charte de Tallinn¹, signée par l'ensemble des pays membres de la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Chaque HSPA est développée sur la base d'un cadre conceptuel spécifique au pays concerné (voir 1.3).

En Belgique, le processus HSPA a été initié en 2007 et nous en sommes actuellement à sa quatrième édition (voir Encadré 1).

Les objectifs stratégiques du processus de HSPA belge sont :

1. renseigner les autorités sur la performance du système de santé et leur apporter les informations nécessaires à la planification stratégique de ce système ;
2. offrir une vision transparente et responsable de la performance du système de santé, conformément aux engagements de la charte de Tallinn ;
3. permettre monitoring continu de l'évolution de la performance du système de santé.

Ce « Rapport 2019 » s'inscrit dans la lignée des trois rapports précédents (voir encadré 1).

Encadré 1 – HSPA (*Health System Performance Assessment*) en Belgique

En Belgique, les rapports HSPA suivants ont été publiés à ce jour :

- **Rapport 2009** : cadre conceptuel et étude de faisabilité pour 54 indicateurs²
- **Rapport 2012** : première évaluation complète sur base de 74 indicateurs³
- **Rapport 2015** : 106 indicateurs⁴
- **Rapport 2019 (le présent rapport)** : 121 indicateurs

Par ailleurs, la plupart des indicateurs relatifs à **l'état de santé de la population** ont été transférés dans une publication distincte, le **Rapport sur l'état de santé**^a, publié par Sciensano.

Les rapports HSPA sont le fruit d'une collaboration entre le KCE, Sciensano, l'INAMI et le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement pour le présent rapport.

1.2 Initiatives internationales

Le cadre conceptuel d'une HSPA s'inscrit dans des perspectives et priorités nationales, mais est également utilisé à l'échelle supranationale. Il existe en effet des agences internationales dont le rôle consiste à promouvoir les principes de l'HSPA, à faire office de forum de partage d'expérience et, surtout, à collecter des données provenant des sources nationales, ce qui permet, dans une certaine mesure, d'évaluer les systèmes de santé entre pays participants. Il est donc essentiel que chaque pays produise des données fiables et comparables entre elles.⁵

Les initiatives d'HSPA à l'échelon européen émanent principalement de l'OMS, de l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé, de l'Organisation de Coopération et de Développement

^a Disponible sur : <https://www.healthybelgium.be/>



Économiques (OCDE) et de la Commission européenne (CE). Les détails de ces initiatives internationales sont repris dans l'encadré 2.

Encadré 2 – Organisations européennes impliquées dans l'HSPA

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

En l'an 2000, l'OMS a été la première organisation internationale à lancer le débat sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé, avec la publication de son « Rapport sur la santé dans le monde ».⁶ L'année 2008 a marqué la signature de la « Charte de Tallinn sur les systèmes de santé pour la santé et la prospérité », au travers de laquelle les États membres se sont engagés à « promouvoir la transparence et à assumer la responsabilité de la performance de leur système de santé pour la réalisation de résultats mesurables ».¹ Au fil des années, l'OMS a consacré plusieurs publications méthodologiques à l'HSPA.^{7, 8}

L'OMS gère également la base de données *European Health for All* (HFA), qui fournit une sélection de statistiques de santé fondamentales couvrant des paramètres démographiques de base, l'état de santé, les déterminants de santé, ainsi que les ressources, l'utilisation et les dépenses relatives aux soins de santé dans les 53 pays de la région européenne de l'OMS. La HFA représente notamment une source de données importante pour l'*European Community Health Indicator Monitoring* (ECHIM) (voir plus loin).

Enfin, l'OMS est également le promoteur de la nouvelle politique-cadre européenne pour la santé, Santé 2020, qui définit une série d'objectifs de santé.¹⁰

L'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé

L'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé soutient et promeut l'élaboration de politiques de santé « *evidence-based* » par le biais d'une analyse complète et rigoureuse de la dynamique des systèmes de santé européens. L'Observatoire est le fruit d'un partenariat entre (notamment) les gouvernements de neuf pays européens (dont la Belgique), l'OMS et la CE.

L'Observatoire a développé le *Health Systems and Policy Monitor*, une plateforme qui fournit une description détaillée des différents systèmes de santé ainsi que des informations actualisées sur les réformes et changements ayant un impact sur la stratégie politique.

Il produit également des rapports à l'échelon des pays, baptisés *Health Systems in Transition* (HiT), qui comportent une description détaillée du système de santé et des réformes et initiatives politiques. Le dernier HiT consacré à la Belgique a été publié en 2010,¹¹ et une nouvelle édition est actuellement en préparation. L'Observatoire publie également des recherches méthodologiques sur l'HSPA.^{9, 12}

L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)

L'OCDE travaille sur des données et indicateurs de santé en vue d'effectuer des comparaisons internationales et l'analyse économique des systèmes de santé. Parmi ses publications statistiques clés, on retiendra notamment les *OECD Health Statistics 2018*¹³ (une base de données contenant plus de 1200 indicateurs qui recouvrent toutes les facettes des systèmes de santé pour les 36 pays membres de l'OCDE). Cette base de données comprend les *OECD Health Care Quality Indicators* (HCQI),¹⁴ qui comparent la qualité des services de santé dans différents pays et la base données *System of Health Accounts* (SHA), qui contient des tableaux comparatifs des dépenses de santé.

L'OCDE publie en outre des rapports intitulés *Health at a Glance*¹⁵ comportant les données comparables les plus récentes sur divers aspects de la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE.

La Commission Européenne (CE)

La CE a développé un ensemble d'indicateurs fondamentaux de la santé (ECHI) qui permettent de surveiller l'état de santé de la population européenne, les déterminants de la santé ainsi que certains aspects des systèmes de santé. Ils sont présentés via une application interactive sur



internet (le *ECHI data tool*) qui utilise des données provenant d'Eurostat, de l'OMS, de l'OCDE et de bases de données spécialisées.¹⁶

En 2014, le Comité de la Protection sociale (*Social Protection Committee*) et la Belgique ont également pris l'initiative d'organiser à Bruxelles un *peer review* sur le thème de l'HSPA, afin de faciliter l'échange des meilleures pratiques entre pays.¹⁷ Enfin, le Groupe « Santé Publique » du Conseil de l'Europe⁵ a décidé en 2014 de constituer un groupe d'experts sur l'HSPA. Il a également appelé à améliorer la coordination de l'HSPA par les États-Membres et la Commission.¹⁸ Une liste des rapports publiés par le groupe d'experts est disponible en ligne^b.

1.3 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel belge pour l'évaluation de la performance² a été développé à partir d'une revue de la littérature, d'une large consultation d'experts et de parties prenantes belges et en s'inspirant des cadres conceptuels néerlandais et canadien.^{19, 20} Ces deux cadres conceptuels ont été sélectionnés pour leur complémentarité : lorsqu'ils sont combinés, ils couvrent toute la gamme de *dimensions* jugées importantes par les experts et parties prenantes belges. Ce cadre combiné a été adapté au contexte du système de santé belge en élargissant son cadre (système de santé plutôt que système de soins) et en y ajoutant une nouvelle dimension pertinente pour les décideurs politiques, qui est la soutenabilité du système de santé.

Le cadre conceptuel qui en découle (Figure 1) est composé de trois niveaux interconnectés : (1) l'état de santé de la population^c, (2) les déterminants non médicaux de la santé et (3) le système de santé. Ce dernier est évalué

suyant quatre *dimensions* : la **qualité**, l'**accessibilité**, l'**efficience** et la **soutenabilité**. La qualité des soins est elle-même subdivisée en cinq sous-dimensions (efficacité, adéquation, sécurité, continuité et centralité du patient). Une cinquième dimension, l'**équité**, est transversale à tous les échelons.

La première partie du présent rapport se concentre sur l'analyse de ces cinq dimensions. Cinq *domaines* sont alors analysés plus en profondeur : les soins préventifs, les soins à la mère et au nouveau-né, les soins de santé mentale, les soins aux personnes âgées et les soins de fin de vie. Quant à la promotion de la santé, domaine qui s'étend bien au-delà des limites du seul système de santé, nous avons choisi de ne pas l'aborder dans ce rapport, car nous n'aurions pu en fournir qu'une vision très partielle.

1.4 Objectifs du rapport 2019

Les objectifs du rapport 2019 sont :

- proposer et mesurer un ensemble d'indicateurs qui puisse couvrir tous les domaines et dimensions du système de santé belge, tout en restant gérable (121 indicateurs dans le présent rapport) ;
- interpréter les résultats en vue de réaliser une évaluation globale de la performance du système de santé belge sur la base de différents critères, en ce compris une confrontation avec les objectifs-cibles et un *benchmarking* international lorsque cela se justifie.

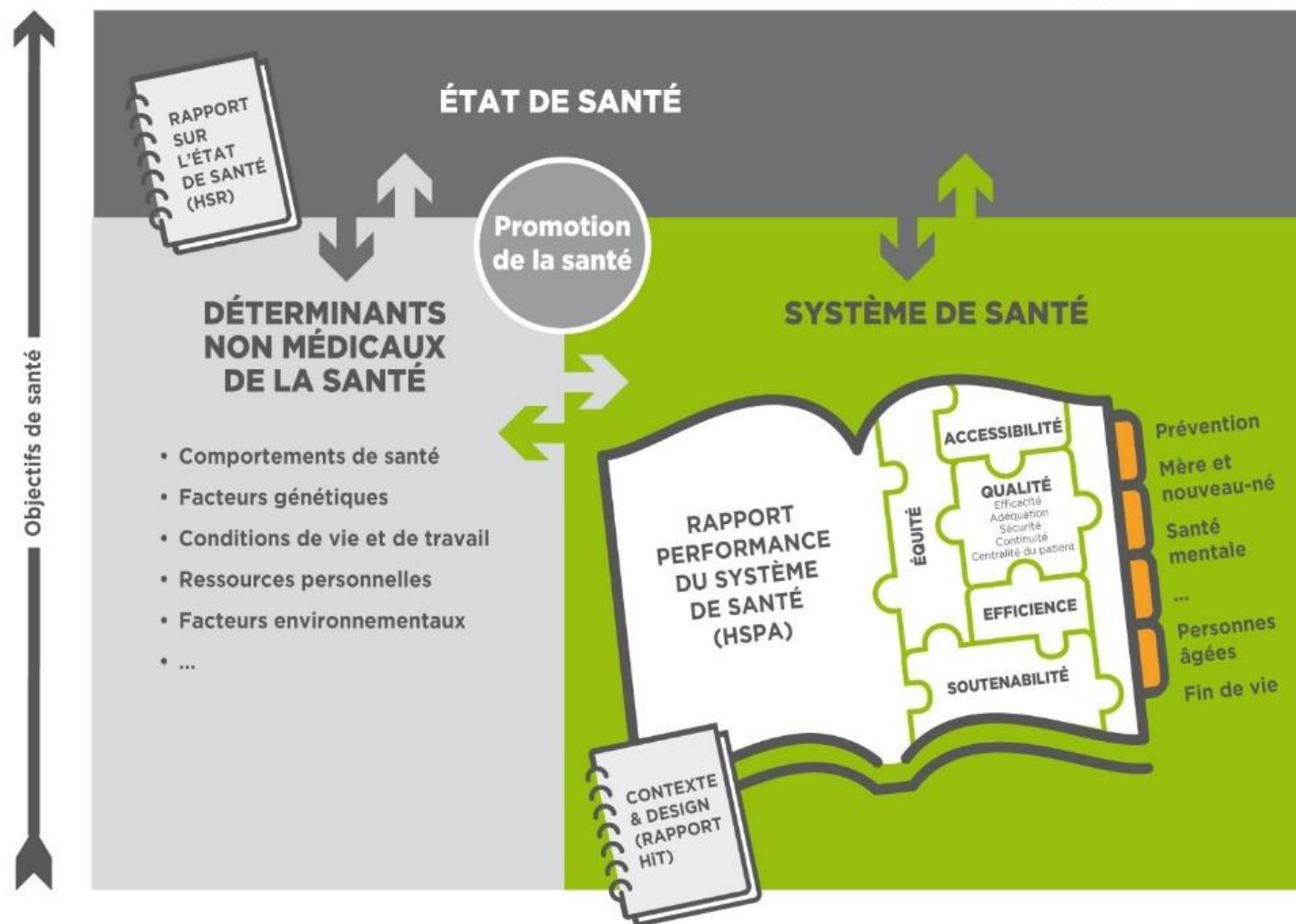
^b https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/overview_en

^c L'état de santé de la population belge est actuellement un sujet traité dans un rapport spécifique rédigé par Sciensano, disponible sur : <http://healthybelgium.be/>.



Figure 1 – Cadre conceptuel pour l'évaluation de la performance du système de santé belge

belgiqueenbonnesante.be





2 MÉTHODES ET DONNÉES

2.1 Sélection des indicateurs et sources de données

Le projet HSPA vise à constituer le cadre conceptuel avec les indicateurs les plus utiles. Ceux-ci ont d'abord été recherchés et identifiés dans la littérature (*peer-reviewed* et grise) ; les plus pertinents ont ensuite été sélectionnés pour chaque domaine/dimension (pertinence conceptuelle) en collaboration avec des experts externes. Dans un second temps, ces indicateurs ont été confrontés à la disponibilité des données ; l'utilisation des données de routine a été privilégiée. Aucune nouvelle collecte de données n'a été entreprise, ce qui signifie que toutes les données exploitées dans ce rapport ont été extraites de sources de données existantes (voir Encadré 3). La sélection finale des indicateurs a été le fruit d'un compromis entre la pertinence conceptuelle (= ce qui devrait idéalement être mesuré) et la faisabilité (= disponibilité des données, nombre d'indicateurs gérable).

Au final, 121 indicateurs recouvrant l'ensemble des domaines et dimensions du cadre conceptuel ont été sélectionnés et mesurés dans le cadre du présent rapport. La liste complète de ces indicateurs figure dans ANNEXE 1. Veuillez noter que certains indicateurs pourraient ne pas avoir été mis à jour vu l'absence de données récentes (p. ex. les données issues de la dernière *Health Interview Survey* (HIS) ont été collectées en 2018 mais ne seront pas disponibles avant fin 2019) : plutôt que de les retirer de ce rapport, nous les décrivons selon les dernières données disponibles. Dès que des données plus récentes seront disponibles pour ces indicateurs, le site internet (<https://healthybelgium.be/>) sera actualisé (voir encadré 5). Ces indicateurs sont marqués d'un * dans les tableaux synoptiques.

Encadré 3 – Sources de données pour le Rapport de Performance 2019

- **Statistics Belgium** est la principale autorité statistique en Belgique. Elle récolte et diffuse l'ensemble des données relatives à la population et à la mortalité.
- Le **RHM** et le **RPM** (Résumé Hospitalier Minimum et Résumé Psychiatrique Minimum) sont des données administratives hospitalières. Elles sont récoltées et diffusées par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
- Les données de l'**AIM** (Agence InterMutualiste) sont des données de facturation récoltées par l'ensemble des mutuelles. Parmi les sources de ces données figurent la base de données complète de l'AIM et un échantillon de celle-ci (EPS ou échantillon permanent), ainsi que l'Atlas de l'AIM (une application web interactive).
- L'enquête de santé **HIS** (*Health Interview Survey*) est organisée tous les 4 à 5 ans par Sciensano (anciennement ISP) et collecte des données par le biais d'interviews individuelles d'environ 10 000 personnes en Belgique.
- **Pharmanet** est une base de données de l'INAMI qui contient des informations (utilisation, volume, etc.) sur l'ensemble des médicaments remboursés dans les pharmacies ouvertes au public.
- La base de données **SHA** (*System of Health Accounts*, Système de Comptes de la Santé) est gérée par l'OCDE. Elle comporte des données concernant les dépenses de santé et le financement de la santé à l'échelon des pays.
- Le **Cadastre des professionnels des soins de santé** est géré par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il comporte des informations sur les jeunes diplômés et les professionnels habilités à exercer.
- Le **Registre du Cancer** est un registre national exhaustif des cas de cancer. Le couplage de ces données à la base de données de l'AIM permet de suivre le trajet de soins des patients oncologiques.
- D'autres **registres nationaux** contiennent des données relatives à la surveillance des infections nosocomiales, du VIH, etc.



- D'autres bases de données de l'**INAMI** (Doc N, Doc P) fournissent également des informations sur les fournisseurs de soins et le recours aux services de santé.

2.2 Ce qui a changé depuis le rapport précédent

Les principaux changements sont notamment :

- Une nouveau domaine de soins a été ajouté (soins à la mère et au nouveau-né). Il comporte 8 nouveaux indicateurs, couvrant les soins prénatals, les soins liés à l'accouchement et les soins du postpartum.
- La thématique des « soins de longue durée aux personnes âgées » a été étoffée avec 6 nouveaux indicateurs et couvre maintenant aussi les soins aigus aux personnes âgées (p. ex. prescription de médicaments dans et en dehors des maisons de repos). Par conséquent, son nom a été raccourci en « Soins aux personnes âgées ».
- La plupart des indicateurs relatifs à l'état de santé ont été déplacés dans un rapport spécifique publié par Sciensano, le Rapport sur l'état de santé. La section « Promotion de la santé et modes de vie » a été supprimée.
- Le présent rapport trouve dorénavant un complément en ligne : le site internet www.healthybelgium.be. Ce site regroupe les rapports HSPA, État de santé ainsi qu'un rapport sur les variations de pratiques médicales. Il est destiné à la population générale et fournit des données téléchargeables pour tous les indicateurs qui y figurent.

Les nouveaux indicateurs sont repérables au signe **NEW** dans les tableaux synoptiques de la section « Résultats » (Partie 2).

Certains indicateurs du rapport 2015 ont été supprimés ou modifiés, et ce pour diverses raisons : parce que les organisations internationales ont décidé de ne plus suivre ce paramètre, parce que les résultats se basaient sur une seule étude dépassée qui n'a pas pu être répétée ou parce que l'information livrée par l'indicateur était considérée comme redondante par rapport à d'autres.

2.3 Comment avons-nous réalisé l'évaluation ?

Les résultats des 121 indicateurs sont résumés dans les tableaux synoptiques présentés dans la section « résultats » (Partie 2). Ces tableaux reprennent les résultats fiables les plus récents à l'échelon national et régional, la source des données et la moyenne pour les pays de l'UE-15^d (ou d'un autre comparateur pertinent, p. ex. l'UE-26 pour les indicateurs repris dans le rapport Euro-Peristat²¹).

Évaluation du résultat et tendance

Chaque indicateur est évalué à l'aide d'un pictogramme (Tableau 1) qui qualifie à la fois le résultat (bon-moyen-mauvais) et son évolution au fil du temps (amélioration-stabilité-détérioration). Tous les pictogrammes rouges doivent être considérés comme des signaux d'alarme.

Pour la plupart des indicateurs, l'évaluation porte sur une période d'au moins 5 ans. Les indicateurs contextuels ne peuvent, par définition, pas être évalués, mais leur tendance est précisée quand elle est connue.

Les valeurs à l'échelon national ont été comparées, respectivement, aux **valeurs-cibles** (nationales si elles existent, internationales dans le cas contraire), aux résultats des pays de l'UE-15 (**benchmarking**) et aux **normes de soins** (*standards of care* - principalement pour les indicateurs dérivés de recommandations cliniques). En l'absence de cibles, de

^d Le terme d'**UE-15** fait référence aux 15 pays qui étaient membres de l'Union Européenne au 31 décembre 2003, avant l'élargissement aux nouveaux États-Membres : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg,

les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suède. En fonction de la disponibilité des données, le nombre de pays inclus dans l'établissement de la valeur de référence (*benchmark*) peut varier (p. ex. le terme UE-13 signifie que les données issues de 13 pays sur 15 pourraient être collectées pour la comparaison).



benchmarking ou de normes de soins, l'évaluation s'est basée sur un **consensus** entre les auteurs du présent rapport (avis d'experts).

Différences régionales (Flandre, Wallonie et Bruxelles)

Les régions sont toujours comparées à celle dont les résultats sont les meilleurs. Les régions dont les résultats sont au moins 20 % moins bons (en termes de risque relatif) sont indiquées en caractères gras.

En ce qui concerne les comparaisons régionales, il convient toutefois de garder à l'esprit le contexte spécifique de Bruxelles – une région composée d'une grande zone urbaine unique, tandis que les deux autres comportent un mélange d'environnements urbains, de banlieues et de campagnes.

Encadré 4 – Comment interpréter les résultats ?

Le lecteur doit garder les éléments suivants à l'esprit afin d'éviter une mauvaise interprétation des résultats présentés dans ce rapport :

Le but du rapport HSPA est de fournir une évaluation globale du système de santé, pas de monitorer l'effet de programmes spécifiques ; les indicateurs sont choisis pour illustrer une dimension ou un domaine, pas pour analyser un sujet en profondeur ni pour évaluer un objectif spécifique. Des tendances peuvent être dégagées de séries temporelles : un même indicateur, repris dans plusieurs rapports ou monitoré sur une longue période, peut fournir des informations sur la tendance.

- La comparaison avec d'autres pays (européens) doit se faire avec prudence, car il peut y avoir des différences en termes de méthodologie, de collecte des données (p. ex. enquête versus données administratives et méthode d'échantillonnage), de codage des données, etc.
- Les résultats d'un indicateur sont influencés par plusieurs facteurs, dont certains sont externes au système des soins de santé, comme par exemple les déterminants non-médicaux de la santé (environnement socioéconomique, environnement physique,

caractéristiques et comportements individuels). Le but de ce rapport n'est pas d'identifier ces facteurs. Lorsqu'un indicateur tend à se modifier, cela peut être dû à une nouvelle politique de santé mais aussi à un autre facteur intercurrent ; même si une corrélation est possible, elle ne constitue en aucun cas une preuve de causalité.

Tableau 1 – Pictogrammes pour l'évaluation des indicateurs

	Bons résultats qui s'améliorent
	Bons résultats globalement stables
	Bons résultats mais qui se dégradent
	Bons résultats, tendance non évaluée
	Résultats moyens qui s'améliorent
	Résultats moyens globalement stables
	Résultats moyens mais qui se dégradent
	Résultats moyens, tendance non évaluée
	Mauvais résultats mais qui s'améliorent (signaux d'alarme)
	Mauvais résultats globalement stables (signaux d'alarme)
	Mauvais résultats et qui se dégradent (signaux d'alarme)
	Mauvais résultats, tendance non évaluée (signaux d'alarme)
C	Indicateur contextuel : pas de tendance (aucune évaluation n'est donnée)
	Indicateur contextuel : tendance à la hausse (aucune évaluation n'est donnée)
	Indicateur contextuel : tendance stable (aucune évaluation n'est donnée)
	Indicateur contextuel : tendance à la baisse (aucune évaluation n'est donnée)



Encadré 5 – Plus de données sur nos sites Internet

Pour chacun des indicateurs décrits ci-après, une fiche technique est disponible dans le supplément du rapport, téléchargeable sur le site du KCE (www.kce.fgov.be). L'identification de l'indicateur (p. ex. P-1) dans les tableaux synoptiques renvoie au code utilisé dans ce supplément. Chaque fiche détaille le raisonnement qui sous-tend le choix de l'indicateur, fournit des informations techniques sur les sources et le calcul des données et reprend l'ensemble des résultats (y compris les analyses de sous-groupes et le *benchmarking*), les limitations dans l'interprétation et enfin les références bibliographiques. Certaines fiches techniques présentent également des sous-indicateurs associés à l'indicateur principal qui aident à comprendre le contexte.

Afin de toucher un public plus large, le rapport est également publié sur le site internet healthybelgium.be (Vers une Belgique en bonne santé – Indicateurs de santé et de soins). Ce site internet mentionne également des indicateurs issus d'autres rapports (Rapport sur l'état de santé et variations de pratique médicale) et inclut des graphiques avec des données téléchargeables.

PARTIE 2 – RÉSULTATS PAR DIMENSION DE PERFORMANCE

3 QUALITÉ DES SOINS

La qualité est définie comme « la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et rejoignent les connaissances professionnelles du moment ». ²² Dans ce rapport, cette notion recouvre cinq sous-dimensions : efficacité, adéquation, sécurité, continuité et approche centrée sur le patient.

3.1.1 Efficacité des soins

L'efficacité des soins est « le degré d'obtention de résultats désirables, moyennant la mise à disposition correcte de services de soins de santé *evidence-based* à toute personne susceptible d'en retirer un bénéfice, mais pas à celles qui n'en retireraient aucun bénéfice ». ²³ Les indicateurs d'efficacité sont typiquement des indicateurs de résultats : résultats rapportés par le patient (*patient reported outcomes* ou PROM), effets indésirables (mortalité, hospitalisations évitables et incidence de la résistance bactérienne) et événements sentinelles (p. ex. erreur de site chirurgical). Sept paramètres ont été sélectionnés parmi les indicateurs publiés à l'échelon international en vue d'évaluer l'efficacité des soins (Tableau 2).

Même s'il ne s'agit pas d'un résultat (*outcome*) spécifique, la mortalité évitable (« *avoidable mortality* ») a également été ajoutée (mortalité évitable par de meilleurs soins de santé [« *amenable mortality* »] et mortalité évitable grâce aux politiques de santé [« *preventable mortality* »]) comme « point de départ » pour l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé publique et de soins de santé en termes de réduction des décès prématurés dus à diverses maladies et lésions. ¹⁵



L'efficacité des **soins de première ligne** est mesurée par le nombre d'hospitalisations évitables pour deux pathologies chroniques, l'asthme et les complications du diabète. Les indicateurs d'efficacité pour les **soins hospitaliers aigus** sont le taux de survie relative à 5 ans après un cancer (du sein et colorectal), le taux de létalité dans les 30 jours après admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM) ou accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique, et le taux de létalité dans les 30 jours après admission pour une chirurgie de cancer colorectal.

Certains indicateurs analysés dans d'autres sections de ce rapport peuvent également être interprétés en termes d'efficacité, dont notamment :

- Indicateurs de sécurité : incidence des infections nosocomiales à MRSA (QS-2) ; incidence des septicémies après chirurgie abdominale (QS-4) ; prévalence des escarres de catégorie II-IV acquises à l'hôpital (QS-5) ;
- Indicateurs de santé mentale : mortalité par suicide (MH-1), taux d'hospitalisation sous contrainte dans un service de psychiatrie (MH-4) ;
- Indicateurs des soins préventifs : incidence de la rougeole (P-5) ;
- Indicateurs des soins à la mère et au nouveau-né : taux de mortalité néonatale (MN-1), score d'Apgar faible à 5 minutes (MN-2).

Mortalité évitable (grâce au système de soins (« amenable ») grâce aux politiques de santé (« preventable »)

Un décès est dit « évitable grâce au système de soins » lorsque, à la lumière des connaissances médicales au moment du décès, la totalité ou la plupart des décès susceptibles d'être dus à cette cause auraient pu être évités grâce à une bonne qualité des soins de santé (p. ex. décès dus à l'appendicite, la pneumonie, l'ulcère gastroduodénal). Un décès est dit « évitable grâce aux politiques de santé » lorsque, à la lumière de la compréhension des déterminants de la santé au moment du décès, il aurait pu être évité grâce à des politiques de santé publique visant des déterminants de santé publique plus larges tels que le mode de vie, le statut socioéconomique et les facteurs environnementaux (p. ex. décès dus aux accidents de la route, au cancer pulmonaire, aux maladies liées à l'alcool).

Par rapport aux autres pays de l'UE-15, la Belgique obtient un bon classement pour la mortalité potentiellement évitable par une amélioration du système des soins de santé pour les hommes et un classement dans la moyenne pour les femmes. Cette mortalité diminue avec le temps et est plus élevée à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre.

Par contre, la Belgique se classe très mal par rapport aux autres pays de l'UE-15 en ce qui concerne la mortalité potentiellement évitable par une amélioration des politiques de santé, et ce tant pour les hommes que les femmes. Par rapport à la Flandre, elle est 40 % plus élevée en Wallonie et 20 % plus élevée à Bruxelles pour les deux sexes ; elle est légèrement plus faible chez les hommes.

Hospitalisations évitables

Les taux élevés d'hospitalisation pour cause d'asthme ou de complications du diabète peuvent s'interpréter comme un signe de piètre efficacité des soins de 1^{re} ligne et de mauvaise coordination de la continuité des soins.²⁴

La Belgique se situe dans la moyenne de l'UE-15 pour ces deux indicateurs, mais ceci ne nous apprend pas grand-chose étant donné que les différences entre pays peuvent découler de nombreux facteurs autres que l'efficacité des soins (p. ex. différences dans la prévalence de la maladie, l'accessibilité des soins ou la méthodologie utilisée pour la mesure de l'indicateur).

Les hospitalisations liées à l'asthme ont connu une tendance à la baisse (également observée dans les autres pays de l'UE-15) au début des années 2000, mais elles se sont ensuite stabilisées depuis 2008. Les chiffres sont similaires en Wallonie et en Flandre, mais plus élevés à Bruxelles.

Les hospitalisations pour cause de complications du diabète sont également en recul depuis 2008 ; cette évolution s'observe aussi dans les autres pays de l'UE-15.



Survie après cancer

Les taux de survie relative à 5 ans après un cancer du sein ou colorectal sont des indicateurs de résultats qui mesurent l'efficacité du système de santé pour ces maladies bien spécifiques. Dépistables, ces deux cancers font l'objet de programmes de screening à l'échelon régional. La survie relative peut refléter aussi bien des avancées dans les interventions de santé publique (conscientisation, meilleurs programmes de dépistage) qu'une efficacité accrue des traitements.

Dans une étude publiée en 2014 comparant les résultats des pays européens,²⁵ la Belgique affiche d'excellents taux de survie à 5 ans pour les cancers du côlon et du rectum, mais des résultats inférieurs à la moyenne pour le cancer du sein. Les données récentes de l'OCDE confirment ces résultats. La comparaison de la survie entre pays européens est toutefois compliquée par une série de limitations liées à la méthodologie, et ces résultats sont donc à interpréter avec prudence.

Le taux de survie relative à 5 ans après un diagnostic de cancer du sein ou de cancer colorectal s'élève respectivement à 89,9 % et 67,5 % dans une cohorte de patients diagnostiqués en 2012. En comparaison avec des patients diagnostiqués en 2004, ce résultat est resté stable pour le cancer du sein et a connu une progression modérée pour le cancer colorectal. Une augmentation notoire de la survie est observée plus spécifiquement chez les patients atteints d'un cancer colorectal de stade III.

Mortalité après infarctus aigu du myocarde (IAM) ou accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique

Le taux de mortalité à 30 jours de l'IAM est un reflet des processus de soins, tels que le transport rapide des patients et l'efficacité des interventions médicales. Ce chiffre s'est amélioré en Belgique entre 2000 et 2014 – une tendance qui s'observe également dans d'autres pays d'Europe.²⁴ Cette amélioration peut probablement être attribuée en partie à une meilleure prise en charge, en particulier au cours de la phase aiguë. Les résultats de mortalité sont meilleurs en Flandre que dans les deux autres régions, mais l'écart diminue.

La gestion de l'AVC ischémique a évolué au cours de la dernière décennie, avec des avancées manifestes au niveau des traitements thrombolytiques et l'émergence d'unités spécialisées (*stroke units*).²⁴ Dans la lignée des tendances observées ailleurs en Europe, le taux de mortalité après AVC ischémique a légèrement diminué en Belgique entre 2000 et 2016, mais il s'est stabilisé ces dernières années. Les résultats sont similaires dans les trois régions du pays, la Wallonie (10 % de mortalité dans les 30 jours suivant l'AVC) ayant un taux un peu plus élevé qu'à Bruxelles et en Flandre (9 % pour les deux régions).

Les taux de mortalité pour l'IAM et l'AVC ischémique sont légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE-15.

Mortalité hospitalière après chirurgie colorectale

Les taux de mortalité à 30 jours et 90 jours après une chirurgie pour cancer colorectal sont des indicateurs de la qualité des soins aigus fournis aux patients. Les progrès en termes de diagnostic et de traitement, notamment l'amélioration des techniques chirurgicales, ont contribué à augmenter la survie au cours de la dernière décennie.¹⁵ Pendant la période comprise entre 2011 et 2015, le taux de mortalité postopératoire a diminué pour le cancer du côlon et est resté stable pour le cancer du rectum. Les résultats sont similaires à Bruxelles et en Wallonie ; les taux les plus faibles sont observés en Flandre. Il est toutefois nécessaire de réaliser une analyse complémentaire de ces chiffres (en tenant compte des différences possibles entre populations de patients) avant de conclure qu'il existe de réelles différences en termes de qualité des soins.



Conclusion

La mesure de l'efficacité des soins est limitée dans notre pays, principalement faute de pouvoir évaluer des résultats rapportés par les patients (*patient reported outcomes* ou PROM), même si certaines initiatives sont en cours de développement. Ces données permettent de mesurer comment les patients vivent un problème de santé donné et sa prise en charge (p. ex. prothèse de hanche ou de genou, contrôle de la douleur en fin de vie).²⁶ Ces mesures sont rapportées en routine dans le rapport de performance néerlandais.²⁷ En Belgique, les PROM ne sont généralement pas collectés de manière centralisée (mais bien au niveau local) ; un rapport récent du KCE a identifié les obstacles et les facteurs favorisant le développement d'initiatives PROM en Belgique.²⁸

Le sous-ensemble d'indicateurs d'efficacité des soins a été constitué à partir d'une sélection d'items publiés à l'échelon international. La Belgique se situe dans la moyenne de l'UE-15 pour tous les indicateurs sauf pour les cancers du côlon et du rectum, où ses résultats sont meilleurs. Les comparaisons internationales doivent toutefois être interprétées avec prudence à cause de

possibles divergences méthodologiques. Les tendances au fil du temps sont plus fiables et livrent donc des informations précieuses pour les autorités politiques :

- Les deux indicateurs touchant aux hospitalisations évitables (asthme et diabète) affichent une tendance à l'amélioration qui pourrait être liée à une meilleure qualité des soins de première ligne.
- La survie relative à 5 ans après cancer colorectal a connu une amélioration notoire pour les patients de stade III.
- Les taux de mortalité après IAM ont diminué ces dernières années, comme dans d'autres pays d'Europe.
- Le taux de mortalité postopératoire après chirurgie du cancer du côlon s'améliore.
- Les indicateurs repris dans d'autres dimensions affichent une évolution positive.



Tableau 2 – Indicateurs de l'efficacité des soins

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne) [BELGIQUE]	
Efficacité des soins de première ligne – hospitalisations évitables									
QE-1	Hospitalisations liées à l'asthme chez l'adulte (/100 000 hab.)	ST	30	2014	29	29	39	RHM	39 ⁽¹⁾ [BE : 37]
QE-2	Hospitalisations liées aux complications du diabète chez l'adulte (/100 000 hab.)	+	130	2014	130	132	128	RHM	122 ⁽¹⁾ [BE : 143]
Efficacité des soins hospitaliers – résultats de santé									
QE-3	Taux de survie relative à 5 ans après cancer du sein (%)	ST	89,9	2012	89,8	90,2	89,6	Registre du Cancer	86,2 ^(1, 2) [BE : 86,4]
QE-4	Taux de survie relative à 5 ans après cancer colorectal (%)	+	67,5	2012	69,0	64,3	67,7	Registre du Cancer	63,3/62,9 ^(1, 2, 3) [BE : 67,8/66,6]
QE-5	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour IAM (pop. +45 ans, sur la base des hospitalisations, %)	+	7,0	2016	6,7	7,7	7,7	RHM	6,3 ⁽¹⁾ [BE : 7,0]
QE-6	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour AVC ischémique (pop. +45 ans, sur la base des hospitalisations, %)	ST	9,0	2016	8,6	9,9	8,9	RHM	7,1 ⁽¹⁾ [BE : 8,4]
QE-7 NEW	Taux de mortalité à 30 jours après chirurgie pour cancer du côlon (c) ou du rectum (r)	+	3,9 (c) 2,1 (r)	2011- 2015	3,3 (c) 1,7 (r)	4,9 (c) 3,0 (r)	5,4 (c) 3,2 (r)	Registre du Cancer	-
QE-7 NEW	Taux de mortalité à 90 jours après chirurgie pour cancer du côlon (c) ou du rectum (r)	+	6,7 (c) 4,2 (r)	2011- 2015	5,7 (c) 3,6 (r)	8,3 (c) 5,3 (r)	9,5 (c) 4,8(r)	Registre du Cancer	-
QE-8	Mortalité évitable grâce au système de soins, hommes	+	110,6	2013- 2015	95,7	118,7	137,6	Base de données Statbel sur les causes de décès	127,8 ⁽⁴⁾ [BE : 113,8]
	Mortalité évitable grâce au système de soins, femmes	+	81,0	2013- 2015	75,4	84,3	90,7	Base de données Statbel sur les causes de décès	81,5 ⁽⁴⁾ [BE : 82,7]



QE-8	Mortalité évitable grâce aux politiques de santé, hommes	+	281,4	2013-2015	246,3	288,5	349,6	Base de données Statbel sur les causes de décès	263,3 ⁽⁴⁾ [BE : 288,8]
	Mortalité évitable grâce aux politiques de santé, femmes	●	152,4	2013-2015	132,7	161,3	186,7	Base de données Statbel sur les causes de décès	133,4 ⁽⁴⁾ [BE : 157,2]

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.

⁽¹⁾ Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018 ; ⁽²⁾ données 2009-2014 ; ⁽³⁾ Les résultats pour le cancer du côlon/rectum sont présentés séparément dans les Statistiques de l'OCDE sur la santé ; ⁽⁴⁾ Eurostats.

3.1.2 Adéquation des soins

L'adéquation des soins (c.-à-d. leur caractère approprié) peut se définir comme « la mesure dans laquelle les soins de santé fournis sont adaptés aux besoins cliniques, eu égard aux meilleures preuves disponibles à ce point dans le temps ». ²³ Elle peut être évaluée par différents moyens, dont le plus robuste consiste à examiner dans quelle mesure la pratique médicale est conforme aux **recommandations de pratique clinique**. Une autre méthode fréquemment utilisée est l'analyse de la **variabilité géographique**.

Sept indicateurs touchant aux soins aigus et chroniques ont été retenus (Tableau 3). Ils concernent l'application des guidelines (en matière de suivi des patients diabétiques, d'habitudes de prescription d'antibiotiques ou d'antidépresseurs, d'utilisation de techniques d'imagerie inappropriées) et la variabilité des taux de césariennes.

D'autres indicateurs d'adéquation des soins figurent dans les tableaux sur les soins préventifs (Tableau 15) pour la vaccination et le dépistage, sur la

santé mentale (Tableau 16) pour la prescription et la consommation de médicaments et sur les soins de fin de vie (Tableau 20) pour l'agressivité des soins en fin de vie. Enfin, des variations de pratique médicale sont présentées dans l'Encadré 6.

Adéquation des soins aux malades chroniques (diabétiques)

Le caractère approprié ou non des soins apportés aux malades chroniques a été évalué par le biais du suivi des patients diabétiques.^e Nous avons établi un indicateur composite évaluant l'ensemble des cinq tests recommandés (HbA1c, glycémie, microalbuminurie, lipides sanguins et examen ophtalmologique annuel). Cet indicateur révèle que seuls 30 % des patients insulino-dépendants et 11 % des patients non insulino-dépendants sont suivis correctement, ce qui est inférieur aux résultats du rapport précédent. Toutefois, l'indicateur (composite) utilisé dans ce précédent rapport ne se basait que sur trois tests (HbA1c, créatinine et examen ophtalmologique annuel). De plus, dans l'indicateur composite actuel, le paramètre créatinine a été remplacé par un test de microalbuminurie. Dans

^e En ce qui concerne le suivi des diabétiques, les directives recommandent un contrôle de l'hémoglobine glyquée, de l'albumine, de la créatinine et des lipides de préférence une fois par an, et au minimum tous les 15 mois. Elles

recommandent également de surveiller la glycémie tous les 3 mois. Un examen du fond de l'œil annuel par un ophtalmologue est également recommandé afin d'identifier les complications oculaires précoces.



la pratique clinique réelle, il est probable que la réalisation d'un test annuel de microalbuminurie soit beaucoup moins fréquente qu'un contrôle annuel des taux de créatinine. Ceci, associé au fait que l'indicateur composite actuel comprend les résultats de 5 tests au lieu de seulement 3 précédemment, explique très probablement la chute de performance globale plus faible observée dans ce rapport.

Il existe également des différences régionales pour les deux sous-groupes. Pour les diabétiques insulinodépendants, la différence entre Flandre et Wallonie atteint 6,5 %. Pour les patients non insulinodépendants, les taux de couverture les plus élevés sont observés à Bruxelles, mais les patients des deux autres régions présentent des résultats proches. Pour les patients insulinodépendants, le problème semble se situer au niveau des 4 tests de glycémie par an, alors que pour les patients non insulinodépendants, c'est surtout le test de microalbuminurie qui pose problème, suivi par la mesure de la glycémie.

Adéquation des habitudes de prescription

Depuis le début des années 2000, les autorités se sont efforcées de sensibiliser le public et les médecins au problème de la résistance aux antibiotiques. Ces médicaments ne devraient être utilisés que lorsqu'ils sont réellement nécessaires et le choix devrait idéalement se porter sur les produits de première ligne. La mesure de la **prescription d'antibiotiques** est utilisée pour évaluer la compliance vis-à-vis de ces recommandations.

La Belgique se trouve dans le haut des classements internationaux pour la prescription d'antibiotiques, avec une consommation du même niveau que p. ex. la France, mais environ 2,5 fois plus élevée que celle des Pays-Bas. En 2016, une proportion importante de la population totale (39,6 %, légère diminution par rapport aux 41,5 % de 2011) a reçu au moins une prescription d'antibiotiques ; ce taux est plus élevé en Wallonie (43,7 %) qu'en Flandre (38,5 %) et à Bruxelles (35,3 %). Les chiffres sont particulièrement élevés chez les personnes âgées du secteur résidentiel (62,2 % chez les résidents de MRPA/MRS âgés de 75 ans ou plus), par rapport aux personnes âgées vivant à domicile (44,4 %). Par ailleurs, 51,8 % des antibiotiques prescrits sont des produits de 2^e ligne (vs. 16 % aux Pays-Bas²⁹). La BAPCOG (*Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee*, Commission belge de

coordination de la politique antibiotique) a défini deux indicateurs comportant des valeurs cibles pour les antibiotiques de 2^e ligne :

- le rapport entre l'amoxicilline et l'amoxicilline-acide clavulanique doit atteindre 4 sur 1 (80/20) ; en 2016, il était légèrement supérieur à 50/50, soit égal à 1,02. Il était de 3,16 chez les enfants (âgés de moins de 15 ans) et de 0,63 chez les patients âgés de +65 ans.
- le nombre total de DDD de quinolones par rapport à la quantité totale d'antibiotiques prescrits doit diminuer et passer d'environ 10 % en 2014 à 5 % en 2018 ; en 2016, il était toujours à 10,7 %.

Utilisation de techniques d'imagerie médicale inappropriées

En 2013, 50 % des irradiations médicales étaient dues à des utilisations inappropriées de techniques d'imagerie, principalement des CT-scans de la colonne lombaire. L'imagerie médicale n'est pas recommandée dans la plupart des cas de lombalgies aspécifiques.^{30, 31} C'est pourquoi, dans ce rapport, nous avons ciblé l'imagerie de la colonne, à savoir le CT-scan (tomodensitométrie) et la radiographie, deux techniques qui émettent des rayonnements ionisants potentiellement cancérigènes, ainsi que l'imagerie par résonance magnétique (IRM), qui est une technique d'imagerie non irradiante. Le recours à l'imagerie de la colonne a diminué de 2 % par an entre 2007 et 2016. L'utilisation de la radiographie a diminué beaucoup plus rapidement : en 2017, le nombre d'examen avait chuté de moitié par rapport à 2007 (réduction annuelle de 7,35 %). Le recours au CT scan s'est stabilisé depuis 2014 et a encore récemment diminué en Flandre. L'utilisation de l'IRM continue à augmenter, mais moins rapidement et une diminution a été constatée à Bruxelles depuis 2016 (compensée par une augmentation du nombre de CT-scans en 2017).

Variabilité géographique des procédures chirurgicales

La variabilité géographique des procédures chirurgicales électives peut également indiquer une pratique de soins inappropriés. Dans ce rapport, nous avons choisi comme illustration l'exemple de la césarienne, mais il y en a beaucoup d'autres (p. ex. le placement d'une prothèse de hanche ou du genou, deux interventions pour lesquelles la Belgique se classe au sommet de l'UE-15).³²



Alors que l'OMS affirmait de 1985 à 2015 que le taux de césariennes ne devrait pas dépasser 10-15 %^{f,33}, on observe dans la région UE-15 que les chiffres, déjà élevés, continuent à augmenter (25,9 % des naissances vivantes pour l'UE-13). Les taux belges sont inférieurs (21,6 %) et ont augmenté très lentement au cours de ces dernières années (une diminution a même été observée à Bruxelles depuis 2014 et en Wallonie en 2016). On observe toujours une variabilité importante entre les hôpitaux, ce qui indique que l'on pourrait obtenir des taux plus faibles dans certains hôpitaux. Une analyse plus détaillée est présentée dans la [section sur les soins de la mère et du nouveau-né](#).

Indicateurs d'adéquation des soins rapportés dans d'autres sections de ce rapport

Des indicateurs décrits dans d'autres sections de ce rapport nous renseignent également sur la pertinence des soins. En matière de prévention (Tableau 15), le dépistage du cancer du sein semble se faire d'une manière inappropriée : d'une part le taux de participation aux programmes de screening organisé est faible (en particulier en Wallonie et à Bruxelles) et d'autre part, le dépistage des femmes n'appartenant pas au groupe d'âge visé est important (un tiers des femmes de 41 à 49 ans font une mammographie de dépistage alors que la population cible est constituée des femmes de 50 à 69 ans). Il existe des disparités régionales : le taux de dépistage des femmes de 41 à 49 ans est moins élevé en Flandre (26,3 % en 2016) qu'à Bruxelles (46,7 % en 2016) et qu'en Wallonie (49,0 % en 2016). Dans le domaine de la santé mentale, les résultats laissent entrevoir des prescriptions médicamenteuses de durée inappropriée, en ce sens que beaucoup de prescriptions d'antidépresseurs ne respectent pas la durée minimale recommandée pour le traitement d'une dépression majeure, qui est d'au moins trois mois. Dans le domaine des soins de la mère et du nouveau-né, outre le problème des césariennes, plusieurs indicateurs peuvent être analysés sous l'angle de l'adéquation des soins : taux

d'épisiotomie, taux d'induction de l'accouchement, proportion des naissances par voie vaginale après césarienne, naissances très prématurées dans des hôpitaux ne disposant d'aucune unité de soins intensifs néonataux (NICU) et tests répétés de dépistage de la toxoplasmose pendant la grossesse. Ce dernier indicateur est le seul dont les résultats sont préoccupants (les recommandations ne sont pas bien respectées) et n'indiquent aucune tendance à l'amélioration.

Conclusion

De nombreux indicateurs révèlent que les soins dispensés ne sont pas toujours parfaitement appropriés, et ce dans de nombreux domaines (prévention, soins aigus, soins à long terme et soins aux personnes âgées). Pour plusieurs d'entre eux, la Belgique affiche des résultats décevants en comparaison avec les autres pays européens, et ne semble enregistrer que de très modestes progrès ces dernières années.

La prescription d'antibiotiques et antidépresseurs affiche de piètres résultats, aussi bien en ce qui concerne le volume que la qualité. Le taux de césariennes s'est récemment stabilisé, mais il subsiste de fortes disparités entre hôpitaux.

Des soins inappropriés (abus, sous-utilisation et utilisation à mauvais escient des ressources disponibles) peuvent avoir des conséquences sur différentes dimensions (sécurité, continuité, efficacité, efficience). S'attaquer à ce problème pour améliorer la performance du système de santé représente un réel défi pour notre pays.

^f Les dernières recommandations de l'OMS indiquent que « *la priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin* ». ³³



Encadré 6 – Variations de pratique médicale

Les variations de pratique médicale concernent toute variation non justifiée et non aléatoire dans l'utilisation (insuffisante ou excessive) des soins de santé. L'INAMI a analysé plusieurs types de variations de pratique nationales ou internationales (variations géographiques, par genre, par âge, par statut social, par type de soins, par techniques utilisées, variations en fonction des tendances de l'évolution) en se basant sur les données 2007-2017 des Documents N (dépenses médicales des personnes assurées), standardisées par année en fonction de l'âge, du genre et du statut d'intervention majorée pour les arrondissements, provinces et régions. L'analyse détaillée peut être consultée sur <https://www.healthybelgium.be/>. Voici quelques exemples :

Variation par genre

Certaines variations de pratique sont intrinsèquement liées au traitement lui-même (hystérectomie, échographie de la prostate, etc.), mais ce n'est pas nécessairement le cas pour d'autres interventions. Par exemple, les interventions coronaires percutanées sont significativement plus nombreuses chez les hommes que chez les femmes (chiffres 2017), ce qui soulève la question d'une éventuelle sous-utilisation chez les femmes.

Variation par groupes d'âge

Tout comme les variations liées au genre, les variations liées à l'âge peuvent également s'expliquer par l'épidémiologie ou par des politiques spécifiques, notamment de dépistage. Les variations liées à l'âge peuvent donc être qualifiées de non justifiées si elles ne sont pas conformes à ces paramètres. Elles peuvent également être considérées comme non justifiées si l'on observe un coefficient de variation élevé pour un ou plusieurs groupes d'âge malgré un taux d'utilisation élevé pour ces mêmes groupes d'âge. Dans l'exemple de la mammographie, les recommandations actuelles prônent le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Si le coefficient de variation est relativement stable dans ces groupes d'âge, on observe qu'il est significativement plus élevé dans le groupe des femmes de 41 à 49 ans. L'augmentation du coefficient de variation dans ce groupe d'âge reflète probablement l'incertitude des prescripteurs concernant l'indication de la mammographie chez les femmes de ce groupe d'âge.

Variation par type de soins

Des variations peuvent également s'observer entre les soins ambulatoires et les hospitalisations. Par exemple, en ce qui concerne le traitement de la hernie inguinale, il existe peu de variations géographiques au niveau du taux d'utilisation mais on observe des différences significatives en termes de choix de type de soins (hospitalisation de jour ou hospitalisation classique). Lorsqu'on compare la proportion d'hospitalisations de jour pour cette intervention, le rapport entre l'arrondissement présentant la proportion la plus élevée et celui présentant la proportion la plus faible est d'environ 7.

Variation par statut social

Le statut social est représenté par le régime de remboursement préférentiel dont certaines personnes assurées bénéficient. Par exemple, dans le cas d'interventions pour varices des membres inférieurs, il apparaît de manière assez généralisée que les taux d'utilisation sont significativement plus élevés chez les personnes assurées ne bénéficiant pas d'un régime de remboursement préférentiel (rapport de 1,46).

Les inégalités socioéconomiques en fonction du statut de remboursement ou du niveau d'éducation ont été étudiées pour divers indicateurs dans le [chapitre 9](#). On constate notamment que le taux de participation au dépistage du cancer (cancer du sein, cancer du col de l'utérus) est environ 30 % plus faible chez les individus bénéficiant d'un remboursement préférentiel.

Variation géographique

Étant donné que les données sont standardisées en fonction de l'âge, du sexe et du statut social (régime de remboursement), les variations géographiques reflètent différents comportements de pratique dans différentes régions du pays et peuvent donc être considérées a priori comme non justifiées. Par exemple, dans le cas de l'échographie des carotides, les données indiquent un rapport d'environ 4 entre les valeurs extrêmes (rapport valeurs max/min).

De même, malgré l'absence de standardisation des données, la variabilité entre les hôpitaux belges a été étudiée pour plusieurs indicateurs présentés dans ce rapport. Ainsi, les taux de césarienne par



hôpital variaient entre 16 et 35 % (données 2016), la proportion des accouchements par voie vaginale après césarienne entre 12 et 61 % (données 2015), le taux d'induction entre 10 et 49 % (données 2015) et le taux d'épisiotomie entre 8 et 84 % (données 2015) (voir également [chapitre 15](#)).

Source : INAMI³⁴

Tableau 3 – Indicateurs de l'adéquation des soins

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Cible	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)
Soins primaires – malades chroniques (directives)								
QA-1 Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat ^a (% des diabétiques sous insuline)	+	30,2	2016	-	32,5	26,0	31,1	EPS (AIM) -
QA-2 Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat ^a (% des patients de +50 ans non insulino-dépendants)	+	11,0	2016	-	11,3	10,2	13,1	EPS (AIM) -
Soins primaires – habitudes de prescription (directives)								
QA-3 Recours aux antibiotiques (total des DDD/1 000 hab/jour)	+	27,7	2016		26,4	30,3	23,4	Pharmanet 20,2 ⁽¹⁾
QA-4 Recours aux antibiotiques au moins une fois dans l'année (% de la population)	+	39,6	2016		38,5	43,7	35,3	AIM -
QA-5 Recours aux antibiotiques de 2 ^e intention ^b (% du total des DDD d'antibiotiques)	+	51,8	2016		49,3	56,8	47,9	AIM -
Imagerie médicale inappropriée								
QA-6 Imagerie de la colonne (radiographie, CT scan, IRM par 100 000 habitants)	+	10 620	2017		9 944	12 314	9 436	INAMI -
Surdépistage du cancer								
QA-7 Dépistage du cancer du sein en dehors du groupe cible (% de femmes âgées de 41 à 49 ans)	●	35,4	2016	-	26,3	49,0	46,7	EPS (AIM) -

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.

^a Un suivi approprié étant défini comme la réalisation régulière d'exams de rétine et de tests sanguins (hémoglobine glyquée, glycémie, lipides et microalbuminurie)

^b Antibiotiques de seconde intention : amoxicilline + acide clavulanique, macrolides, céphalosporines et quinolones



3.1.3 Sécurité des soins

La sécurité des soins peut se définir comme « la mesure dans laquelle le système ne nuit pas au patient ». ²³ Quatre types d'indicateurs sont utilisés pour évaluer la sécurité des soins dans le présent rapport : les infections nosocomiales, les complications après chirurgie, les complications liées aux soins infirmiers et la polymédication chez les personnes âgées (Tableau 4).

Infections associées aux soins (nosocomiales)

La prévalence des infections nosocomiales chez les patients hospitalisés s'élève à 7,3 % en 2017, ce qui est similaire aux résultats de 2011 (7,1 %). Ce chiffre est plus élevé que ne l'aurait laissé prévoir le case-mix des patients belges (en comparaison avec le case-mix et les résultats des patients européens inclus dans l'enquête du Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies). Il est également et supérieur à la moyenne de l'UE (6,4 %). Il reste donc des progrès à faire en matière de prévention des infections nosocomiales.

Le second indicateur est l'incidence du MRSA (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline) nosocomial, une source majeure d'infections nosocomiales dont la surveillance est obligatoire dans tous les hôpitaux belges depuis 2007. Le suivi de cet indicateur révèle une tendance favorable, avec une baisse constante des infections depuis 2005 (mais il reste plus élevé en Wallonie que dans les autres régions). Les recommandations nationales pour le contrôle du MRSA, publiées en 2003, sont probablement l'un des facteurs ayant contribué à ce résultat positif.

Le troisième indicateur est la proportion de MRSA et d'*E. coli* présentant une sensibilité réduite aux céphalosporines de 3^e et 4^e générations dans les hôpitaux aigus. Cet indicateur fournit des informations sur l'efficacité de la prévention de l'infection et des mesures de contrôle (MRSA) ainsi que sur la consommation d'antibiotiques (*E. coli*). En Belgique, la proportion

médiane de résistance de *S. aureus* est en constante diminution depuis 2005 et a atteint 15 % en 2016 ; en Wallonie, la proportion médiane de souches résistantes est significativement plus élevée que dans les autres régions. La proportion d'infections nosocomiales à MRSA est de 26 % et il n'y a pas de différence significative entre les régions. La proportion médiane d'*E. coli* résistant était de 9 % en 2016 ; les différences entre les régions ne sont pas significatives et ce chiffre est plus élevé que les résultats de 2014 et 2015. Lorsqu'on la compare aux pays de l'UE-15, la Belgique occupe une position intermédiaire.⁹

Complications après chirurgie

Les complications après chirurgie, enregistrées dans le RHM, sont compilées dans les indicateurs de sécurité des patients de l'OCDE (*OECD Health Quality of Care Indicators* - HCQI). Les résultats montrent une légère tendance à la baisse pour les thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires après pose d'une prothèse de hanche ou de genou (avec de meilleurs résultats en Flandre que dans les deux autres régions) et une forte réduction des septicémies après chirurgie abdominale au cours de la dernière année disponible (avec les meilleurs résultats à Bruxelles, des résultats intermédiaires en Wallonie et un taux de complications plus élevé en Flandre). Les deux indicateurs indiquent un taux de complications plus faible que dans les autres pays de l'UE-15 (fait plutôt récent pour les septicémies après chirurgie abdominale) ; les méthodologies utilisées sont légèrement différentes entre les pays.

⁹ Les comparaisons entre les pays doivent être interprétées avec prudence : participation volontaire, seuls les isolats invasifs sont inclus, différences au niveau de la fréquence des prélèvements et de la qualité des résultats de laboratoire.



Les complications liées aux soins infirmiers

Les escarres ont un impact négatif significatif sur la santé et peuvent être évitées par des soins infirmiers appropriés. Une enquête organisée en 2012 par le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière a mis en évidence une prévalence de 5,1% pour les escarres (cat II-IV), ce chiffre étant le plus élevé en Wallonie. Il est actuellement difficile de comparer ces résultats à ceux d'autres pays, mais ils représentent une base de comparaison pour les mesures futures.

Polymédication chez les personnes âgées









La polymédication chez les patients âgés (de 65 ans et plus) peut avoir un impact négatif sur leur santé, notamment à cause d'un risque accru d'interactions médicamenteuses. Plusieurs sources ont été utilisées pour mesurer la polymédication à l'aide de différents indicateurs. Ainsi, 39 % des patients âgés prennent au moins 5 médicaments avec plus de 80 DDD administrées sur une période d'un an, ce qui est élevé. Ce résultat est stable pour la période comprise entre 2014 et 2016 et la polymédication est plus importante en Wallonie (44 % en 2016) qu'à Bruxelles (35 %) et en Flandre (37 %). Des analyses ont été réalisées en Belgique en utilisant les résultats des enquêtes de santé (HIS) de 2004, 2008, 2013 et 2018 (les résultats de la dernière enquête ne sont pas encore disponibles) sur la proportion de patients âgés ayant pris au moins 5 médicaments au cours des dernières 24 heures : de 32 % en 2004 et 2008, ce chiffre est passé à 27 % en 2013, sans variations régionales significatives. L'enquête SILC-EU a collecté des données sur la polymédication au niveau européen en 2015 : la prévalence était de 34 % en Belgique, soit la 4^e valeur la plus élevée parmi les 18 pays européens.

Conclusion

Les résultats obtenus sont moyens pour la majorité des indicateurs de sécurité, à l'exception de la prévalence des infections nosocomiales chez les patients hospitalisés, qui ne s'est pas améliorée et reste un point d'attention. La plupart des autres indicateurs de sécurité s'améliorent avec le temps, comme c'était déjà le cas dans le précédent rapport.



Tableau 4 – Indicateurs de la sécurité des soins

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
Infections nosocomiales									
QS-1	Prévalence des infections contractées à l'hôpital (% des patients hospitalisés)	 ST	7,3	2017	-	-	-	Sciensano	6,4 % ⁽¹⁾
QS-2	Incidence des infections à MRSA contractées à l'hôpital (/1000 séjours hospitaliers, médiane)		0,7	2016	0,5	1,2	0,5	Sciensano	-
QS-7 NEW	Proportion de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (MRSA) dans les hôpitaux aigus (% , médiane)		15,0	2016	10,9	21,2	10,3	Sciensano	⁽³⁾
QS-8 NEW	Proportion d' <i>Escherichia coli</i> présentant une sensibilité réduite aux céphalosporines de 3 ^e ou 4 ^e génération (3GC/4GC I/R <i>E. coli</i>) dans les hôpitaux aigus (% , médiane)		9,1	2016	8,1	9,3	10,9	Sciensano	⁽³⁾
Complications après chirurgie^a									
QS-3	Incidence des embolies pulmonaires ou thromboses veineuses profondes postopératoires après pose d'une prothèse de hanche ou de genou (/100 000 sorties d'hôpital après prothèse de hanche ou du genou)		352	2014	247	498	576	RHM	401 ⁽²⁾ [BE : 354]
QS-4	Incidence des septicémies postopératoires après chirurgie abdominale (/100 000 sorties d'hôpital après chirurgie abdominale)		1717	2014	2230	1443	715	RHM	2122 ⁽²⁾ [BE : 1717]
Complications pendant une hospitalisation – qualité des soins infirmiers									
QS-5*	Prévalence des escarres cat II-IV survenues à l'hôpital (% des patients hospitalisés)		5,1	2012	4,0	7,7	5,9	CFQAI	-
Polymédication									
QS-6	Polymédication chez les patients âgés (au moins 5 médicaments, avec plus de 80 DDD par an) (% pop. assurée de +65 ans)		39 %	2016	37 %	44 %	35 %	Pharmanet Sciensano	—

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.

^a Indicateurs de sécurité du patient sur la base des données RHM

⁽¹⁾ Excepté le Danemark et la Suède ⁽²⁾ OECD Health at a Glance 2017 ⁽³⁾ La Belgique occupe une position intermédiaire parmi les pays de l'UE-15 pour un indicateur similaire (voir fiche technique en annexe pour plus de détails),

* cet indicateur sera actualisé sur le site web (<https://www.healthybelgium.be/>) lorsque les derniers résultats seront disponibles.



3.1.4 Continuité des soins

La continuité des soins se définit comme « la mesure dans laquelle les soins de santé dispensés au fil du temps à un utilisateur spécifique sont organisés de façon fluide au niveau d'un prestataire, d'une institution et d'une région et entre ces acteurs, ainsi que la mesure dans laquelle le cours de la maladie est couvert dans son entièreté ». ²³

Nous avons distingué quatre facettes de la continuité : la **continuité de l'information** (la disponibilité et l'utilisation des données relatives à des contacts antérieurs du patient avec le système de santé), la **continuité relationnelle** (l'existence d'une relation durable entre le patient et un ou plusieurs dispensateurs de soins), la **continuité entre l'hôpital et la 1^{re} ligne de soins** (la répartition cohérente des tâches entre les différents contextes de soins) et la **continuité de la coordination** (les liens entre différents dispensateurs de soins sur une période prolongée dans le temps en vue de réaliser un objectif commun).

Nous avons retenu 6 indicateurs recouvrant ces différents aspects (voir Tableau 5). Les initiatives de soins intégrés sont également liées à la continuité et à la coordination des soins mais sont décrites dans la section sur les soins centrés sur le patient. Les initiatives sur l'hospitalisation à domicile sont décrites dans l'Encadré 7.

Encadré 7 – Hospitalisation à domicile

Même s'il n'existe aucun consensus sur la définition de l'hospitalisation à domicile (HAD), on peut dire qu'elle consiste à « délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital ». ³⁵ Un élément important est le niveau de complexité des soins, qui doit être tel que, sans la possibilité d'HAD, le patient devrait nécessairement être traité à l'hôpital.

Cette approche permet de répondre à divers besoins et motivations : remédier au manque de lits disponibles dans les hôpitaux et tenter de réduire les coûts des soins, la durée de séjour et/ou le nombre d'admissions, mais aussi permettre aux patients de rester dans leur environnement familial et de respecter leurs préférences – en se basant

sur le postulat que les patients préfèrent généralement rester chez eux. ³⁵ Néanmoins, en Belgique, nous sommes en situation de surcapacité globale de lits dans les hôpitaux aigus (sauf pour les lits gériatriques). ³⁶ Les défis majeurs se situent plutôt du côté de la continuité des soins, pour combler l'actuel fossé entre les soins de première et seconde ligne, et maintenir les personnes dans l'environnement cliniquement adéquat le moins complexe possible. ³⁵

À l'heure actuelle, il n'existe aucun statut spécifique pour l'HAD en Belgique. Cependant, en mars 2017, le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique a lancé douze projets pilotes sur l'HAD (cinq en Flandre, cinq en Wallonie et deux à Bruxelles). Ils sont axés sur l'antibiothérapie à domicile (huit projets) et d'autres types de soins tels que les traitements anticancéreux (cinq projets, dont deux axés sur le cancer du sein) ou les traitements hémato-oncologiques (un projet). Ces projets impliqueront en tout 1 300 patients et 35 hôpitaux ainsi que des services de soins infirmiers à domicile et des médecins généralistes. ³⁷

Ces projets pilotes devraient permettre d'évaluer les résultats obtenus et la qualité des soins (efficacité, efficience) ainsi que la satisfaction et la qualité de vie des patients, et de comparer ainsi ces résultats avec ceux atteints avec les alternatives existantes (hospitalisations classique et de jour). Ces évaluations ne sont néanmoins pas encore disponibles.



Continuité de l'information en médecine générale

Le dossier médical global (DMG) permet au médecin généraliste (MG) de collecter des informations dans la durée et de centraliser les données médicales de ses patients.

L'utilisation du DMG a augmenté au fil des années, avec une couverture passant de 32,1 % en 2003 à 67,5 % en 2016. Des différences peuvent s'observer en fonction de l'âge des patients. La couverture des personnes plus âgées est meilleure que celle des jeunes : 84,9 % des patients âgés de 75 ans et plus ont un DMG, alors que, pour les moins de 45 ans, ce pourcentage n'est que de 62 %. Il existe également des différences entre les régions : en région flamande, trois quarts des personnes assurées ont un DMG, contre moins de 60 % en Wallonie et moins de 50 % à Bruxelles.

Continuité relationnelle avec un médecin généraliste

Le *Usual Provider Continuity index* (UPC) correspond à la proportion de contacts du patient avec son « médecin généraliste habituel », c'est-à-dire celui qu'il a consulté le plus souvent au cours d'une période de deux ans.

Pendant la période 2015-2016, près de 68 % des patients ont vu leur médecin généraliste habituel pour au moins trois contacts sur quatre en médecine générale (UPC \geq 0,75). Ce pourcentage est légèrement plus élevé en Wallonie et chez les patients les plus vulnérables (patients âgés de + 65 ans et catégories socioéconomiques défavorisées). Une tendance à la baisse a été observée entre 2010 et 2014, suivie d'une stabilisation.

Continuité des soins entre l'hôpital et la 1^{re} ligne de soins

En dépit des avantages supposés d'un contact avec un médecin généraliste dans la semaine suivant une sortie d'hôpital, ce contact n'a eu lieu que pour 56,6 % des patients âgés (+ de 65 ans) en 2016. Cette proportion a légèrement diminué entre 2008 et 2015 mais a commencé à augmenter en 2016. Une proportion plus faible est observée à Bruxelles (45,7 % contre 58,1 % en Flandre et 55,7 % en Wallonie), ainsi que chez les patients qui ne reçoivent pas de soins de longue durée (50,2 % chez les patients ne vivant pas en institution et ne recevant pas de soins infirmiers à domicile) et

chez les patients de moins de 75 ans (< 50 %) (QC-3, Tableau 5). La proportion plus faible à Bruxelles peut toutefois s'expliquer par le fait que les personnes inscrites en maisons médicales, plus nombreuses à Bruxelles, n'ont pas été exclues du dénominateur (sous-estimation due au fait que dans le numérateur, elles sont d'office identifiées comme n'ayant aucun contact avec un médecin généraliste, voir la fiche technique).

Une limitation de cet indicateur est qu'il ne prend en compte ni la cause de l'hospitalisation ni sa durée, bien que ces facteurs aient évidemment une influence sur la nécessité d'un contact avec le généraliste après la sortie. Il n'est pas non plus possible de déterminer si le contact avec le médecin généraliste résulte d'un plan de sortie proposé par l'hôpital ou d'une initiative personnelle du patient.

Coordination des soins ambulatoires aux patients diabétiques

Plusieurs mesures ont été mises en place par l'INAMI dans le but d'optimiser les soins aux patients diabétiques (passeport diabète, trajets de soins maladies chroniques, convention pour l'autogestion du diabète).

Après une augmentation constatée de 2006 à 2013, la proportion des patients sous insuline repris dans l'un de ces protocoles de soins (principalement la convention) s'est maintenant stabilisée à environ 90 %, tandis que pour les patients traités par des antidiabétiques autres que l'insuline, la proportion des patients repris dans un protocole de soins reste faible (20 %, une moitié en passeport diabète, l'autre moitié en trajet de soins) mais est en augmentation au fil des années. Cette proportion est plus élevée en Flandre pour les deux groupes et plus faible chez les patients vivant dans une structure de soins résidentiels.

La continuité des soins contribue également à l'efficacité du système de santé. On observe une diminution des hospitalisations consécutives à une complication du diabète au fil du temps (voir QE-2) – une tendance encourageante, même si l'impact réel de la continuité des soins sur ce paramètre reste difficile à évaluer.



Coordination des soins hospitaliers aux patients atteints de cancer

Nombre de pays ont introduit les concertations oncologiques multidisciplinaires (COM) dans la prise en charge du cancer, afin de garantir que tous les patients bénéficient en temps utile d'un diagnostic et d'un traitement *evidence-based*, et d'assurer la continuité entre les différents prestataires de soins.

Depuis l'introduction de codes de nomenclature spécifiques pour les COM en 2003, une augmentation rapide de leur utilisation a été constatée pour tous les types de cancer. Globalement, environ 87,5 % des patients atteints d'un cancer ont fait l'objet d'une réunion en COM en 2015 (contre 51 % en 2004 et 84 % en 2012). Certaines variations d'utilisation des COM sont observées selon le type de cancer (95,7 %, soit l'utilisation la plus élevée, pour le cancer du sein et 70,5 %, soit l'utilisation la plus faible, pour le mélanome malin), mais les différences sont plus faibles qu'en 2004.

Pour la période s'étalant de 2004 à 2015, on constate une utilisation croissante des COM dans les trois régions. De plus, l'importante variabilité d'utilisation des COM qui était initialement observée (c.-à-d. en 2004) entre les régions, avec la Flandre présentant le pourcentage le plus élevé, s'est clairement réduite au cours de ces dernières années. En 2015, le pourcentage des COM n'était que légèrement plus élevé en Flandre (88,7 %), par rapport à Bruxelles (87,8 %) et en Wallonie (85,1 %).

Une limitation de cet indicateur est que, dans la mesure où il se concentre sur un groupe bien spécifique de pathologies, il n'offre qu'un tableau restreint de la coordination des soins au sein de l'hôpital.

Conclusion

Les indicateurs de continuité livrent des résultats contrastés, positifs dans le secteur des soins primaires pour les diabétiques sous insuline (proportion de patients repris dans un protocole de soins) ou dans le secteur hospitalier pour les patients atteints de cancer devant être examinés en COM, mais décevants pour les diabétiques non-insulinodépendants. Dans cette population, il semble qu'il existe bien une structure favorisant la coordination des soins mais qu'elle ne soit que peu utilisée. Les trois autres indicateurs concernent les médecins généralistes et livrent des résultats moyens : l'utilisation du DMG doit encore augmenter, de même que la continuité relationnelle telle que mesurée par l'indice UPC (même si celle-ci est assez bonne pour les patients les plus vulnérables) et le pourcentage de contacts avec les patients âgés après leur sortie d'hôpital reste assez faible.

Cette évaluation comporte néanmoins deux limitations : ces quelques indicateurs ne livrent qu'un tableau partiel des nombreuses facettes de la continuité des soins, et la comparaison avec les résultats d'autres pays est très difficile faute d'indicateurs internationaux et donc de données concernant cette dimension.



Tableau 5 – Indicateurs de la continuité des soins

(ID)	Indicateur	Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)
Continuité de l'information en médecine générale									
QC-1	Couverture du dossier médical global (% des personnes ayant établi un dossier médical global (DMG) avec un médecin généraliste)	+	67,5	2016	76,4	57,1	49,3	AIM	-
Continuité relationnelle en médecine générale									
QC-2	Index de continuité chez le médecin généraliste habituel (<i>Usual Provider Continuity</i>) ≥ 0,75 (%)	ST	67,6	2015-2016	65,8	71,9	64,7	AIM	-
Continuité entre l'hôpital et la 1^{re} ligne de soins									
QC-3	Contact avec un MG dans les 7 jours suivant une fin d'hospitalisation (% patients 65+)	ST	56,6	2016	58,1	55,7	45,7*	AIM	-
Coordination des soins ambulatoires									
QC-4	Proportion de diabétiques (sous insuline) qui ont une convention, un (pré)trajet de soins ou un passeport diabète (% des patients 18+)	ST	89,9	2016	91,3	88,6	86,1	AIM	-
QC-5	Proportion de diabétiques non insulino-dépendants qui ont une convention, un (pré)trajet de soins ou un passeport diabète (% des patients 50+)	+	20,2	2016	26,0	12,3	17,5	AIM	-
Coordination des soins hospitaliers									
QC-6	Patients atteints de cancer dont le dossier est discuté en Consultation Oncologique Multidisciplinaire (%)	+	87,5	2015	88,7	85,1	87,8	Registre du cancer ; AIM	-

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.

*Sous-estimation (voir la fiche technique)



3.1.5 Centralité du patient

La prise en charge centrée sur le patient est une approche des soins de santé volontairement axée sur les besoins du patient, qui répond à ses besoins individuels et s'assure que ses valeurs guident la prise de décision clinique.³⁸ L'évaluation de la place centrale accordée au patient porte typiquement sur la reconnaissance de ses besoins, desiderata et préférences, sur la qualité de la communication avec le prestataire de soins et sur l'implication des patients et de leurs proches dans les soins.

Cette place centrale accordée au patient augmente sa satisfaction et permet d'éviter les problèmes liés à la fragmentation des soins, p. ex. avis médicaux contradictoires, surprescription, surhospitalisation et absence de réactivité.³⁹ Cependant, les soins centrés sur le patient nécessitent une approche coordonnée au niveau de l'organisation et de l'offre des soins, et impliquent le suivi d'initiatives de soins intégrés (voir Encadré 8).

L'évaluation des soins centrés sur le patient n'est pas simple car elle est influencée par l'état de santé et/ou les caractéristiques sociodémographiques du patient. Cela devient pourtant un aspect de plus en plus important à capturer étant donné que les systèmes de santé tentent aujourd'hui de prendre le plus possible en compte les besoins des personnes recourant à leurs services. Au début des années 2000, l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) a développé un outil standardisé (dans le cadre du projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI)) pour évaluer l'expérience vécue par le patient au niveau des soins ambulatoires. Cet outil, actualisé en 2015, a été utilisé en Belgique dans le cadre de l'enquête de santé (HIS) de 2013, permet d'établir des comparaisons à l'échelon international de la qualité des soins de santé au moyen d'indicateurs communs.^{40, 41}

Quatre indicateurs évaluant la satisfaction du patient par rapport aux soins ambulatoires ont été repris de l'enquête HIS 2013 et inclus dans ce rapport, à savoir : le temps suffisant consacré par le médecin pour la consultation, la facilité à comprendre les explications données, la possibilité de poser des questions ou d'exprimer ses inquiétudes et l'implication du patient dans les décisions relatives à ses soins et/ou traitements. Notez que ces quatre indicateurs sont décrits sur la base des données de l'enquête HIS 2013, les

qui sont plus récentes disponibles. Lorsque des données de l'enquête 2018 seront disponibles, ces quatre indicateurs seront mis à jour sur le site web (voir encadré 5).

Deux indicateurs supplémentaires évaluant l'expérience vécue par le patient en soins ambulatoires ont été ajoutés à cette nouvelle version du rapport, à savoir la proportion de patients atteints d'un cancer localisé de la prostate ne recevant aucun traitement actif aux alentours de la date du diagnostic et la proportion de patients ayant un cancer testiculaire localisé recevant un traitement adjuvant après chirurgie. Ces deux nouveaux indicateurs sont intéressants pour l'évaluation des soins centrés sur le patient car ils font référence à la tendance actuelle à impliquer activement les patients atteints d'un cancer de la prostate ou du testicule dans le choix de leur traitement. En cas de cancer de la prostate de stade I (tumeur localisée), les bonnes pratiques cliniques recommandent aux praticiens de réfléchir avec le patient au choix entre un traitement actif (chirurgie, radiothérapie ou hormonothérapie), une surveillance active ou une temporisation sans projet curatif.⁴² Chez les patients à faible risque dont l'espérance de vie est supérieure à 10 ans, la surveillance active est recommandée, tandis que chez ceux dont l'espérance de vie est inférieure à 10 ans, on conseille une temporisation sans projet curatif.⁴³ Dans le cas du cancer testiculaire localisé, en l'absence de facteurs de risque, les bonnes pratiques cliniques recommandent une surveillance après chirurgie plutôt qu'un traitement adjuvant (chimiothérapie, radiothérapie ou dissection des ganglions lymphatiques rétropéritonéaux).⁴⁴

Enfin, un nouvel indicateur portant sur l'évaluation de l'expérience vécue par le patient hospitalisé (*Patient Reported Experience Measurement - PREM*) a également été ajouté dans ce rapport. Il mesure la proportion d'hôpitaux généraux qui ont recours à des questionnaires PREM pour évaluer le vécu des patients après un séjour en lit C ou D. En effet, on considère aujourd'hui que les PREM sont nécessaires pour évaluer l'approche centrée sur le patient et donc la qualité des soins prodigués dans les hôpitaux.³⁹ Cet indicateur a été repris du programme « *Pay for Performance (P4P)* » pour les hôpitaux généraux, qui a été introduit en 2018 par les autorités



fédérales^h, selon les recommandations du KCE sur le programme P4P.⁴⁵ Ce programme a été développé par le groupe de travail « *Pay for Quality (P4Q)* » dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux. Sur les 80 points (score maximal) inclus dans le programme, 10 points concernent les PREM.

Expériences vécues par les patients au niveau des soins ambulatoires

D'une manière générale, la satisfaction des patients était élevée selon les quatre indicateurs repris de l'enquête HIS 2013, tant en médecine générale (min. 95,8 % - max. 98,1 %) qu'en médecine spécialisée (min. 92,1 % - max. 96,3 %). La Belgique obtient un résultat supérieur à la moyenne de l'UE-15 pour ces quatre indicateurs de satisfaction par rapport aux soins ambulatoires. Même si aucune différence n'a été observée en fonction l'âge et du sexe du patient, le niveau d'éducation semble avoir un impact, avec une satisfaction (légèrement) moindre chez les patients de faible niveau d'éducation pour les contacts avec les spécialistes, mais cette différence ne se retrouve pas pour les contacts avec les médecins généralistes (Tableau 6). Les différences régionales étaient les plus marquées pour le temps consacré au patient par les spécialistes pendant la consultation (93,9 % à Bruxelles, 97,1 % en Flandre et 96,1 % en Wallonie) et pour la possibilité de poser des questions aux spécialistes (91,9 % à Bruxelles, 95,4 % en Flandre, 96,4 % en Wallonie). Pour ces deux indicateurs, les patients bruxellois étaient globalement moins satisfaits que les patients des autres régions (Tableau 6).

En ce qui concerne les indicateurs relatifs au choix de l'attitude à prendre vis-à-vis d'un cancer de la prostate, nous avons constaté que la proportion des patients atteints d'une tumeur de la prostate à faible risque ayant reçu un traitement actif aux alentours de la date du diagnostic est en diminution ces dernières années (c.-à-d. depuis 2012-2015) : 58 % des patients diagnostiqués en 2015 n'ont reçu aucun traitement (tous âges confondus), contre 21 % en 2004. Peu de variations régionales ont été observées mais

les patients âgés (75 ans et plus) restent plus fréquemment sans traitement aux alentours de la date du diagnostic que les patients plus jeunes. Les patients âgés ayant un cancer de catégorie de risque intermédiaire ont également reçu un traitement primaire moins intensif (p. ex. radiothérapie externe) en 2015 qu'en 2010 (2015 : ~30 %, 2010 : ~15 %).

En ce qui concerne le cancer testiculaire (séminome), une réduction évidente de la proportion des traitements adjuvants a été observée entre 2013 et 2015, par rapport à la période précédant la publication des nouvelles recommandations (2004-2012).⁴⁴ Cette réduction a été observée dans toutes les régions (avant les recommandations en Belgique : 66,8% ; après les recommandations en Belgique : 59,9 %). De 2013 à 2015, Bruxelles présentait le taux le plus élevé de traitements adjuvants pour les tumeurs testiculaires de stade I (69,2 %), suivie de la Flandre (57,2 %) et de la Wallonie (36,5 %) (Tableau 6). Ces chiffres ne sont évidemment qu'une mesure indirecte de l'importance accordée au choix du patient, mais on peut espérer que ces décisions ont bel et bien été prises après mûre concertation avec celui-ci.

Expérience vécue par les patients hospitalisés

Dans le cadre du programme P4P de 2018, 94 % des hôpitaux ayant participé (96 sur 102) à ce programme ont organisé des mesures des PREM en 2017-2018. Dans le futur, le programme P4P inclura un nombre plus élevé de PREM et de PROM (résultats rapportés par le patient). Aucune comparaison à l'échelon international n'est actuellement disponible (Tableau 6).

^h Programme *Pay for Performance (P4P)* 2018. Disponible sur : <https://www.health.belgium.be/fr/programme-pay-performance-p4p-pour-les-hopitaux-generaux> (dernière consultation le 23 janvier 2019)



Conclusion

En 2013, les médecins belges actifs dans le secteur ambulatoire semblaient répondre aux attentes des patients quant au temps qu'ils consacrent à ces derniers, aux explications qu'ils leur donnent, à leur ouverture aux questions et à la prise de décision partagée. Ces indicateurs présentent toutes les limitations de l'enquête HIS 2013, notamment un manque de représentativité de la population belge, des limitations liées au caractère auto-déclaré des données (influence du niveau d'instruction et du niveau des revenus, statut d'expérience de la maladie, etc.) et ont déjà été largement abordés dans d'autres sections.⁴⁶ D'une manière générale, le traitement du cancer prostatique et testiculaire semble suivre les nouvelles recommandations. Néanmoins, ces indicateurs sont évalués en se basant sur des données administratives et cliniques, et non sur les déclarations des patients ; la participation active des patients n'a pas été évaluée. Enfin, la plupart des hôpitaux généraux ayant participé au programme P4P ont utilisé des PREMs. Ce dernier indicateur ne couvre actuellement que les hôpitaux généraux ; dans le futur, il serait intéressant d'évaluer l'utilisation des PREMs dans des services spécifiques, p. ex. dans des services de maternité ou de soins de jour. Malgré la mise en application du Plan de soins intégrés (voir Encadré 8) et du programme P4P en 2018, les initiatives visant à améliorer l'approche centrée sur le patient sont toujours fragmentées. Des données à grande échelle mesurant la performance à ce niveau font défaut dans la plupart des contextes.



Tableau 6 – Indicateurs de la place centrale accordée au patient

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)
Expériences vécues par le patient au niveau des soins ambulatoires							
QP-1* Le médecin passe suffisamment de temps avec le patient au cours de la consultation (% de répondants, contacts avec MG/MS)	● MG : 97,7 MS : 96,3	2013	MG : 98,0 MS : 97,1	MG : 97,5 MS : 96,1	MG : 96,6 MS : 93,9	HIS	87,1 ⁽¹⁾
QP-2* Le médecin donne des explications faciles à comprendre (% de répondants, contacts avec MG/MS)	● MG : 98,1 MS : 95,5	2013	MG : 98,3 MS : 96,0	MG : 98,2 MS : 95,7	MG : 97,4 MS : 93,2	HIS	91,1 ⁽¹⁾
QP-3* Le médecin donne l'occasion au patient de formuler des questions et inquiétudes (% de répondants, contacts avec MG/MS)	● MG : 98,1 MS : 95,3	2013	MG : 96,6 MS : 95,4	MG : 97,4 MS : 96,4	MG : 96,9 MS : 91,9	HIS	89,3 ⁽¹⁾
QP-4* Le médecin implique les patients dans les décisions sur les soins et/ou traitements (% de répondants, contacts avec MG/MS)	● MG : 95,8 MS : 92,1	2013	MG : 96,0 MS : 91,8	MG : 95,8 MS : 92,5	MG : 95,0 MS : 92,0	HIS	86,1 ⁽¹⁾
NEW QP-5 Patients atteints d'un cancer localisé de la prostate ne recevant aucun traitement aux alentours de la date du diagnostic (%)	⊕ 58,2	2015	58,3	56,8	65,7	Registre du Cancer	-
NEW QP-6 Patients atteints d'un cancer testiculaire localisé (séminome) recevant un traitement adjuvant après chirurgie (%)	⊕ 52,3	2013-2015	57,2	36,5	69,2	Registre du Cancer	-
Expérience vécue par le patient hospitalisé							
NEW QP-7 Proportion d'hôpitaux généraux mesurant des PREMs après un séjour en lit C ou D (%)	● 94 %	2018	-	-	-	SPF Santé publique	-

Résultat bon (●), moyen (⊕) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée. ; MG = médecin généraliste ; MS = médecin spécialiste ; Source des résultats pour la comparaison internationale : ⁽¹⁾ statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

* cet indicateur sera actualisé sur le site internet (<https://www.healthybelgium.be/>) lorsque les résultats de l'enquête HIS 2018 seront disponibles.



Encadré 8 – Soins intégrés

Au cours de la dernière décennie, les soins intégrés sont devenus un élément indispensable des réformes en matière de politique des soins de santé en Europe, car on estime qu'ils sont essentiels pour gérer les problématiques liées aux évolutions démographiques (p. ex. population vieillissante, augmentation de l'espérance de vie, diminution du taux de fertilité). Afin de faire face au fardeau croissant des maladies chroniques et à la pénurie des ressources publiques, les approches actuelles d'offre de soins sont réévaluées et révisées. Des soins plus intégrés, c.-à-d. une amélioration de l'intégration et de la coordination des services de soins de santé, pourraient constituer une réponse. Plusieurs organisations européennes et internationales ont publié des rapports en ce sens.⁴⁷⁻⁴⁹ En 2016, l'Organisation Mondiale de la Santé a également souligné les bénéfices d'une approche intégrée et centrée sur le patient en vue d'éviter la fragmentation, l'inefficacité et la non-soutenabilité des soins de santé.⁴⁷ Les services de soins de santé intégrés représentent un changement fondamental de paradigme en ce sens qu'ils permettent aux patients de bénéficier d'une continuité des soins entre les différents niveaux et sites de soins, en fonction de leurs besoins et tout au long de leur vie.⁵⁰ Depuis 2008, plusieurs initiatives ont été prises en Belgique pour améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladies chroniques. En 2011, le KCE a élaboré un document de synthèse sur l'organisation des soins pour les patients atteints de maladies chroniques et a conclu que le système belge de soins de santé se caractérisait par une fragmentation de l'offre des soins, tant entre lignes de soins qu'au sein des lignes de soins.⁵¹ Après la publication du rapport du KCE, le groupe de travail inter-cabinets sur les maladies chroniques a élaboré une note d'orientation intitulée « *Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique* »⁵², qui a mené au développement d'un plan conjoint appelé « *Des soins intégrés pour une meilleure santé* ». Ce plan a été approuvé en 2015 par les ministres de la Santé publique des entités fédérées et de l'autorité fédérale. Son objectif est de promouvoir et développer un système de soins intégrés et centrés sur le patient, avec une attention particulière pour les personnes atteintes de maladies chroniques.⁵³

La mission du plan de soins intégrés est d'obtenir une amélioration de la qualité de vie de la population, en accordant une priorité aux personnes souffrant de maladies chroniques, afin qu'elles puissent vivre au mieux dans leur environnement personnel (famille, école, travail) et dans leur communauté en gérant d'une manière proactive leur processus de soins. Cette approche met l'accent sur le patient et sa famille (capacités, état de santé, satisfaction par rapport aux soins de santé et bien-être), en tenant également compte de la perception des professionnels de la santé.⁵³ Le plan met en œuvre le principe du « *Triple Aim* » auquel s'ajoutent deux objectifs supplémentaires⁵³:

- Améliorer l'état de santé de la population et en particulier des personnes souffrant de maladies chroniques (*Triple Aim 1*) ;
- Améliorer l'expérience vécue par les patients et les soignants informels au niveau de la qualité des soins (*Triple Aim 2*) ;
- Utiliser les ressources disponibles d'une manière plus efficace pour assurer la soutenabilité du système de financement des soins de santé (*Triple Aim 3*) ;
- Améliorer l'équité et réduire les inégalités en matière de santé ;
- Améliorer la satisfaction au travail des prestataires de soins.



Le Plan de Soins Intégrés est mis en œuvre grâce au développement de projets pilotes de soins intégrés. Au début de l'année 2018, douze projets pilotes ont débuté (six en Flandre, cinq en Wallonie et un à Bruxelles) pour une période de quatre ans. Ces projets couvrent environ un quart de la population belge (2,52 millions d'habitants). Une description de chaque projet pilote est disponible sur le site internet Integreoⁱ. Les besoins des patients sont au cœur des projets pilotes de soins intégrés, qui sont supervisés par une équipe d'intégration. Les projets sont continuellement encadrés par une équipe du gouvernement fédéral belge et une équipe scientifique (appelée « FAITH.be » ou « *Federated consortium for appraisal of integrated care teams in health in Belgium* ») destinée à les évaluer.⁵⁴ Deux évaluations ont été réalisées, une pour mesurer l'efficacité globale du programme d'intervention de soins intégrés^j et une auto-évaluation réalisée par les projets pilotes eux-mêmes pour évaluer les progrès obtenus par rapport au plan d'action initial. Les meilleures pratiques seront identifiées grâce à chaque évaluation et le but est d'obtenir des changements et innovations efficaces au niveau structurel.

4 ACCESSIBILITÉ DES SOINS

L'accessibilité peut se définir comme la facilité à accéder aux services de santé, tant physiquement (distribution géographique) qu'en termes de coûts, de temps et de disponibilité de personnel qualifié.²³ L'accessibilité est un prérequis indispensable à un système de santé de qualité et efficient.

Dans ce rapport, nous avons défini 14 indicateurs pour évaluer l'accessibilité du système de soins (Tableau 7). Un premier set d'indicateurs concerne l'accessibilité financière, un second set concerne les ressources humaines (disponibilité de personnel soignant qualifié) et un dernier indicateur évalue l'accessibilité des soins en temps utile.

Trois nouveaux indicateurs ont été ajoutés mais leurs résultats ne sont pas encore disponibles ; ils seront publiés sur le site internet à la fin de l'année 2019. Il s'agit des « dépenses de santé catastrophiques » et deux indicateurs évaluant l'accessibilité géographique des soins (accès à un service d'urgence et à une maternité dans un temps donné).

Accessibilité financière des soins de santé

L'accessibilité financière des soins peut être décrite selon trois dimensions : l'étendue de la couverture (qui est couvert ?), le champ d'application de la couverture (quels services sont couverts ?) et la proportion des coûts prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (quelle prise en charge ?). Les besoins de soins non satisfaits pour des raisons financières, l'accès aux tarifs conventionnés et la part des suppléments d'honoraires sont également des indicateurs de l'accessibilité financière.

ⁱ « Des soins intégrés pour une meilleure santé », disponible sur : <https://www.integreo.be/fr> (dernière consultation : 21 janvier 2019).

^j Un ensemble d'indicateurs a été élaboré par le consortium FAITH.be pour évaluer les cinq objectifs et cette évaluation permettra d'établir des

comparaisons entre les projets pilotes sur les changements obtenus au niveau de l'état de santé de la population, de l'expérience vécue par le patient au niveau des soins, des coûts, des indications d'efficacité et d'équité des soins et de la satisfaction des dispensateurs de soins.



Qui est couvert ?

La quasi-totalité de la population belge est couverte par le système public d'**assurance maladie obligatoire**. La population non couverte (environ 1 %) se compose de personnes qui ne répondent pas aux conditions administratives et/ou financières requises. Ce pourcentage est légèrement plus élevé en région bruxelloise (environ 2 %). Rappelons toutefois que la « population » au sens de cet indicateur ne comprend pas les personnes non affiliées à une mutuelle (p. ex. les migrants en situation illégale, voir également l'Encadré 9). En ce qui concerne les assurances de santé privées, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de données fiables et exhaustives sur le nombre de personnes ayant souscrit à une assurance privée.

Encadré 9 – Personnes vulnérables

En 2014, le Livre Blanc de l'INAMI sur l'accès aux soins en Belgique a identifié certaines catégories de personnes particulièrement vulnérables, pour lesquelles l'accès aux soins n'est pas toujours possible, en particulier parce qu'elles se voient obligées de reporter ou de renoncer à des soins.⁵⁵ En général, les données sur le recours et l'accès aux soins de santé de ces catégories de personnes ne sont pas facilement disponibles dans les données administratives. Pour cette raison, il est souvent difficile d'en calculer les indicateurs HSPA spécifiques. Nous détaillons ci-dessous les problèmes liés à certaines de ces populations vulnérables. Le lecteur doit être conscient que la description suivante ne couvre pas de manière exhaustive toutes les populations vulnérables.

Migrants

La notion de « migrant » inclut différents types de populations dont la plupart peuvent être qualifiées de vulnérables.

Les **migrants sans papiers** sont des individus sans permis de séjour ; ils ne sont donc pas autorisés à séjourner de manière régulière en Belgique. Cette population comprend les individus entrés dans le pays de manière irrégulière, ceux dont le permis de séjour est expiré ou devenu invalide, ceux dont la demande d'asile a été refusée et ceux nés de parents sans papiers.⁵⁶ En 2013, on a estimé que la population de migrants sans papiers en Belgique représente entre 85 000 et 160 000

personnes (y compris des migrants issus de l'UE-28), mais cette estimation est très imprécise.⁵⁷ Ces personnes représentent 0,8 à 1,4 % de la population de la Belgique. En raison des crises politiques sévissant en Syrie, en Irak, en Érythrée et en Afghanistan, il est probable que ce nombre ait augmenté depuis le début de ces crises. Les migrants sans papiers ne peuvent pas être affiliés à une mutualité belge, mais ils ont le droit de recevoir une Aide Médicale Urgente (AMU). En 2013, 17 602 individus ont bénéficié de cette aide. On peut donc estimer qu'entre 10 % (17 602/85 000) et 20 % (17 602/160 000) des migrants sans papiers ont eu au moins un contact avec les services médicaux pendant l'année 2013. Par comparaison, cette proportion avoisine les 90 % pour les personnes affiliées à une mutuelle belge.⁵⁷ Le lecteur intéressé peut consulter le rapport de Roberfroid et al. (2015).⁵⁷

Les **demandeurs de protection internationale** (demandeurs d'asile et personnes demandant une protection subsidiaire) constituent une deuxième catégorie de migrants vulnérables. En 2017, 19 688 personnes ont demandé l'asile en Belgique (chiffre incluant les premières demandes et les demandes subséquentes).⁵⁸ Pour les personnes vivant en centre d'accueil (dépendant de l'agence fédérale Fedasil ou d'une structure partenaire telle que la Croix-Rouge), les soins de 1^{re} ligne sont dispensés au sein du centre. Cependant, chaque partenaire organise son système de manière indépendante et les informations ne sont pas centralisées. Pour les demandeurs d'asile vivant dans une « Initiative locale d'accueil » (ILA, structure d'accueil organisée au niveau des communes en partenariat avec Fedasil), les soins de santé sont remboursés par le CPAS. Enfin, pour les demandeurs d'asile vivant en dehors des centres d'accueil et des ILA (« no show »), les soins sont remboursés par la cellule médicale de Fedasil, sur la base d'un formulaire spécifique à remettre au prestataire de soins avant chaque séance ou consultation. Le lecteur intéressé peut consulter le rapport de Dauvrin et al. (disponible en 2019).⁵⁹



Les réfugiés et résidents belges de nationalité étrangère à la naissance constituent une troisième catégorie de migrants vulnérables. En 2015, 19,68 % (2 206 259/11 209 044) des résidents belges étaient de nationalité étrangère à la naissance ; 11,20 % (1 255 270) ont gardé leur nationalité étrangère tandis que 8,48 % (950 989) ont pris la nationalité belge. La plupart de ceux qui ont gardé leur nationalité d'origine étaient issus d'un pays de l'UE-28 (68,17 %), tandis que ceux qui ont pris la nationalité belge étaient pour la plupart issus d'un pays n'appartenant pas à l'UE-28 (69,00 %).⁶⁰ Étant donné que ces résidents doivent être affiliés à une mutualité belge, leur recours aux soins de santé pourrait être mesuré en utilisant la base de données de l'AIM mais la nationalité n'est pas un élément repris dans cette base de données. Il est donc impossible de distinguer les personnes de nationalité étrangère des belges. De plus, les résidents belges de nationalité étrangère incluent des populations très diverses, qui ne peuvent pas toutes être qualifiées de « vulnérables ».

Détenus

Pendant la période comprise entre avril 2015 et avril 2016, 26 511 détenus ont passé au moins une nuit en prison.⁶¹ La consultation d'un médecin généraliste dans les 24 heures suivant l'admission est obligatoire selon la loi belge. En dehors de cette consultation obligatoire, le taux de consultations de médecine générale était de 16,3 par détenu-année. Ce taux est très supérieur à celui de la population générale mais le manque de données empêche une évaluation plus approfondie. Le taux global de consultations médicales (consultations obligatoires d'admission et consultations d'autres professionnels) était de 23,7 par détenu-année. Toutefois, pour presque 7 % des détenus, aucune consultation médicale n'était mentionnée.⁶¹ Le lecteur intéressé peut consulter le rapport de Mistiaen et al. (2017).⁶¹

Consommateurs de drogue

Les conséquences de la consommation de drogue sur la santé peuvent être évaluées par plusieurs indicateurs tels que les demandes de traitement, les morbidités associées (VIH, hépatite B et C et tuberculose) et la mortalité. Au niveau national, certaines données sur la prévalence et les conséquences de la consommation de drogue sont collectées par

Sciensano^{62, 63}, alors que d'autres données peuvent être collectées grâce à des projets locaux tels que le projet ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues)⁶⁴ mis en œuvre en 2015 dans la Communauté Flamande ou l'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*, Enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé)⁶⁵ réalisée au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Le lecteur intéressé est invité à consulter le rapport de l'EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies) consacré à la Belgique⁶⁶, le Rapport national sur les drogues de l'ISP (Sciensano)⁶² et le Rapport d'Eurotox.⁶⁷

Travailleurs du sexe

Aucune donnée administrative centralisée n'est disponible pour les travailleurs du sexe en Belgique. Une étude réalisée par Ghapro, Pasop, Alias et Espace P pour l'INAMI en 2011-2012 a fourni des informations sur 3 817 travailleurs du sexe, principalement des femmes, consultant ces associations. À ce sujet, le lecteur intéressé peut consulter le Livre vert de l'INAMI sur l'accès aux soins en Belgique.⁶⁸ Des informations supplémentaires peuvent être trouvées dans l'enquête sur les effets de la prévention chez les travailleurs du sexe, pour laquelle 273 travailleurs du sexe en Flandre ont été interrogés.⁶⁹

Personnes sans-abri

On ne dispose d'aucune donnée administrative centralisée sur les personnes sans-abri en Belgique. Néanmoins, le Centre d'appui au secteur bruxellois de l'aide aux sans-abri (la Strada) estime le nombre de personnes sans-abri à Bruxelles en utilisant les catégories ETHOS (*European Typology of Homelessness and housing exclusion*, Typologie européenne de l'exclusion liée au logement⁷⁰). Pendant la nuit du 7 novembre 2016, ils ont dénombré 3 386 personnes (1 081 sans-abri, 854 sans logement, 1 339 vivant dans un logement inadéquat et 12 dans un service hospitalier d'urgences), alors que pendant la nuit du 3 mars 2017, ils ont compté 4 094 personnes (1 963 sans-abri, 864 sans logement, 1 256 vivant dans un logement inadéquat et 11 dans un service



hospitalier d'urgences).⁷¹ Chaque année, pendant le Plan Hiver, l'ONG Médecins du Monde collecte des informations sur la santé subjective et le recours aux soins.⁶⁸ Parmi les 377 personnes interrogées pendant le Plan Hiver 2016-2017, 62 % ont considéré qu'elles avaient une mauvaise santé ou un état de santé moyen, et seulement 37,4 % ont estimé être en bonne ou très bonne santé. En ce qui concerne leur recours réel aux soins de santé, 8 % des personnes interrogées ont déclaré ne jamais y recourir même si elles en ont besoin.⁷²

Quels services sont couverts ?

Aucun indicateur de performance n'a été défini pour la gamme des services couverts par l'assurance maladie obligatoire. Ces services sont décrits dans ce que l'on appelle la « nomenclature » et peuvent être consultés sur le site internet de l'INAMI (<https://www.riziv.fgov.be/fr/nomenclature/Pages/default.aspx> en français ; <https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur/Paginas/default.aspx> en néerlandais).

Examiner dans quelle mesure différents services de santé sont financés par les contributions personnelles des patients permet d'identifier où se situent les principales lacunes de la couverture. En Belgique, les patients contribuent à 57,6 % des dépenses en soins dentaires, 29,8 % des dépenses en produits pharmaceutiques, 13,1 % des dépenses en soins hospitaliers, 7,5 % des dépenses en services auxiliaires; et 5,6 % des dépenses en soins de longue durée.

Quelle proportion des coûts est prise en charge par l'assurance ?

L'analyse de la part des contributions personnelles des patients dans les dépenses en soins de santé montre de légères améliorations depuis le dernier rapport Performance (établi sur la base de données de 2013). La part des dépenses courantes en soins de santé à charge du patient a légèrement diminué pour atteindre 15,9 % en 2016 (contre 17,5 % en 2013) et se situe à présent en-dessous de la moyenne de l'UE-15 (de 17,7 % en 2016). Le montant par habitant a pour sa part augmenté jusqu'en 2014, passant de 525 US \$ (PPA – en Parité de pouvoir d'achat) en 2005 à 791

US \$ (PPA) en 2014, puis a légèrement diminué pour atteindre 739 US \$ (PPA) en 2016 (valeur proche de la moyenne européenne de 732 US \$ PPA).

Concernant les soins dentaires, la part des contributions personnelles est élevée mais similaire à la moyenne européenne (57,6 % en 2016, avec une moyenne européenne pour 10 pays de 59,2 %). En Belgique, cette part a augmenté de 50 à 58 % pendant la période 2004-2016. La moyenne européenne élevée s'explique principalement par le fait que les soins dentaires en Grèce et en Espagne ne sont presque pas couverts, alors que la couverture est bien plus importante qu'en Belgique dans les pays limitrophes tels que l'Allemagne (25,5 %) et les Pays-Bas (21,7 %).

Il est important de noter qu'en Belgique, on manque de données précises sur les contributions personnelles des patients dans le secteur des soins ambulatoires et qu'il existe des doutes sur la fiabilité de ces estimations.⁷³

Étant donné que les contributions personnelles consomment des ressources qui seraient autrement utilisées pour acquérir d'autres biens et services, ces sommes ont également été comparées à la **consommation totale des ménages** afin de mesurer la « protection financière en matière de santé ». L'enquête sur le budget des ménages (2016) montre que la part de la consommation des ménages attribuée à la santé est en moyenne de 4,6 % (stable entre 2012, 2014 et 2016).⁷⁴ La consommation moyenne des ménages à revenus plus élevés est plus de deux fois supérieure à celle des ménages à revenus plus modestes (2154 € vs 954 €). Selon les chiffres de l'OCDE, la part de la consommation totale des ménages affectée aux frais de santé (en excluant les frais liés aux soins à long terme, de manière à rendre les résultats plus comparables entre pays) s'élevait à 3,0 % en 2016 en Belgique (avec une moyenne européenne de 2,6 %).⁷⁵



Besoins non satisfaits pour des raisons financières

L'enquête de santé HIS montre qu'en moyenne, 8 % des ménages belges ont déclaré en 2013 avoir dû **reporter des soins pour raisons financières** (soins médicaux, chirurgie, soins dentaires, médicaments sur prescription, soins de santé mentale, lunettes ou lentilles de contact). Ce pourcentage est cohérent avec les résultats observés au cours des enquêtes précédentes (1997, 2001 et 2004) et est plus faible que celui de 2008, qui était de 14 %. Il existe une différence importante entre les trois régions, Bruxelles étant une région où plus de 20% des ménages reportent des soins pour des raisons financières.

L'enquête EU-SILC (individus de 16 ans et plus) comprend également une question sur les besoins non satisfaits en matière de soins médicaux et dentaires. En 2017, la proportion d'individus qui ont reporté des soins en raison de leurs coûts est de 3,5 % pour les soins dentaires et de 2,0 % pour les soins médicaux. Il est cependant difficile de faire une comparaison directe entre les deux enquêtes car l'enquête de santé HIS comprend davantage d'items (par exemple, les lunettes ou les lentilles de contact) et mesure les besoins non satisfaits au niveau des ménages (alors que l'EU-SILC réalise l'analyse au niveau des individus).

Les résultats EU-SILC indiquent une tendance à la détérioration entre 2011 et 2014 et une amélioration en 2017. La part des individus qui ont déclaré devoir reporter un examen médical en raison de son coût en 2017 est néanmoins supérieure à la moyenne européenne, en particulier pour les individus du quintile de revenu inférieur (pour ce quintile, le pourcentage est parmi les plus élevés d'Europe). Ces données doivent néanmoins être utilisées avec prudence et une analyse plus approfondie est nécessaire pour mieux comprendre l'importance et les fluctuations de cet indicateur d'une année à l'autre et d'une enquête à l'autre.

L'accès à des tarifs conventionnés : densité des médecins « conventionnés »

La **densité** des médecins adhérant à la convention établie entre l'INAMI et les mutualités (**médecins « conventionnés »**) peut également être utilisée pour estimer l'accès géographique et financier aux soins de santé car, dans le secteur ambulatoire, les médecins conventionnés se sont engagés à ne facturer aucun supplément d'honoraires en surplus des tarifs officiels. En 2016, la densité de médecins généralistes conventionnés, mesurée en ETP (équivalent temps plein), était de 6,97 pour 10 000 personnes assurées en Belgique (7,40 en Flandre, 6,81 en Wallonie et 4,95 à Bruxelles). Alors que, dans de nombreux pays européens, les capitales présentent une concentration bien plus élevée de médecins généralistes, la distribution est plus équilibrée en Belgique, avec seulement quelques lacunes dans certains arrondissements (voir la fiche technique). La même observation s'applique aux dentistes. La densité de gynécologues conventionnés (en ETP) est globalement faible dans les différents arrondissements belges, par comparaison aux autres spécialités.

Part des suppléments d'honoraires

Enfin, la part des suppléments d'honoraires facturés par rapport aux tarifs officiels de l'assurance maladie obligatoire a également été analysée pour mesurer l'accessibilité financière du système de santé. Les suppléments d'honoraires ont continué à augmenter depuis 2015. En 2017, ils représentaient 18,1 % des honoraires officiels facturés, soit un montant total de 563 millions €. Cette augmentation concernait spécifiquement les séjours classiques (+ 8 % pendant la période 2015-2017). En hospitalisation de jour, les suppléments d'honoraires ont diminué de 5 % pendant la même période. Cette réduction peut s'expliquer par la suppression des suppléments d'honoraires en chambre double pour les hospitalisations de jour depuis le 28 août 2015 (pour les séjours classiques, les suppléments d'honoraires sont déjà interdits depuis 2013 pour ce type de chambre). En effet, depuis lors, les suppléments d'honoraires sont facturés pour un nombre moins élevé de séjours hospitaliers, mais leur montant a augmenté. Le débat sur la suppression des suppléments d'honoraires fait partie intégrante du débat plus large sur la réforme du financement des hôpitaux et des médecins. Il



est nécessaire d'arriver à une solution qui garantisse un accès équivalent à des soins médicaux de qualité pour tous les patients, tout en assurant un financement durable des hôpitaux et des médecins, et le libre choix du médecin devrait être garanti, indépendamment du type de chambre.

Disponibilité de personnel qualifié

L'accessibilité des soins de santé dépend également de la disponibilité de personnel qualifié. Le potentiel actuel en ressources humaines a été évalué pour les médecins et les infirmiers. La disponibilité de certains groupes professionnels (p. ex. psychiatres, indicateur MH-2) ou des futurs professionnels de la santé (indicateurs S-4 à S-10) est abordée dans d'autres sections de ce rapport.

La **densité des médecins en activité** est très stable depuis l'an 2000, avec 3,07 médecins en activité pour 1 000 habitants en 2016. Cette densité est légèrement plus faible en Flandre qu'en Wallonie ou à Bruxelles (respectivement 2,8, 3,2 et 3,8 pour 1 000 habitants). Il convient néanmoins de noter que cette analyse est basée sur l'adresse du domicile du médecin et non sur celle de son lieu de pratique. Une étude récente sur les médecins généralistes en activité à Bruxelles,⁷⁶ basée sur le lieu de pratique, a estimé une densité de 1,23 médecins généralistes pour 1000 habitants en 2017 (alors qu'avec les données 2016 de l'INAMI, basées sur le domicile du médecin généraliste, la densité pour Bruxelles était de 1,17 pour 1000 habitants).

Pour ce paramètre, la Belgique se situe en-dessous de la moyenne européenne (3,54 pour 1 000 habitants), mais il faut noter que la définition des médecins en activité est variable en fonction des pays (p. ex. utilisation de différents seuils d'activité minimaux). La comparaison entre pays est donc potentiellement inadéquate.

Cela étant, la densité des médecins en activité ne donne pas un reflet correct du potentiel réel de ressources humaines pour les médecins, car il inclut tous les médecins accomplissant plus d' 1 acte médical sur l'année. Afin de parer à ce problème, l'INAMI a également estimé le nombre de **médecins en activité exprimé en ETP** ainsi que le nombre de **médecins en activité conventionnés exprimé en ETP**. En 2016, le nombre de

médecins généralistes en activité était de 12 929 (1,14 pour 1 000 habitants), ce qui correspond à 8 988 ETP (0,79 pour 1 000 habitants), dont 7 719 ETP conventionnés (0,68 pour 1 000 habitants). Pour certaines spécialités, on observe un faible nombre de médecins conventionnés exprimés en ETP (en particulier pour les gynécologues).

Le nouveau rapport du projet PlanCAD pour les médecins sera publié en 2019-2020 et permettra d'avoir des informations détaillées, également exprimées en ETP, sur tous les médecins professionnellement actifs, y compris les médecins travaillant en dehors du système couvert par l'assurance maladie, notamment les médecins du travail, les médecins d'assurances, ceux qui travaillent dans des services dédiés à l'enfance (ONE), etc. Une actualisation de cet indicateur sera effectuée sur le site internet lorsque le rapport du projet PlanCAD pour les médecins sera disponible.

Pour les infirmiers, le rapport du projet PlanCAD est déjà disponible, ce qui nous a permis d'avoir des estimations précises du nombre d'infirmiers actifs sur le marché du travail belge (dits **professionnellement actifs**) et actifs dans le secteur de la santé (dits « infirmiers **en activité** dans le secteur des soins de santé »). En 2016, 202 402 infirmiers avaient le droit d'exercer la profession, 143 470 infirmiers étaient professionnellement actifs sur le marché du travail belge et 124 196 infirmiers étaient en activité dans le secteur des soins de santé. La plupart de ces derniers travaillent comme employés dans des hôpitaux (65,5 %), dans le secteur des soins résidentiels aux personnes âgées (maisons de repos et de soins pour les personnes âgées ; 13,7 %) et dans le secteur des soins à domicile (7,9 %). Leur nombre pour 1 000 habitants a augmenté entre 2004 et 2015 (de 8,8 en 2004 à 10,9 pour 1 000 habitants en 2016), une tendance à la hausse qui s'observe également dans d'autres pays européens. La densité en Belgique est légèrement supérieure à la moyenne européenne (9,4 pour 1 000 habitants).



Un nombre important **d'offres d'emploi pour des infirmiers** peut également trahir un problème d'accès aux soins ; en effet, même si elles ne sont pas en soi indicatrices de pénurie, ces offres d'emploi sont difficiles à pourvoir. Le nombre de postes vacants pour des infirmiers dans les hôpitaux s'élevait à 1 274 (1 159 en ETP) en 2016. Pour replacer ce chiffre dans son contexte : en 2016, le secteur hospitalier employait 74 619 ETP infirmiers. Des informations plus détaillées sont disponibles pour la Flandre grâce au service public régional de l'emploi (VDAB). Ses données – qui ne se limitent pas aux infirmiers dans les hôpitaux – révèlent une augmentation constante du nombre d'offres d'emploi pour des infirmiers entre 2006 et 2011, suivie d'une légère baisse jusqu'à 2014 puis d'une nouvelle augmentation au cours des 3 dernières années pour atteindre 1 844 postes vacants rapportés en Flandre en septembre 2017.

Enfin, une étude européenne (RN4CAST, 2009-2010) portant sur les données d'environ 500 hôpitaux répartis dans 12 pays a dévoilé que le **nombre de patients par infirmier** est relativement élevé en Belgique (10,7 patients par infirmier par 24h, contre 9 pour la moyenne des pays étudiés).⁷⁷ Ce nombre varie de 7,5 à 15,9 en fonction des hôpitaux. Une autre étude portant sur les mêmes données^k a par ailleurs démontré une corrélation entre ce paramètre et le taux de mortalité hospitalière.⁷⁸ Cet indicateur peut donc nous fournir des informations indirectes sur la qualité des soins dans les hôpitaux. La robustesse de cette association entre le nombre de patients par infirmier et la mortalité hospitalière a été confirmée par l'analyse de sensibilité incluant le personnel non infirmier (p. ex. aides-soignants). Le KCE mène actuellement une étude sur l'encadrement en personnel infirmier dans les hôpitaux afin de mettre à jour le ratio patients / infirmiers. Les résultats seront disponibles début 2020 et cet indicateur sera alors mis à jour sur le site web.

Délais d'attente

De longs délais pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste peuvent également constituer un obstacle à l'accès aux soins en temps opportun. En 2013, plus de 38 % des patients ont dû attendre deux semaines ou plus pour voir un spécialiste – un pourcentage auto-rapporté qui est à peu près comparable dans les trois régions du pays. Environ 10 % des patients interrogés jugent ces délais problématiques.

Les délais d'attente pour un premier contact en face-à-face dans une structure ambulatoire de santé mentale sont abordés au chapitre Soins de santé mentale (indicateur MH-3). En 2013, 37 % des patients ont dû attendre un mois ou davantage pour un premier contact avec un tel centre. Des données plus récentes sur cet indicateur seront disponibles à la mi-2019 et cet indicateur sera alors mis à jour sur le site web.

Conclusion

Même si des améliorations concernant les contributions personnelles par habitant ont été constatées depuis notre dernière analyse, le pourcentage d'individus ayant dû reporter des soins de santé pour des raisons financières reste plus élevé que la moyenne européenne, surtout pour le groupe de revenus le plus bas. Il faut également noter que la couverture des services reste faible pour les soins dentaires.

En ce qui concerne le personnel médical, le nombre de médecins (en particulier les médecins généralistes et les gynécologues) et de dentistes conventionnés, mesurés en ETP, devraient être un point d'attention dans certains arrondissements. Il est également important de surveiller le nombre de patients par infirmier et le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste pour déterminer si la situation de 2010 (2013 pour le délai d'attente) s'est améliorée (des données plus récentes seront disponibles vers 2020).

^k Mais sur seulement 300 hôpitaux et 9 pays, dont la Belgique.



Tableau 7 – Indicateurs de l'accessibilité des soins

(ID) indicateur	SCORE	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)		
Accessibilité financière										
A-1		Couverture par l'assurance maladie obligatoire (% de la population)	ST	99,0	2017	99,5	99,3	98,1	INAMI	---
A-2		Part de la contribution personnelle des ménages dans les soins de santé (en % des dépenses de santé courantes)	+	15,9	2016	---	---	---	SHA ; OCDE	17,7
A-10 NEW		Part de la contribution personnelle des ménages dans les soins de santé (en % de la consommation finale des ménages)	ST	3,0	2016	---	---	---	SHA ; OCDE	2,6
A-3		Contribution personnelle des ménages dans les soins de santé, par habitant (in US \$ PPP)	+	738,9	2016	---	---	---	SHA ; OCDE	732,2
A-11 NEW		Part de la contribution personnelle des ménages dans les soins dentaires (en % des dépenses courantes en soins dentaires)	-	57,6	2016	---	---	---	SHA ; OCDE	59,2 (UE-10)
A-4**		Besoins en soins non satisfaits pour des raisons financières auto-déclarés (% des individus inclus dans l'enquête)	+	2,0	2017	---	---	---	Eurostat (EU-SILC)	1,2
A-12 NEW		Accessibilité des tarifs de soins conventionnés: nombre de MG conventionnés (en ETP par 10 000 habitants)*****	C	6,97	2016	7,40*	6.81*	4.95*	INAMI	---
A-13 NEW		Accessibilité des tarifs de soins conventionnés: nombre de dentistes conventionnés (en ETP par 10 000 habitants)*****	C	3,17	2016	2,85*	3.40*	4.29*	INAMI	---
A-14 NEW		Part des suppléments d'honoraires (en % des honoraires officiels) lors d'une hospitalisation (classique ou de jour)	C ↗	18,5	2017	14,02	20.19	31.51	AIM	---
Ressources humaines										
A-5		Médecins en activité (/1000 habitants)	C ↗	3,1	2016	2,8*	3.2*	3.8*	INAMI, OCDE 2018	3,5 (UE-10)



A-6	Infirmiers en activité (/1000 habitants)	C ↗	10,9	2016	11,7	9.8	10.7	SPF ; OCDE 2018	9,4 (UE- 11)
A-7	Nombre de places vacantes pour personnel infirmier dans les hôpitaux	C →	1 274	2016	---	---	---	SPF	---
A-8***	Nombre de patients par infirmier	●	10,7	2010	---	---	---	RN4CAST	9,0
Délai d'attente									
A-9****	Temps d'attente pour un rendez-vous avec un médecin spécialiste (% de la population qui doit attendre plus de 2 semaines)	ST	38,4	2013	38,6	38.9	36.0	HIS	---

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.
Pour les indicateurs contextuels (non évalués) : en hausse (↗), stable (→), en baisse (↘), pas de tendance (C).

* En se basant sur le lieu du domicile du médecin et non le lieu de son cabinet (les différences potentielles entre région ne sont donc pas mises en valeur). Une étude récente ⁷⁶ basée sur le lieu de pratique du médecin généraliste a obtenu une densité de 1,23 médecin généraliste pour 1000 habitants à Bruxelles en 2017 (alors qu'avec les données 2016 de l'INAMI (2017 pas encore disponible), basées sur le lieu du domicile du médecin, on obtenait 1,17 médecins généralistes pour 1000 habitants). **Le principal indicateur doit se baser sur l'enquête de santé (HIS) mais seuls les résultats depuis 2013 étaient disponibles. Cet indicateur se base donc actuellement sur les résultats de l'enquête EU-SILC et sera actualisé sur le site internet (<https://www.healthybelgium.be/>) lorsque les résultats de l'enquête HIS 2018 seront disponibles. ***Cet indicateur sera actualisé sur le site internet lorsque les résultats de l'étude KCE sur le personnel infirmier dans les hôpitaux (en cours actuellement) seront disponibles. **** Cet indicateur sera actualisé sur le site internet (<https://www.healthybelgium.be/>) lorsque les résultats de l'enquête HIS 2018 seront disponibles. *****Les médecins conventionnés en Belgique sont des médecins qui ont adhéré aux tarifs négociés entre l'INAMI et les mutualités, ce qui signifie qu'ils ne factureront pas de suppléments aux patients pour les soins ambulatoires.



Tableau 8 – Indicateurs repris dans d'autres domaines ou dimensions

(ID) Indicateur	
Dans le chapitre des soins préventifs	
P-6	Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)
P-7	Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)
P-11	Contacts réguliers avec un dentiste (% de la pop. âgée de +3 ans)
Dans le chapitre des soins de santé mentale	
MH-2	Psychiatres en activité (/1 000 hab.)
MH-3	Délais d'attente de plus d'un mois pour un 1 ^{er} contact avec un centre ambulatoire de santé mentale
Dans le chapitre des soins aux personnes âgées	
ELD-1	Soins de longue durée en structure résidentielle (% de la pop. âgée de +65 ans)
ELD-2	Soins de longue durée à domicile
ELD-3	Aidants informels (% de la pop. âgée de +50 ans)
ELD-4 NEW	Nombre de lits de soins de longue durée dans les institutions
ELD-5 NEW	Personnes présentant une faible dépendance aux soins vivant en structure résidentielle/de soins pour personnes âgées
ELD-6 NEW	Nombre de gériatres en activité pour 1 000 habitants
Dans le chapitre des soins de fin de vie	
EOL-1	Patients ayant bénéficié de soins palliatifs (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)
EOL-2	Patients décédés dans la semaine suivant l'initiation des soins palliatifs (% des patients cancéreux terminaux ayant reçu des soins palliatifs et décédés dans l'année)

Tableau 9 – Future publication sur le site internet

(ID) Indicateur	Source
NEW Dépenses de santé catastrophiques	EU-SILC, AIM, Household budget
NEW Accessibilité à un service d'urgence dans un délai spécifique	IGN
NEW Accessibilité à un service de maternité dans un délai spécifique	IGN



5 EFFICIENCE DU SYSTÈME DES SOINS DE SANTÉ

Définir l'efficacité

Dans le domaine des soins de santé, la notion d'efficacité touche à la relation entre l'input investi dans le système (p. ex. moyens financiers, temps, travail, capital) et les résultats de santé intermédiaires (p. ex. nombre de patients traités, délais d'attente) ou finaux (p. ex. gain d'années de vie ou d'années de vie pondérées par la qualité (QALY)) qui en découlent. Idéalement, les évaluations économiques devraient se concentrer sur les résultats de santé finaux plutôt que sur les résultats intermédiaires⁷⁹, mais le lien entre l'input et l'output est complexe et influencé par des facteurs qui échappent au contrôle des gestionnaires du système de santé.⁸⁰ La littérature comporte nombre de définitions de l'efficacité des soins, qui diffèrent principalement par la manière dont elles capturent la notion de qualité.⁸¹

Concept apparenté à l'efficacité, le *rapport qualité-prix* est également déterminé par la relation entre l'input (moyens financiers) et l'output (services/biens produits, ou résultats). Ce dernier peut prendre la forme d'un bénéfice de santé, d'une expérience positive pour le patient, d'une réduction des inégalités ou d'un bénéfice socio-économique plus large généré par les services de santé.⁸²

Mesurer l'efficacité

L'efficacité des soins de santé est habituellement mesurée à trois niveaux⁸³ : celui du système de soins, celui des sous-secteurs et celui des maladies.

Chacun de ces points de vue a ses avantages et ses inconvénients. Un indicateur d'efficacité très utilisé à l'échelon du système est l'espérance de vie en fonction des dépenses de santé par habitant ; son principal désavantage est que les dépenses de santé ne sont qu'un déterminant de l'espérance de vie parmi de nombreux autres. C'est la raison pour laquelle cette analyse n'a pas été réalisée dans le présent rapport. Les indicateurs touchant à l'échelon subsectoriel ont l'avantage de déboucher plus facilement sur des recommandations et des mesures spécifiques à un secteur donné (p. ex. celui des hôpitaux). Les mesures de résultats à l'échelon hospitalier ne sont toutefois pas encore largement disponibles. Quant aux indicateurs spécifiques de certaines maladies, ils existent mais leur couplage aux inputs reste un défi considérable.

Indicateurs d'efficacité sélectionnés dans le cadre de ce rapport

Quatre indicateurs ont été sélectionnés pour évaluer l'efficacité du système de soins de santé (Tableau 10) ; ils portent tous les quatre sur l'échelon subsectoriel. Ils affichent une évolution positive, que l'on peut mettre en rapport avec la tendance croissante à l'utilisation plus efficace des services de soins observée en Belgique comme dans d'autres pays européens : une augmentation du recours aux médicaments bon marché (médicaments de synthèse chimique et biosimilaires) et une réduction de la durée de séjour après un accouchement normal (ce dernier étant un indicateur plus facile à comparer entre pays que la durée moyenne de séjour, qui peut être affectée par des différences de case-mix). En Belgique, la durée de séjour après accouchement est maintenant très proche de la moyenne de l'UE-15 (cf. chapitre 1 pour une analyse plus détaillée).



Tableau 10 – Indicateurs de l'efficacité des soins de santé

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
E-1	Hospitalisations chirurgicales d'un jour (% du total des hospitalisations chirurgicales)	●	47,2	2016	49,5	42,9	45,3	RHM	-
E-2	Durée moyenne du séjour après accouchement normal (moyenne, jours)	⊕	3,1	2016	3,2	3,1	2,9	RHM	2,8 ⁽¹⁾
E-3	Recours aux médicaments bon marché (% du total des DDD ambulatoires)	⊕	53,8	2017	54,9	51,8	52,8	Pharmanet	-
E-4	Traitements biosimilaires (%)*	⊕	5,71	2017	-	-	-	INAMI	-
NEW	Traitements biosimilaires en soins ambulatoires (%)		1,71		1,87	1,11	2,86		

Résultat bon (●), moyen (⊕) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée. (1)

* Cet indicateur représente le volume de ce type de médicaments mais ne donne aucune information sur le niveau de leur prix par rapport aux autres médicaments biologiques.
Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2018

Autres indications de l'(in)efficacité

Dans cette section, nous présentons certains indicateurs repris dans d'autres dimensions ou domaines, qui mettent en évidence des inefficiences du système de soins de santé.

Les recommandations relatives au dépistage du cancer du sein indiquent que les femmes de moins de 50 ans ne doivent pas être dépistées, sauf dans des situations médicales spécifiques. La mauvaise application de ces recommandations implique des problèmes d'adéquation des pratiques actuelles de prévention : une proportion importante de femmes de moins de 50 ans (35 % en 2016) fait l'objet d'un dépistage. Néanmoins, une tendance à la baisse de ce dépistage inapproprié s'observe en Flandre (diminution de 31 % en 2008 à 26 % en 2016).

Les recommandations relatives à la prise en charge des lombalgies aspécifiques déconseillent la réalisation d'exams d'imagerie médicale dans la plupart des cas. Pourtant, ces exams sont fréquemment demandés, alors même que certains d'entre eux peuvent s'avérer néfastes (les radiations ionisantes émises lors d'une radiographie ou d'un CT scan pouvant induire un cancer).

Enfin, toujours selon les recommandations, un patient souffrant de dépression majeure doit recevoir un traitement antidépresseur pendant au moins 3 mois. Or plus de 4 traitements sur 10 ont une durée inférieure.


Tableau 11 – Exemples d’indications d’un manque d’efficience

Cause du manque d’efficience	Indicateur	ID de l’indicateur		Résultat pour la Belgique
Dépistage en dehors du groupe-cible	Dépistage du cancer du sein en dehors du groupe d’âge visé : femmes de 41 à 49 ans dépistées dans les 2 dernières années (%)	QA-7	●	34,5
Utilisation excessive d’examens/équipements	Imagerie de la colonne (radiographie, CT scan, IRM par 100 000 habitants)	QA-6	+	10 620
Traitement inadapté	Pourcentage de patients sous traitement antidépresseur de courte durée (< 3 mois) (% de la population sous antidépresseurs)	MH-8	+	42,6

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.



6 SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

La soutenabilité du système peut se définir comme sa capacité :⁸⁴

- à être financé durablement par les recettes collectives ;
- à fournir et entretenir l'infrastructure, les ressources humaines (p. ex. grâce à l'éducation et la formation), les installations et les équipements nécessaires ;
- à se montrer innovant ;
- à réagir aux besoins émergents.

Au total, 16 indicateurs spécifiques ont été retenus pour évaluer ces quatre facettes de la soutenabilité (voir Tableau 12).

La soutenabilité telle que nous la présentons dans ce rapport est une notion aussi large qu'hétérogène. L'ensemble de sous-dimensions proposées ici (dépenses, ressources humaines, place des hôpitaux et innovation) reflète bien cette diversité et propose un large éventail d'éléments indicatifs d'un système de soins de santé soutenable.

Soutenabilité financière

La soutenabilité financière est elle-même subdivisée en deux sous-dimensions : la soutenabilité économique et la soutenabilité fiscale.

La notion de **soutenabilité économique** fait référence à la croissance de la part des dépenses de santé dans le Produit intérieur brut (PIB). Le montant total de ces dépenses reste soutenable jusqu'au moment où leur coût social excède la valeur qu'elles génèrent. De plus, les **dépenses courantes de santé exprimées en % du Produit intérieur brut (PIB)** permettent de déterminer l'importance du secteur de la santé dans l'économie globale des pays. En Belgique, les dépenses courantes de santé sont passées de 8,9 % du PIB en 2006 à 10,0 % en 2016, un chiffre stable depuis 2009. La moyenne UE-15 suit la même tendance mais est légèrement inférieure, entre 9,5 % et 9,8 % depuis 2009.

En chiffres absolus, les dépenses courantes de santé en Belgique sont

passées de 28 952 millions € (2 745 € par habitant) en 2006 à 42 430 millions € (3 745 € par habitant) en 2016. **Les dépenses courantes de santé, exprimées en parité du pouvoir d'achat (US \$ PPA) par habitant**, permettent de faire des comparaisons internationales ; en Belgique, elles suivent également la même tendance que la moyenne européenne.

La **soutenabilité fiscale** désigne la capacité à récolter suffisamment de fonds publics (impôts et cotisations sociales) pour couvrir les dépenses publiques.⁸⁵ Les dépenses courantes de santé et les dépenses courantes de santé financées par des fonds publics sont donc deux données complémentaires pour évaluer la soutenabilité financière du système.⁸⁵ En 2016, 78,8 % des dépenses courantes de santé ont été financées par le secteur public. Ce pourcentage a augmenté entre 2006 et 2016, passant de 76,3 % à 78,8 % ; il est légèrement supérieur à la moyenne UE-15 (76,6 % en 2016). Une réforme des mécanismes de financement des programmes de sécurité sociale a également eu lieu en Belgique en 2017, notamment pour mieux contrôler la croissance des dépenses publiques en santé (voir Encadré 10). L'évolution des sources de financement des soins de santé se trouve à la section 7.2.

Encadré 10 – La réforme des mécanismes de financement des programmes de sécurité sociale en Belgique

« En mars 2017, le Parlement belge a adopté en partie une nouvelle réforme concernant le financement des programmes de sécurité sociale, y compris des soins de santé. Cette réforme vise, entre autres, à mieux contrôler la croissance des dépenses publiques en matière de santé en encourageant une meilleure responsabilisation des partenaires sociaux et à transférer une partie de la charge fiscale des cotisations de sécurité sociale vers d'autres formes d'imposition telles que la taxe sur la valeur ajoutée. Les principaux éléments de la réforme sont les suivants : »⁸⁶

- Le financement alternatif propre aux soins de santé inclura exclusivement les recettes provenant de la taxe sur la valeur ajoutée;
- « Les recettes des administrations publiques [...] peuvent être augmentées par un coefficient de vieillissement sous certaines conditions (notamment que la croissance réelle du PIB excède 1,5 %



et que les actifs se retirent du marché du travail à un âge plus avancé en moyenne) »;⁸⁶

- « La «dotation d'équilibre» (apportée par le gouvernement fédéral pour compenser les éventuels déficits) dépendra d'une série de facteurs de responsabilisation à plus grande échelle.»⁸⁶

En 2016, les recettes de la sécurité sociale étaient réparties de la manière suivante :⁸⁷

- Cotisations de sécurité sociale : 62 %
- Subventions de l'Etat : 22 %
- Financement alternatif : 11 %
- Autres : 5 %

Ressources humaines

Une autre sous-dimension de la soutenabilité est la **capacité du système à fournir et entretenir un contingent suffisant de professionnels de la santé**. Le nombre de jeunes diplômés, la part des travailleurs étrangers, la part des travailleurs qui prendront leur retraite dans un avenir proche et le degré de spécialisation sont des indicateurs qui permettent de mesurer spécifiquement la soutenabilité du système en termes de ressources humaines.

L'accessibilité, mesurée au travers de la densité de médecins et infirmiers en activité (voir le chapitre sur l'accessibilité des soins), pourrait devenir problématique en cas de pénurie de nouveaux diplômés.

Médecins

Le pourcentage de **nouveaux médecins diplômés par 100 000 habitants** est passé de 6,5 à 14,2 entre 2006 et 2016. Le système de quotas (« *contingement des médecins* ») a fait sentir ses premiers effets en 2004 : 835 diplômés (8,0 par 100 000 habitants) en 2004, contre 1193 (11,5 par 100 000 habitants) en 2003. Un système de « lissage » a également été mis en place pour permettre aux universités de puiser dans leurs quotas futurs pour assurer un agrément aux étudiants actuels, ce qui pourrait partiellement expliquer pourquoi le nombre de nouveaux médecins diplômés a progressivement augmenté pour dépasser les chiffres de densité de 2003, et ce depuis 2014. Par rapport aux autres pays européens, la densité de 12 nouveaux médecins diplômés par 100 000 habitants en 2015 est inférieure à la moyenne européenne de 14 par 100 000 habitants (moyenne calculée en se basant sur 13 pays et sur les données de 2015, qui est la dernière année pour laquelle on dispose de données suffisantes), mais elle dépassera probablement ce chiffre dans le futur (14,8 en 2017 en Belgique). Le pourcentage de nouveaux médecins étrangers ayant un diplôme belge (12,8 % en Belgique) diffère fortement selon la communauté : un taux stable de 7 % en Communauté flamande et un taux en croissance de 18 % en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le recrutement de médecins formés à l'étranger (= ayant un diplôme obtenu à l'étranger) permet également de maintenir un nombre suffisant de médecins dans un pays. Dans un « Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé », l'Organisation mondiale de la santé (OMS) encourage néanmoins les pays à acquérir une plus grande « autonomie » en ce qui concerne la formation du personnel de santé. La proportion de **médecins formés à l'étranger** par rapport au nombre total de médecins autorisés à exercer va de moins de 5 % en Italie et aux Pays-Bas à plus de 35 % en Irlande. La moyenne belge de 11,5 % est légèrement inférieure à la moyenne européenne (13,9 %, calculée en se basant sur 10 pays et sur les données de 2015). La comparaison entre les pays doit néanmoins se faire avec prudence car les définitions varient selon les pays. Ce pourcentage de médecins formés à l'étranger a augmenté au fil du temps en Belgique, passant de 4 % en 2000 à 12,0 % en 2017. La moitié de ces médecins proviennent de France, des Pays-Bas et de Roumanie.



Il faut également souligner que convaincre les jeunes diplômés de s'orienter vers la médecine générale reste problématique. Même si la **part des nouveaux médecins diplômés qui choisissent la médecine générale** dans les deux ans suivant l'obtention de leur diplôme est passée de 25 % de l'ensemble des spécialités médicales en 2010 à 31 % en 2016, cette progression reste faible compte tenu des importants efforts consentis pour accroître l'attrait de la profession de médecin généraliste. D'après la Commission de Planification, la proportion de généralistes dans l'ensemble des nouveaux médecins devrait idéalement atteindre 40 %.⁸⁸ Il s'ensuit que **l'âge moyen des généralistes** en activité est parmi les plus élevés d'Europe (52,7 ETP en 2016), alors qu'il était similaire à celui des autres spécialités en l'an 2000. Cet âge moyen est également légèrement plus élevé chez les francophones (54 ans) que chez les néerlandophones (52 ans, distinction en fonction du rôle linguistique du diplôme). La proportion des médecins en activité **âgés de 55 ans et plus** a également augmenté, et est particulièrement élevée chez les médecins généralistes (54,5 % des généralistes en activité en 2015). Ce pourcentage est également plus élevé chez les généralistes francophones que néerlandophones (respectivement 59 % et 51 %).

Infirmiers

En 2017, 6 357 jeunes diplômés sont sortis des filières belges de formation en soins infirmiers. Avec une densité de 50 nouveaux diplômés pour 100 000 habitants, la Belgique se situe au-dessus de la moyenne de 42 pour 100 000 habitants enregistrée dans l'UE-13 (en se basant sur les données de 2015), mais cette comparaison est biaisée par la proportion substantielle d'étrangers qui viennent étudier en Fédération Wallonie-Bruxelles et qui quittent généralement le pays après la fin de leurs études : 32 % selon la nationalité et 15,5 % selon le lieu de résidence. En Communauté flamande, la proportion d'étudiants étrangers est nettement plus faible (< 5 %). Par ailleurs, 454 infirmiers diplômés à l'étranger ont obtenu une autorisation d'exercer en Belgique en 2017.

Les infirmiers fraîchement diplômés sont plus nombreux à avoir un diplôme de bachelier en Fédération Wallonie-Bruxelles (64,8 %) qu'en Communauté flamande (48,8 %). Au niveau national, la proportion d'étudiants infirmiers titulaires d'un diplôme de bachelier a fortement augmenté, passant de

20,1 % en 2007 à 59,6 % en 2011, mais ce chiffre tend depuis lors à se stabiliser autour de 55 %. Une tendance à surveiller de près pour garantir la disponibilité d'un contingent infirmier correctement formé dans le futur.

En 2016, 33,4 % des infirmiers professionnellement actifs en Belgique étaient âgés de plus de 50 ans (34,1 % en Flandre, 31,3 % en Wallonie, 35,2 % à Bruxelles), et 18 % étaient âgés de plus de 55 ans (18,3 % en Flandre, 17,9 % en Wallonie, 20,5 % à Bruxelles).

Parmi l'ensemble des infirmiers autorisés à exercer en Belgique, la proportion des infirmiers formés à l'étranger augmente au cours du temps (de 0,5 % en 2000 à 3,5 % en 2017) et est actuellement similaire à la moyenne européenne (calculée en se basant sur les données de 2015 pour 8 pays de l'UE).

Utilisation des installations : nombre de jours-lits aigus

Le nombre de **jours-lits d'hospitalisation en soins aigus par habitant** donne une indication des besoins de la population en lits aigus et donc de l'infrastructure nécessaire. En 2016, on dénombrait 12,4 millions de jours d'hospitalisation en soins aigus (hospitalisations classiques uniquement, à l'exclusion des hospitalisations de jour), soit 1,1 jour-lit de soins aigus par habitant – un chiffre proche de la moyenne européenne de 1,0. Ce chiffre est néanmoins assez élevé par rapport aux pays voisins tels que les Pays-Bas (0,5 jour-lit de soins aigus par habitant en 2016). Ce chiffre est resté stable en Belgique depuis 2003, mais la durée moyenne du séjour a diminué au cours de la même période pour la plupart des APR-DRG, tandis que le nombre d'hospitalisations classiques a augmenté.³⁶ Si l'augmentation du nombre d'hospitalisations classiques s'explique p. ex. par le vieillissement de la population et que les séjours plus courts n'ont pas d'effets négatifs sur les résultats de santé, alors leur effet combiné peut s'interpréter comme le signe d'une efficience accrue du secteur hospitalier au niveau macro.



Innovation

Le recours aux nouvelles technologies est un indicateur d'un système innovant. En 2016, 65 % des dossiers médicaux globaux (DMG) étaient électroniques ; depuis l'introduction de MyCareNet, on peut observer une augmentation constante du nombre de médecins généralistes établissant des eDMG en utilisant la plateforme MyCareNet (de 16 % pour le premier trimestre de 2016 à 58 % pour le troisième trimestre de 2018).

La tenue d'un dossier médical global électronique (Dossier médical informatisé ou DMI) n'est probablement pas l'indicateur le plus actuel du recours aux nouvelles technologies, mais nous devrions disposer sous peu de nouvelles données provenant de la plateforme eHealth, qui permettront de disposer d'indicateurs plus appropriés. L'Encadré 11 fournit plus de détails sur les initiatives e-Santé en Belgique. Il faut également noter que le pourcentage de prescriptions électroniques ne peut pas être calculé en Belgique car nous ne disposons pas de l'information sur le nombre total de prescriptions par année (électroniques ou sur papier). La prescription électronique n'est pas encore obligatoire en ambulatoire mais elle le deviendra en 2020. En octobre 2018, environ 13 648 médecins et 3 733 dentistes ont utilisé la prescription électronique, ce qui représente environ 3,5 millions de prescriptions.^{89, 90}

Un autre indicateur de l'innovation est la rapidité d'accès aux médicaments innovants, qui reflète la soutenabilité générale du système de santé en termes de capacité à intégrer les innovations. Une étude réalisée par l'EFPIA (*European federation of pharmaceutical industries and associations*, Fédération européenne des associations et industries pharmaceutiques) a été utilisée dans le rapport précédent pour mesurer cet aspect. Cependant, les derniers résultats détaillés (pour la période 2014-2016) ne sont plus accessibles au public et nous avons décidé d'exclure cet indicateur du présent rapport (voir également l'annexe sur l'exclusion d'indicateurs pour plus de détails sur les raisons de cette exclusion). Ce

point doit néanmoins être réexaminé dans le futur. Il faut également noter que des mesures ont été prises au cours de ces dernières années pour améliorer l'accès aux produits pharmaceutiques innovants, notamment, depuis 2010, la possibilité de conventions pour les médicaments innovants présentant des incertitudes cliniques ou économiques (voir le rapport 288 du KCE sur les conventions article 81) ou encore le Pacte d'avenir de 2015, qui vise à améliorer également, entre autres, l'accès aux produits pharmaceutiques innovants.⁹¹

Encadré 11 – e-Santé en Belgique

Le concept « e-Health » (e-Santé, santé électronique) décrit le recours à l'ensemble des moyens et services utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) pour soutenir et améliorer les soins de santé^l. Les initiatives e-Santé incluent les dossiers médicaux informatisés, les prescriptions électroniques, etc., ainsi que la télé-Santé, c'est-à-dire la télémédecine et la santé mobile (ou m-santé). Un plan d'action e-Santé bien conçu permet d'améliorer la qualité de l'information relative à la santé, de renforcer les systèmes de santé nationaux, d'assurer l'accessibilité et la haute qualité des soins de santé pour tous et d'améliorer l'efficacité du système des soins de santé^m.

En 2012, suite à une table ronde sur le développement de l'informatisation du système de santé, un Plan e-Santé (« plan d'action e-Santé ») a été établi en Belgique pour une durée de 5 ans (2013-2018). Ce plan a été adopté par les différentes autorités de santé (9 ministères, membres d'entités fédérales et fédérées) et 20 points d'action impliquant des objectifs concrets ont été développés pour mettre ce plan en œuvreⁿ. Les objectifs étaient de développer les échanges de données entre les dispensateurs de soins, d'augmenter l'implication et les connaissances des patients sur l'e-Santé, de développer une terminologie commune, de simplifier les procédures administratives, d'améliorer l'efficacité et de

^l <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/e-sante/Pages/default.aspx>

^m <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/e-health/e-health-readmore>

ⁿ <http://www.plan-esante.be/>



créer une structure de gouvernance claire pour tous les acteurs concernés. En 2018, environ 75 % de ces objectifs étaient atteints^o. En 2018, la conférence interministérielle Santé publique a décidé de créer un nouveau plan 2019-2021^p pour renforcer les projets en cours et la coordination des initiatives e-Santé. Ce futur plan e-Santé (2019-2021) est toujours en préparation et inclura probablement l'utilisation d'indicateurs.

À l'heure actuelle, seuls des indicateurs de processus sont disponibles en Belgique. Ils sont difficiles à interpréter dans le cadre de l'évaluation globale de la performance du système de soins de santé.

Conclusion

L'interprétation des indicateurs de soutenabilité est difficile étant donné le manque de seuils clairement définis pouvant être considérés comme suffisants. C'est pour cette raison que certains indicateurs sont considérés ici comme des indicateurs contextuels. Certains paramètres méritent néanmoins une amélioration ou un suivi attentif : la proportion de (nouveaux) médecins généralistes dans l'ensemble des spécialités, la proportion des généralistes en activité âgés de 55 ans et plus (ainsi que l'âge moyen des généralistes en activité), la proportion des étudiants en soins infirmiers titulaires d'un diplôme de bachelier et, dans une moindre mesure, le nombre de jours-lits en soins aigus par habitant et l'utilisation du dossier médical électronique.

^o <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/e-health/nouveau-plan-e-sante-2019-2021-les-details.html>

^p <https://www.health.belgium.be/fr/news/conference-interministerielle-sante-publique-du-26-03-2018>



Tableau 12 – Indicateurs de la soutenabilité du système de santé

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)
Dépenses et financement des soins de santé								
S-1	Dépenses courantes de santé (% du PIB)	→	10,0	2016	---	---	---	SHA-OCDE 9,5
S-2	Dépenses courantes de santé par habitant (en US \$ PPA)	↗	4 659,5	2016	---	---	---	SHA-OCDE 4538,7
S-3	Dépenses courantes de santé (% financé par le secteur public)	→	78,8	2016	---	---	---	SHA-OCDE 76,6
Ressources humaines								
S-4	Nouveaux diplômés en médecine (/100 000 habitant)	↗	12,1 (14,8)	2015 (2017)	---	---	---	SPF cadastre ; OCDE 2018 14,2 (UE-13)
S-14 NEW	Médecins formés à l'étranger (% des médecins autorisés à exercer)	↗	11,5	2015	---	---	---	SPF ; OCDE 2018 13,9 (UE-10)
S-5	Nouveaux diplômés en médecine devenant MG (% des diplômés avec spécialisation médicale)	+	31,1	2016	34,9*	27,3*	---	INAMI ---
S-6	Âge des MG en activité (ETP, ans)	-	52,7	2016	52,0*	53,8*	---	INAMI ---
S-7	Médecins de +55 ans (% des médecins en activité)	-	44,4	2015	41,3*	47,8*	---	INAMI ; OCDE 2018 34,5
S-15 NEW	MG de +55 ans (% des MG en activité)	-	54,5	2015	51,1*	58,6*	---	INAMI ---
S-8	Nouveaux diplômés en soins infirmiers (/100 000 habitants)	↗	49,7	2015	---	---	---	SPF cadastre ; OCDE 2018 42,3 (UE-13)
S-9	Infirmiers détenteurs d'un bachelier (% des nouveaux diplômés)	→	55,7	2017	48,8*	64,8*	---	SPF Cadastre ---
S-10	Infirmiers de +50 ans (% des infirmiers professionnellement actifs)	C	33,4	2016	34,1	31,3	35,2	SPF ---
S-16 NEW	Infirmiers formés à l'étranger (% des infirmiers autorisés à exercer)	↗	3,2	2015	---	---	---	SPF cadastre ; OCDE 2018 3,2 (UE-8)
Infrastructure								
S-11	Nombre de jours-lits en hôpitaux aigus (nombre par habitant)	ST	1,1	2016	1,06	1,17	1,04	RHM ; OCDE 1,0
Innovation								
S-13	Pourcentage des MG utilisant le dossier médical global électronique (eDMG) via MyCareNet (%)	+	58	2018 (T3)	---	---	---	e-santé ---
S-17 NEW	Dossier médical global électronique (% de tous les dossiers médicaux globaux)	●	65	2016	---	67	59 62	AIM ; INAMI ---

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée. Pour les indicateurs contextuels (non évalués) : en hausse (↗), stable (→), en baisse (↘), pas de tendance (C).

*En fonction du rôle linguistique du diplôme du médecin (et non de la région)



7 ÉQUITÉ ET INÉGALITÉS

7.1 Inégalités socio-économiques en matière de recours aux services de santé

Il est un fait que la santé et le recours aux soins de santé sont distribués de manière inégale au sein de la société.⁹²⁻⁹⁵ **Les inégalités socio-économiques** en matière de recours aux soins de santé sont définies comme des différences, variations et disparités entre catégories socio-économiques au niveau des soins de santé.

L'objectif initial de ce chapitre était de mesurer les inéquités, c'est-à-dire les inégalités qui sont considérées comme injustes. Cependant, comme nous souhaitons pouvoir établir une distinction entre les diverses sources d'inégalités (voir plus loin), il était nécessaire de disposer d'informations sur les individus et les ménages, notamment l'état de santé, les revenus, le niveau d'éducation, le statut d'activité et le recours aux soins de santé (mesuré par divers indicateurs repris dans ce rapport). Étant donné que toutes ces informations ne sont pas contenues dans une base de données unique, nous avons introduit une demande d'autorisation de couplage entre différentes sources de données. Cette demande a été introduite il y a plus d'un an, mais nous n'avons toujours pas obtenu les données demandées au moment de la publication du présent rapport.

Par conséquent, cette analyse fera l'objet d'un rapport ultérieur, qui sera publié plus tard au cours de cette année. Nous espérons pouvoir y fournir une analyse détaillée des inéquités en matière de recours aux soins de santé et de paiements liés aux soins de santé.

Les données disponibles étaient néanmoins suffisantes pour quantifier les inégalités socio-économiques présentes dans de nombreux domaines du système de santé. Dans cette première section du chapitre, nous présentons les résultats des indicateurs des différents domaines et dimensions étudiés pour lesquels il existe une différence en fonction de la catégorie socio-économique (voir Tableau 13 ci-dessous).

Les inégalités socio-économiques en matière de recours aux soins de santé peuvent avoir diverses causes^{96, 97}, qui ne se limitent pas à l'état de santé et aux besoins en soins de santé. Elles sont également causées par des différences en termes de choix et préférences individuels concernant l'utilisation de certains services, de statut socio-économique (niveau d'éducation, revenus, statut d'activité), de disponibilité des services, de mode de vie, de couverture par l'assurance de santé (complémentaire), etc. Certaines inégalités observées peuvent être considérées comme injustes (p. ex. différences en fonction des revenus ou du niveau d'éducation), d'autres pas (différences en fonction des besoins en soins de santé).⁹⁶⁻⁹⁸ Lorsque l'on souhaite analyser les inéquités, il est nécessaire de corriger les inégalités en fonction de la nature juste ou injuste de leurs causes sous-jacentes.

L'Encadré 12 fournit plus d'informations sur la méthodologie utilisée dans ce chapitre ainsi que certaines informations sur le rapport ultérieur.



Encadré 12 – Comment avons-nous mesuré les inégalités socio-économiques ?

Comment avons-nous défini le statut socio-économique ?

Le statut socio-économique a été défini de trois manières :

- sur la base du quintile des revenus pour les indicateurs calculés au moyen de données issues de l'enquête EU-SILC,
- sur la base du niveau d'éducation pour les indicateurs calculés au moyen de données issues des enquêtes EU-SILC et HIS⁹,
- et sur la base du statut de remboursement des dépenses médicales pour les indicateurs calculés au moyen de données issues de bases de données administratives.^f

Comment avons-nous mesuré les inégalités ?

Pour quantifier l'ampleur des inégalités, deux mesures de disparité ont été utilisées :^{100, 101}

- La **différence absolue**, qui est définie comme la différence entre les valeurs moyennes observées dans la catégorie sociale la plus défavorisée et la plus favorisée.
- La **différence relative**, qui est calculée en divisant la valeur moyenne observée dans la catégorie sociale la plus défavorisée par la valeur moyenne de la catégorie la plus favorisée.

⁹ Dans l'enquête HIS, le niveau d'éducation est classé en 4 catégories : faible (pas de diplôme ou diplôme d'école primaire), diplôme du secondaire inférieur, diplôme du secondaire supérieur, diplôme de l'enseignement supérieur. Dans l'enquête SILC, le niveau d'éducation est classé en 3 catégories : faible (pas de diplôme, diplôme d'école primaire et diplôme du secondaire inférieur), diplôme du secondaire supérieur et diplôme de l'enseignement supérieur.

D'une mesure des inégalités à une mesure des inéquités (dans un rapport à venir)

Certaines inégalités en matière de recours aux soins de santé peuvent être justifiées et ne doivent pas être considérées comme problématiques, comme par exemple celles qui sont liées aux différences de besoins. Étant donné que l'état de santé – et donc les besoins en soins de santé – sont systématiquement associés au statut socio-économique, ces différences de recours se manifesteront dans les inégalités socio-économiques et compliqueront l'interprétation des résultats.

Dans un rapport ultérieur, nous mesurerons les **inéquités en matière de recours aux soins de santé**, c.-à-d. les inégalités considérées injustes.^{96, 98} La méthodologie proposée pour ce rapport corrige les inégalités en besoins en soins de santé et, d'une manière plus générale, permet de distinguer les sources justes et injustes d'inégalités. L'analyse utilisera des données relatives aux individus et aux ménages, notamment l'état de santé, les revenus, le niveau d'éducation, le statut d'activité, le contexte familial, le statut d'assurance, le recours aux services de soins de santé et leur disponibilité.

L'**équité dans le financement des soins de santé** sera également évaluée. Il existe un consensus presque unanime sur le fait que la charge financière liée au recours aux soins de santé ne doit pas peser de manière disproportionnée sur les personnes souffrant de maladie. Ce principe sera évalué en analysant, d'une part, les effets redistributifs du financement des soins de santé et, d'autre part, le risque de dépenses de

^f Il existe deux statuts de remboursement : bénéficiaire ou non de l'intervention majorée dans les dépenses médicales. Les critères d'éligibilité pour l'intervention majorée sont basés sur l'attribution d'allocations sociales spécifiques (p. ex. revenu minimum), le fait d'avoir un statut particulier (p. ex. orphelin) ou de vivre dans un ménage de référence à faibles revenus.^{99,99} La diversité des critères d'éligibilité rend difficile la caractérisation de ce groupe social. Un autre problème empêchant d'utiliser l'intervention majorée comme indicateur du statut socio-économique est la proportion importante de personnes ne faisant pas valoir ce droit.⁹⁹



santé catastrophiques et/ou appauvrissantes qui sont à charge personnelle du patient. Ces indicateurs permettent de quantifier la relation entre les dépenses en soins de santé et la capacité financière des patients.¹⁰²⁻¹⁰⁶

Résumé des résultats

Le Tableau 13 présente les inégalités socio-économiques observées pour une série d'indicateurs classés selon les dimensions et domaines utilisés dans l'ensemble du rapport. Les inégalités présentées indiquent que les catégories les plus défavorisées (faible niveau d'éducation, faible revenu, ou bénéficiant d'une intervention majorée) :

- rapportent davantage de besoins non satisfaits pour des raisons financières au niveau de soins médicaux et dentaires. Malgré les mesures prises pour améliorer l'accessibilité financière des soins de santé, des inégalités socio-économiques importantes – et croissantes – sont observées. La fréquence des besoins non satisfaits est plus de 4 fois plus élevée au sein de la population à faible niveau d'éducation, par rapport à la population de niveau d'éducation élevé, et les différences par quintile de revenus sont encore plus marquées. Les proportions de personnes rapportant des besoins non satisfaits dans le quintile de revenus le plus faible et le plus élevé, sont respectivement de 6,7 % et 0,0 % pour les soins médicaux et de 10,5 % et 0,3 % pour les soins dentaires.
- sont moins susceptibles d'avoir recours aux soins préventifs. Ainsi par exemple, on observe un taux de participation beaucoup moins important au dépistage du cancer du sein (chez les femmes âgées de 50 à 69 ans : 48,1 % contre 65,1 %). Les visites régulières chez le dentiste sont également moins fréquentes (40,7 % contre 57,4 %). Cependant, les personnes bénéficiant de l'intervention majorée présentent un taux légèrement plus élevé de vaccination contre la grippe (57,6 % contre 53,6 %). L'aspect financier n'est donc pas le seul élément empêchant le recours aux soins de santé (voir ci-dessus) puisque même des biens ou services de santé gratuits peuvent être sous-consommés.
- présentent une proportion plus élevée de femmes enceintes à faible risque faisant l'objet de moins de consultations prénatales que les 7 recommandées (7,4 % contre 3,3 %).
- ont une tendance plus élevée à consommer des médicaments. Non seulement, la proportion des personnes consommant des antibiotiques (37,9 % contre 23,2 %) et des antidépresseurs (22,0 % contre 8,8 %) est plus élevée, mais les doses consommées sont également plus importantes. On observe également une propension plus élevée à consommer au moins 5 médicaments différents (48 % contre 35 %).
- bénéficient d'une bonne continuité des soins. La couverture du dossier médical global est plus élevée chez les personnes de cette catégorie (73,7 % contre 66,5 %), elles sont plus fréquemment suivies par le même MG (UPC $\geq 0,75$: 73,1 % contre 66,2 %) et ont une probabilité plus élevée d'avoir eu un contact avec un MG dans les 7 jours suivant une hospitalisation (63,4 % contre 52,4 %). Le suivi des patients diabétiques est très similaire dans les catégories favorisées et défavorisées ; le suivi des diabétiques adultes insulino-dépendants est même un peu meilleur chez les individus bénéficiant de l'intervention majorée que chez les autres (32,3 % contre 24,8 %).
- évaluent l'interaction avec leur MG – en termes de temps consacré, explications compréhensibles, possibilité de poser des questions, implication dans les décisions thérapeutiques – d'une manière similaire par rapport aux catégories sociales plus favorisées. Cependant, les personnes des catégories plus défavorisées estiment que les spécialistes sont moins compréhensibles et ouverts à l'interaction. L'évaluation de la place centrale accordée au patient dans l'interaction avec les médecins en général est positive (taux d'approbation de 85 % ou plus pour les différents aspects de l'interaction médecin-patient).



Limitations

Premièrement, pour de nombreux indicateurs, les résultats ne pouvaient pas être subdivisés par statut social et la présence d'inégalités ne pouvait donc pas être mesurée.

Ensuite, les causes des inégalités socio-économiques en matière de recours aux soins de santé sont diverses. Certaines sont justifiées, comme par exemple celles qui sont liées aux différences de besoins en soins. En Belgique, on observe d'importantes inégalités socio-économiques en matière de santé (p. ex. différences au niveau de l'espérance de vie ou de la prévalence des maladies chroniques), qui sont une source majeure d'injustice dans notre société.¹⁰⁷ Ces différences d'état de santé peuvent expliquer et justifier les différences de recours aux services de soins. Il faut néanmoins noter que, même si la catégorie socialement plus défavorisée consomme plus de soins de santé que la catégorie plus favorisée, cela ne signifie pas qu'il n'y a aucune sous-consommation au sein de la catégorie plus défavorisée. Seule une analyse détaillée des différences de besoins en soins de santé pourra nous éclairer sur ce sujet.

Dans un rapport ultérieur, nous analyserons les inéquités – c.-à-d. les inégalités considérées injustes – de manière plus détaillée. Contrairement aux résultats présentés ici, qui sont de simples moyennes par catégories socio-économiques, ce rapport prendra en compte p. ex. les différences liées à l'état de santé et à l'âge.

Enfin, les mesures d'inégalité utilisées cherchent à détecter les différences entre les catégories sociales les plus et les moins favorisées. Les informations relatives aux groupes intermédiaires (p. ex. lorsqu'on utilise les quintiles de revenus ou le niveau d'éducation) ne sont pas prises en compte.

À l'heure actuelle, les conclusions pour la dimension d'équité sont donc encore incomplètes.

Conclusion

Par rapport aux individus de la catégorie sociale la plus favorisée, les personnes appartenant à la catégorie la plus défavorisée (selon le niveau d'éducation, de revenu, ou l'éligibilité pour l'intervention majorée) se caractérisent par : des obstacles financiers plus importants au recours aux services de santé, un taux de participation plus faible au dépistage du cancer, une fréquence moins élevée de visites régulières chez le dentiste, une consommation plus élevée de médicaments (antibiotiques, antidépresseurs, polymédication), moins de consultations prénatales que le nombre recommandé pour une grossesse à faible risque et une meilleure continuité des soins, en particulier avec le MG.


Tableau 13 – Indicateurs repris dans d'autres sections, résultats par groupe socio-économique et mesures des inégalités socio-économiques

	Valeur globale	Année	Classification du SSE	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisé	Différence absolue (SSE le plus défavorisé moins SSE le plus favorisé)	Différence relative (SSE le plus défavorisé divisé par le SSE le plus favorisé)
Adéquation des soins							
Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat (% des diabétiques sous insuline)	30,2	2016	Intervention majorée	32,3	24,8	7,4	1,30
Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat (% des patients de +50 ans non insulino-dépendants)	11,0	2016	Intervention majorée	11,0	11,2	-0,2	0,98
Recours aux antibiotiques (total des DDD/1000 hab./jour)	27,7	2016	Intervention majorée	37,9	23,2	14,7	1,63
Recours aux antibiotiques au moins une fois dans l'année (% de la population)	39,6	2016	Intervention majorée	44,8	38,0	6,8	1,18
Recours aux antibiotiques de 2 ^e intention (% du total des DDD d'antibiotiques)	51,8	2016	Intervention majorée	55,9	49,2	6,7	1,14
Sécurité des soins							
Polymédication (5 médicaments différents ou plus) (% de la pop. de +65 ans)	39	2016	Intervention majorée	48	35	13,0	1,37
Continuité des soins							
Couverture du dossier médical global (% des personnes ayant établi un dossier médical global (DMG) avec un médecin généraliste)	67,5	2016	Intervention majorée	73,7	66,5	7,2	1,14
Index de continuité chez le médecin généraliste habituel (Usual Provider Continuity) $\geq 0,75$ (%)	67,6	2015-2016	Intervention majorée	73,1	66,2	6,9	1,10
Contact avec un MG dans les 7 jours suivant une fin d'hospitalisation (% patients 65)	56,6	2016	Intervention majorée	63,4	52,4	11,0	1,21



Proportion de diabétiques (sous insuline) qui ont une convention, un (pré)trajet de soins ou un passeport diabète (% des patients 18+)	89,9	2016	Intervention majorée	88,8	90,5	-1,7	0,98
Proportion de diabétiques (non insulino-dépendants) qui ont une convention, un (pré)trajet de soins ou un passeport diabète (% des patients 50+)	20,2	2016	Intervention majorée	21,1	19,8	1,3	1,07
Centralité du patient							
Le médecin passe suffisamment de temps avec le patient au cours de la consultation (% de répondants, contacts avec MG/MS)	MG : 97,7 MS : 96,3	2013	Education : primaire ou pas de diplôme, secondaire inférieur, secondaire supérieur, enseignement supérieur	MG : 97,2 MS : 96,5	MG : 97,9 MS : 97,6	MG : -0,7 MS : -1,1	MG : 0,99 MS : 0,99
Le médecin donne des explications faciles à comprendre (% de répondants, contacts avec MG/MS)	MG : 98,1 MS : 95,5	2013	Education : primaire ou pas de diplôme, secondaire inférieur, secondaire supérieur, enseignement supérieur	MG : 95,3 MS : 85,5	MG : 98,9 MS : 98,2	MG : -3,6 MS : -12,7	MG : 0,96 MS : 0,87
Le médecin donne l'occasion au patient de formuler des questions et inquiétudes (% de répondants, contacts avec MG/MS)	MG : 98,1 MS : 95,3	2013	Education : primaire ou pas de diplôme, secondaire inférieur, secondaire supérieur, enseignement supérieur	MG : 97,6 MS : 88,7	MG : 98,5 MS : 96,7	MG : -0,9 MS : -8,0	MG : 0,99 MS : 0,92
Le médecin implique les patients dans les décisions sur les soins et/ou traitements (% de répondants, contacts avec MG/MS)	MG : 95,8 MS : 92,1	2013	Education : primaire ou pas de diplôme, secondaire inférieur, secondaire supérieur, enseignement supérieur	MG : 95,7 MS : 87,1	MG : 97,1 MS : 93,5	MG : -1,4 MS : -6,4	MG : 0,99 MS : 0,93
Accessibilité des soins							
Besoins non satisfaits autodéclarés en soins médicaux pour des raisons financières en Belgique (% des individus inclus dans l'enquête)	2,0	2017	Quintiles de revenus	6,7	0,0	6,7	NA



	2,0	2017	Education : secondaire inférieur, ou moins, secondaire supérieur, enseignement supérieur	3,2	0,7	2,5	4,57
Besoins non satisfaits autodéclarés en soins dentaires pour des raisons financières en Belgique	3,5	2017	Quintiles de revenus	10,5	0,3	10,2	35,00
	3,5	2017	Education : secondaire inférieur, ou moins, secondaire supérieur, enseignement supérieur	5,2	1,3	3,9	4,00
Soins préventifs							
Vaccination contre la grippe (% pop de + de 65 ans)	54,7	2016	Intervention majorée	57,6	53,6	4,0	1,07
Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	61,8	2016	Intervention majorée	48,1	65,1	-17,0	0,74
Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	33,2	2016	Intervention majorée	24,9	34,3	-9,4	0,73
Dépistage du cancer du sein en dehors du groupe cible (% de femmes âgées de 41 à 49 ans)	35,4	2016	Intervention majorée	31,7	36,1	-4,4	0,88
Contacts réguliers avec un dentiste (% de la pop. âgée de +3 ans)	54,1	2016	Intervention majorée	40,7	57,4	-16,7	0,71
Santé mentale							
Prise d'antidépresseurs (total DDD/1000 hab./an)	79,0	2016	Intervention majorée	173,7	42,4	131,3	4,10
Prise d'antidépresseurs (% pop. adulte, au moins 1x/an)	13,1	2016	Intervention majorée	22,0	8,8	13,2	2,50
Pourcentage de patients recevant un traitement antidépresseur bref (< 3 mois) (% de la pop. sous antidépresseurs)	42,6	2016	Intervention majorée	43,0	42,4	0,6	1,01
Mère et nouveau-né							
Proportion de femmes ayant moins de 7 consultations (gynécologue, sage-femme ou MG) pendant la grossesse	3,7	2016	Intervention majorée	7,4	3,3	4,1	2,24



7.2 Indicateurs contextuels d'équité

Dans cette deuxième partie du chapitre, nous abordons les indicateurs contextuels d'équité. Ils fournissent, d'une part, des informations sur le contexte dans lequel fonctionne le système de santé et, d'autre part, des informations indirectes sur le caractère redistributif du financement des soins de santé. Aucune appréciation n'est fournie pour les indicateurs contextuels.

L'assurance maladie tente d'offrir à toute personne la possibilité de recourir aux services de soins de santé dont elle a besoin, sans devoir subir de difficultés financières ou aggraver une éventuelle situation de pauvreté. Il ne devrait pas être possible que des obstacles financiers empêchent le recours à des soins nécessaires ou exercent un impact négatif sur la santé. La charge financière des soins ne doit pas peser de manière disproportionnée sur les personnes souffrant de maladie et doit donc être largement indépendante des risques de santé.

L'équité en matière de financement des soins de santé peut être décrite selon deux principes. L'*équité horizontale* signifie que les ménages ayant une capacité financière égale paient une contribution égale pour les soins de santé, tandis que l'*équité verticale* signifie que les ménages ayant une capacité financière plus élevée paient une contribution plus élevée. Ces deux principes sont réunis dans l'analyse des **effets redistributifs du financement des soins de santé**.

Afin d'évaluer l'effet redistributif global du financement des soins de santé, il est nécessaire de collecter des données au niveau des individus et des ménages concernant chaque source de financement (cotisations sociales, taxes directes et indirectes, contributions personnelles) et les revenus disponibles.¹⁰³⁻¹⁰⁵ Ces données ont fait l'objet d'une demande (voir ci-dessus) mais n'avaient pas encore été reçues au moment de la publication du présent rapport. L'analyse de l'effet redistributif sera donc présentée

dans un rapport ultérieur. Ce rapport de suivi inclura également des informations sur le risque de dépenses de santé catastrophiques et/ou appauvrissantes (voir Encadré 12).^s

Progressivité et régressivité des sources de financement des soins de santé

Le premier indicateur contextuel de l'équité concerne la progressivité des sources de financement du système de soins. Par « progressivité », on entend ici non pas la contribution du patient aux coûts des soins qu'il reçoit (suppléments, tickets modérateurs, médicaments non remboursés, primes d'assurance privée, etc.), mais la manière dont le taux moyen de taxation évolue en fonction des revenus :

- **progressif (ou régressif)** lorsque le taux moyen de taxation augmente (diminue) avec les revenus ;
- **proportionnel** lorsque ce taux ne varie pas en fonction des revenus.

La progressivité ou la régressivité d'une source de financement est un élément utile pour déterminer son effet redistributif – en plus du montant du revenu fiscal généré par la source et le degré de traitement inégal des ménages ayant une capacité financière similaire.

Nous décrivons ici la progressivité/régressivité relative des principales sources de financement du système de soins belge. On considère que les taxes directes (p. ex. impôt sur le revenu des personnes physiques) sont progressives. Les subventions publiques sont partiellement constituées de taxes directes. Les cotisations sociales sont des recettes proportionnelles. Les taxes indirectes (p. ex. taxe sur la valeur ajoutée - TVA) sont généralement régressives. Le financement alternatif et les subventions publiques sont partiellement financés par les taxes indirectes. Des taux simples ont été calculés pour définir la part des recettes

^s Les dépenses de santé sont considérées catastrophiques lorsqu'elles dépassent un seuil prédéfini de capacité financière. Différents seuils et définitions de capacité financière sont utilisés dans la littérature. Les dépenses de santé considérées appauvrissantes lorsque les revenus

disponibles sont supérieurs au seuil de pauvreté mais qu'après déduction des dépenses de santé qui sont à charge personnelle du patient, des revenus disponibles, les revenus corrigés deviennent inférieurs au seuil de pauvreté.^{102, 108-111}



progressives/régressives dans le financement des soins de santé pour les années 2007, 2011, 2015 et 2017 (EQ-2 et EQ-3, Tableau 14).

Les données montrent que la proportion de ressources financières progressives a doublé entre 2011 et 2017. Néanmoins, les proportions des recettes proportionnelles (52,6 % en 2017, en diminution par rapport à la valeur de 61,5 % en 2007) et des recettes régressives (26,7 % en 2017, similaire à la valeur de 25,2 % en 2007) sont toutes deux supérieures à la proportion des recettes progressives (14,1 % en 2017, en augmentation par rapport à la valeur de 7,3 % en 2007). Ce changement important dans la composition du budget des soins de santé résulte de trois effets : (1) la 6^e réforme de l'état a transféré certaines compétences aux communautés, ce qui a donné lieu au passage de certains montants du financement alternatif (provenant principalement de la TVA, source de financement régressive) aux subventions publiques, qui sont partiellement constituées de recettes progressives ; (2) la réforme fiscale de 2016 (dite *tax shift*) a diminué les cotisations sociales des employeurs, réduisant ainsi l'importance de cette source de financement ; (3) le financement alternatif a été réformé en 2017 et les recettes des accises (source de financement régressive) ont été remplacées par les recettes de l'imposition sur les revenus du capital (source de financement progressive).¹¹²

Le coefficient de Gini, une mesure de l'inégalité des revenus

Un second indicateur contextuel de l'équité est le coefficient de Gini, qui mesure **l'inégalité de la répartition des revenus** (EQ-1, Tableau 14). Le coefficient de Gini est égal à zéro quand la répartition des revenus est parfaitement égalitaire entre les individus ou les ménages. Il est égal à 100 quand cette répartition est complètement inégalitaire – une seule personne détient la totalité du revenu national.

Des études ont révélé qu'il existe une association entre la manière dont les revenus sont redistribués dans un pays (inégalités des revenus) et certaines formes de problèmes de santé, objectifs ou subjectifs (liés à la perception de la situation ou de l'état de santé).¹¹³⁻¹¹⁹ Il est démontré que les différences en matière de santé contribuent aux inégalités de revenus ; le lien de causalité de l'association inverse fait l'objet d'un débat.^{119, 120}

Le coefficient de Gini est aisé à interpréter et à calculer pour la Belgique et certaines organisations internationales l'utilisent également pour définir les inégalités de revenus dans une perspective internationale. Il s'agit d'un indicateur essentiel pour surveiller les objectifs définis pour le cadre politique Santé 2020 adopté par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe.¹²¹

La société belge est l'un des pays européens les plus égalitaires si l'on compare le coefficient de Gini des revenus disponibles – les revenus que les ménages peuvent consacrer à la consommation et l'épargne. C'est le résultat d'une importante redistribution via taxes et transferts sociaux (l'inégalité est presque réduite de moitié après taxes et transferts). Le haut degré de redistribution des revenus et donc leur répartition plus égalitaire pourrait être corrélée à une meilleure santé de la population belge.

En dépit des inégalités limitées au niveau des revenus, il existe un risque relativement élevé de pauvreté. En particulier, les personnes qui ont faible niveau d'éducation présentent un risque de chômage et de pauvreté.

Conclusion

Les deux indicateurs contextuels de l'équité (part des recettes progressives/régressives dans le financement des soins de santé et inégalité de la répartition des revenus) révèlent que le financement public du système de soins repose plus sur des recettes régressives que sur des recettes progressives (la proportion des recettes régressives est 1,89 fois supérieure à celle des recettes progressives). Néanmoins, entre 2011 et 2017, d'importants changements sont survenus dans la composition du budget des soins de santé, avec une augmentation importante des recettes progressives et une réduction des recettes proportionnelles. De plus, le système de redistribution (impôts et transferts) fait de notre pays l'un des plus égalitaires de l'UE-15.

Ces deux résultats ne sont pas contradictoires, car la société peut organiser une redistribution substantielle des revenus au travers de transferts et de taxes tout en finançant un secteur collectif spécifique (ici, le système de



Tableau 14 – Indicateurs contextuels d'équité

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)
EQ-1 Distribution des revenus dans la population (coefficient de Gini)	→ 26,0	2017				Eurostat	29,7
EQ-2 Part des recettes progressives dans le financement des soins (ratio recettes progressives/recettes totales, exprimé en %)	↗ 14,1	2017	-	-	-	SPF Sécurité sociale, INAMI, Banque nationale de Belgique	-
EQ-3 Part des recettes régressives dans le financement des soins ratio recettes régressives/recettes totales, exprimé en %)	→ 26,7	2017	-	-	-	SPF Sécurité sociale, INAMI, Banque nationale de Belgique	-

Future publication sur le site internet

(ID) Indicateur	
NEW	Dépenses de santé catastrophiques
NEW	Effet redistributif sur le financement des soins de santé



PARTIE 3 – RÉSULTATS PAR DOMAINE DE SOINS

8 SOINS PRÉVENTIFS

Les soins préventifs comprennent deux types d'interventions : la « prévention primaire », qui vise à réduire ou supprimer la survenue d'une maladie (p. ex. la vaccination) et la « prévention secondaire », qui vise à détecter la survenue d'une maladie à un stade précoce afin d'instaurer un traitement aussi tôt que possible de manière à en limiter les conséquences en termes de mortalité et de morbidité/invalidité (p. ex. le dépistage du cancer ou les visites de contrôle chez le dentiste).

Dans ce rapport, nous avons sélectionné, pour illustrer la prévention primaire, des indicateurs mesurant la couverture vaccinale contre des maladies infantiles évitables par la vaccination, ainsi que la vaccination des personnes âgées. Dans le cadre de ce rapport HSPA, seule la prévention primaire organisée par le système de santé sera décrite.

Pour illustrer la prévention secondaire, nous avons retenu des indicateurs portant sur le dépistage de certains cancers et sur les soins dentaires préventifs. Tous les indicateurs repris dans le Tableau 15

sont des indicateurs de processus, à l'exception d'un seul, l'incidence de la rougeole, qui est un indicateur de résultat.

Rappelons que l'organisation des soins préventifs repose principalement sur les entités fédérées, avec une implication des autorités fédérales dans certains remboursements. Selon le cas, cette organisation peut être assez similaire entre régions (p. ex. la vaccination des enfants, le dépistage du cancer du sein) ou tout à fait différente (par exemple, il existe un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Flandre mais pas en Wallonie, ni à Bruxelles). C'est pourquoi, en plus de cette évaluation au niveau national, l'évaluation de la performance du système de santé devrait également se faire à un échelon régional.

Vaccination contre les maladies infantiles

Les résultats de la Belgique sont plutôt bons en ce qui concerne la vaccination infantile : le taux de couverture du schéma de vaccination complet pour le vaccin DTP/polio (4 doses) atteint 93 %, ce qui n'est que légèrement inférieur à la valeur cible pour la polio (95 %) et la coqueluche. De nombreuses petites épidémies de coqueluche sont toujours observées.

La couverture de la vaccination anti-pneumococcique est satisfaisante.

En ce qui concerne la rougeole, l'OMS a quantifié des objectifs à atteindre en vue de son éradication.¹²² Ces objectifs sont notamment un taux de couverture de 95 % pour les deux doses de vaccination et une incidence de la maladie inférieure à 1 cas par million d'habitants. *En ce qui concerne le taux de couverture de la première dose de vaccination contre la rougeole*, cette valeur cible de 95 % est atteinte depuis 2012 pour l'ensemble de la Belgique, mais la Wallonie n'a rejoint ce seuil qu'en 2015. Néanmoins, pour la seconde dose (administrée au début de l'adolescence), le taux de couverture moyen n'est que de 85 %, ce qui est beaucoup trop faible. Les différences régionales semblent importantes : en Flandre, la valeur cible est presque atteinte, tandis qu'en Wallonie et à Bruxelles, le taux de couverture reste aux alentours de 75 %. Ces chiffres doivent toutefois être interprétés avec prudence car la méthodologie diffère entre les régions, et il se peut que la couverture à Bruxelles et en Wallonie soit sous-estimée. *En ce qui concerne l'incidence de la rougeole*, elle a fluctué entre 3,5 et 9 cas par million d'habitants après l'épidémie de 2011, et jusqu'en 2016. Une nouvelle épidémie est survenue en 2017 (principalement en Wallonie et, dans une moindre mesure, à Bruxelles). Cette réapparition intermittente d'épidémies de rougeole en Belgique¹²³ et dans d'autres pays européens est probablement due à certains groupes de personnes non ou incomplètement vaccinées. Ces groupes comprennent des enfants dont les parents refusent la vaccination, mais également des adultes n'ayant jamais été vaccinés. Cette situation souligne la nécessité d'améliorer la couverture vaccinale contre la rougeole : des efforts continus et ciblés sont nécessaires, non seulement pour atteindre un taux de couverture de 95 % pour les deux doses de la vaccination, mais aussi pour détecter et vacciner les groupes d'adultes non vaccinés.



Vaccination contre la grippe

La vaccination des personnes âgées (+ de 65 ans) contre la grippe (influenza) a connu un recul constant au cours des 8 dernières années et reste bien en-deçà des objectifs de l'OMS (75 %), avec une couverture de 54,7 % en 2016. Toutefois, dans le secteur résidentiel (maisons de repos et de soins et maisons pour personnes âgées), le taux de vaccination des résidents est beaucoup plus élevé (82 %). Pour les personnes ne vivant pas en institution, la couverture est plus élevée en Flandre que dans les 2 autres régions. Le déclin de la vaccination des personnes âgées contre la grippe, plus prononcé en Wallonie et à Bruxelles, s'observe également dans d'autres pays d'Europe (UE-15), par rapport auxquels la Belgique se classe finalement plutôt bien.

Dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, le taux de couverture global (incluant la participation au programme de dépistage organisé et le dépistage opportuniste) est de 62 % là où les recommandations internationales voudraient que l'on atteigne un taux de participation de 75 %. Ce taux de couverture trop faible est resté stable au cours du temps. En Flandre, le taux de couverture global est plus élevé de 14 points de pourcentage (différence absolue) par rapport aux autres régions, ce qui correspond à une différence relative de 27 %. Si l'on se limite au dépistage organisé, l'écart entre les régions est encore bien plus important : en Flandre, 50% des femmes participent au programme, alors qu'en Wallonie et à Bruxelles, seules 7 et 11 % respectivement s'y soumettent. Dans ces deux régions, le dépistage du cancer du sein se fait surtout de façon opportuniste. Cet état de fait soulève la question de l'efficacité globale du programme.

Par ailleurs, les recommandations en matière de dépistage du cancer du sein déconseillent de dépister les femmes de moins de 50 ans, sauf dans certaines situations médicales spécifiques. Ces recommandations sont très peu respectées : une forte proportion de femmes de moins de 50 ans (35 % en 2016) se soumettent à ce dépistage, ce qui pose la question de l'adéquation des pratiques préventives actuelles. En Flandre, ce dépistage

inapproprié connaît toutefois une tendance à la baisse (de 31 % en 2008 à 26 % en 2016).

En ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus, une estimation du taux de couverture a été réalisée à partir de la base de données de l'AIM, correspondant à la proportion des femmes de 25 à 64 ans ayant bénéficié d'un remboursement pour un test cytologique du col au cours des 3 dernières années. Cette proportion était de 48 % en 2016, avec peu de différences régionales. Ce chiffre semble avoir diminué au cours du temps (il était de 60 % en 2011), mais cette variation pourrait être liée à une modification de la politique de remboursement. Ces résultats devraient être explorés davantage car ils pourraient en réalité sous-estimer la couverture réelle. En effet, afin d'évaluer le programme flamand de dépistage du cancer du col, le CvKO (*Centrum voor Kankeropsporing*, Centre de dépistage du cancer) a également pris en compte les résultats des analyses cytologiques enregistrés par la Fondation Registre du Cancer et a obtenu un taux de couverture de 56 % en 2016. Il est donc nécessaire de définir une méthodologie permettant de calculer le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus à l'échelon national belge sur la base des données disponibles. La meilleure manière serait probablement que le GTI (groupe de travail intercabinets) « Santé publique » mandate un groupe technique pour résoudre cette question méthodologique. Dans l'attente, cet indicateur a été retiré du présent rapport.

En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, des programmes de détection de sang occulte dans les selles (FOBT) existent en Wallonie et à Bruxelles depuis 2009 et en Flandre depuis 2013. Différents indicateurs de couverture peuvent être calculés car la stratégie consiste soit à réaliser un test FOBT (s'il n'y a pas de facteurs de risque), soit à réaliser une colonoscopie (s'il existe des facteurs de risque). Le calcul de la couverture totale devrait idéalement inclure, au numérateur, le total de ces deux tests (du moins ceux qui sont réalisés dans une optique de dépistage) et, au dénominateur, la population à risque. En fonction de l'indicateur choisi, le CvKO a calculé un taux de couverture compris entre 39 et 68 % pour le dépistage du cancer colorectal en Flandre. Le rapport pour la Wallonie et Bruxelles sera bientôt disponible mais il semble que la méthode de calcul soit assez différente. Comme pour le dépistage du cancer du col de l'utérus,



il serait nécessaire qu'un groupe technique soit désigné par le GTI « Santé publique » pour définir une méthode de calcul à l'échelon national belge, en utilisant les données disponibles. Pour cette même raison, cet indicateur a également été retiré du présent rapport.

Prévention en santé bucco-dentaire, mesurée par le nombre de contacts réguliers avec un dentiste

Le fait d'avoir des contacts réguliers avec un dentiste^t est le seul indicateur de cette section qui ne relève pas de la compétence des entités fédérées. Les résultats sont mauvais, puisque seulement 54 % de la population a des contacts réguliers avec un dentiste, ce taux étant plus faible en Wallonie et à Bruxelles (48 %) qu'en Flandre (58 %). Ces chiffres se sont toutefois améliorés au cours du temps dans toutes les régions.

Les taux de fréquentation plus élevés observés pour les adolescents (66 à 71 %) peuvent probablement être partiellement attribués aux traitements orthodontiques, fréquents dans cette tranche d'âge.

La faible fréquentation des cabinets dentaires malgré le remboursement intégral de la plupart des soins dentaires préventifs et conservateurs chez les jeunes de moins de 18 ans doit mener à s'interroger sur les facteurs qui freinent l'accès à ces soins (préventifs).











Conclusion

La performance des soins préventifs en Belgique est plutôt médiocre. Seule la couverture vaccinale des nourrissons atteint un niveau acceptable, même si elle devrait encore être améliorée pour atteindre les valeurs cibles définies. La vaccination des adolescents contre la rougeole est trop faible en Wallonie et à Bruxelles. La vaccination contre la grippe chez les personnes âgées est insuffisante dans les trois régions. Le taux de dépistage du cancer du sein est trop faible même si l'on examine le taux de couverture global (dépistage organisé + opportuniste), en particulier à Bruxelles et en Wallonie.

^t Les « contacts réguliers avec un dentiste » étant définis comme le fait d'avoir au moins deux contacts dans au moins deux années différentes au cours des trois années précédentes.



Tableau 15 – Indicateurs des soins préventifs

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Cible	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)
Couverture vaccinale								
P-1 Polio (% 4 ^e dose)	 93,0	2016	95	93,6	92,9	91,1	Sciensano	nr
P-12 Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche chez les enfants (% 4 ^e dose)	 92,7	2016	90-95	93,0	92,9	91,1	Sciensano	nr
P-2-1 Vaccination contre la rougeole chez les enfants (% 1 ^{ère} dose)	 95,7	2016	95	96,2	95,6	94,1	Sciensano	
P-2-2 Vaccination contre la rougeole chez les adolescents (% 2 ^e dose)	 85,1	2016	95	93,4	75,0	75,0	Sciensano	na
P-3 Vaccination contre le pneumocoque chez les enfants (% 3 ^e dose)	 93,6	2016	na	94,9	92,9	90,1	Sciensano	nr
P-4 Vaccination contre la grippe (% de la pop. de + 65 ans) ^a	 54,7	2016	75	59,5	49,8	48,5	AIM	49,1 ⁽¹⁾
Incidence des maladies infectieuses évitables par la vaccination								
P-5 Incidence de la rougeole (nouveaux cas/million d'hab.) ^b	 31,6	2017 (année épidémique)	< 1	6,3	80,8	20,1	Sciensano	18,1
Dépistage du cancer^c								
P-6 Dépistage du cancer du sein (% femmes âgées de 50 à 69 ans)	 61,8	2016	75	67,4	53,9	52,9	AIM	69,1 ⁽¹⁾
P-7 Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% femmes âgées de 50 à 69 ans)	 33,2	2016	75	50,7	6,8	10,9	AIM	-
Surdépistage du cancer								
QA-7 Dépistage du cancer du sein en-dehors du groupe cible (% femmes âgées de 41 à 49 ans)	 35,4	2016	-	26,3	49,0	46,7	EPS (AIM)	-
Santé bucco-dentaire – contacts avec un dentiste								



P-11	Contacts réguliers avec un dentiste ^d (% pop. âgée de +3 ans)	+	54,1	2016	-	58,4	48,1	47,7	AIM	-
-------------	---	---	------	------	---	------	-------------	-------------	-----	---

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.

FOBT = recherche de sang occulte dans les selles

^a À l'exclusion de la population vivant en maison de repos et de soins pour personnes âgées ;

^b L'incidence de la rougeole présente une variabilité importante selon la survenue d'épidémies. L'année 2017 était épidémique en Wallonie et à Bruxelles.

^c Au cours des deux dernières années pour le dépistage du cancer du sein ; ^d Les contacts réguliers avec un dentiste étant définis comme le fait d'avoir au moins 2 contacts dans au moins 2 années différentes au cours d'une période de trois ans.

Source des résultats pour la comparaison internationale : ⁽¹⁾ Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018



9 SOINS DE SANTÉ MENTALE

Des réformes axées sur la désinstitutionnalisation, mais un manque de données pour suivre cette évolution

Dans les années 1990, le secteur de la santé mentale a connu, en Belgique comme dans la plupart des pays industrialisés¹²⁴, plusieurs vagues de réformes marquées par une forte volonté de désinstitutionnalisation. Ce mouvement insistait sur l'importance de réintégrer les patients psychiatriques dans la société en faisant évoluer le système de grands hôpitaux psychiatriques vers une offre de services alternatifs au sein de la communauté.¹²⁵ Aujourd'hui, la réforme a été mise en œuvre mais il reste difficile d'en évaluer les effets car les données manquent. Mesurer correctement la performance des soins de santé mentale reste donc une opération difficile ; en particulier, l'absence de système d'identification unique du patient ne permet pas le suivi des patients après leur sortie de l'hôpital psychiatrique. Pour les soins ambulatoires, il manque également de données adéquates. Étant donné ces limitations, il n'a pas été possible de développer des indicateurs pertinents pour le suivi des patients (p. ex. gestion de cas). À défaut, nous nous sommes donc appuyés sur des indicateurs généraux (p. ex. taux de suicide) ou relatifs aux hospitalisations psychiatriques (p. ex. nombre de jours d'hospitalisation dans un centre psychiatrique, admissions sous contrainte).

Ce rapport comprend 11 indicateurs sur la santé mentale et les soins de santé mentale dans notre pays. Les résultats présentent plusieurs limitations et ne dressent qu'un tableau partiel de la performance de ce secteur des soins, mais ils n'en permettent pas moins de tirer quelques leçons importantes.

Des taux de suicide toujours élevés

Premièrement, le taux de suicide en Belgique (15,8 par 100 000 hab.) semble considérablement plus élevé que dans d'autres pays d'Europe (10,2 dans l'UE-15 en 2015). Il n'est pas possible de tirer des conclusions claires de ces résultats – le suicide n'est en effet qu'un indicateur de substitution pour l'état de la santé mentale d'une population et doit être considéré en

combinaison avec d'autres paramètres. Néanmoins, force est de constater qu'il existe une marge d'amélioration. Par exemple, un rapport des mutualités socialistes a révélé que 27 % de leurs affiliés hospitalisés suite à une tentative de suicide (environ 4 000 personnes entre 2011 et 2013) n'ont pas bénéficié d'une consultation de suivi chez un médecin généraliste ou un psychiatre au cours des 3 mois suivant leur sortie.¹²⁶ En dépit d'un recul du taux de suicide (qui était supérieur à 20 par 100 000 habitants en 2000), les résultats observés indiquent qu'il faut continuer à soutenir les actions concertées dans ce domaine¹²⁷ pour accélérer cette progression. Deuxièmement, il existe des différences marquées entre régions, avec un taux de suicide sensiblement plus élevé en Wallonie (19,8 par 100 000 habitants) qu'à Bruxelles (10,2) et en Flandre (16,0). Le taux apparemment faible enregistré à Bruxelles pourrait toutefois découler d'un artefact de données (p. ex. communication tardive des causes mortelles violentes par le procureur).

Antidépresseurs : prescription fréquente, recommandations peu suivies

Bien que la prescription d'antidépresseurs soit en augmentation partout en Europe, les chiffres belges exprimés en **nombre total de doses prescrites** (79 DDD par 1 000 hab/jour) restent plus élevés que la moyenne des autres pays européens (70 DDD). On observe par ailleurs que cette consommation est nettement plus élevée en Wallonie (99 DDD) qu'en Flandre (72 DDD) ou à Bruxelles (62 DDD) ; il conviendrait d'examiner si cette différence s'explique par des différences socioéconomiques et démographiques ou si elle découle d'autres causes (culture médicale, diffusion des recommandations de bonne pratique *evidence-based*, etc.).

Exprimée en **nombre d'adultes sous antidépresseurs**, la consommation s'est stabilisée au cours de ces dernières années (elle a augmenté jusque 13,3 % en 2008 et s'est ensuite stabilisée : 13,1 % en 2016). Les taux de prescription les plus élevés sont observés chez les personnes âgées (+ 75 ans) bénéficiant de soins de longue durée (49 % chez les patients vivant en maison de repos et de soins pour personnes âgées, et 18,6 % chez les autres).



Un troisième indicateur est la mesure du **respect des recommandations**. Alors que la dépression majeure nécessite au moins trois mois de traitement par antidépresseurs, un pourcentage important d'adultes (42,6 % en 2016) prennent ces médicaments pendant une période plus brève. Ce taux élevé de prescriptions à court terme a légèrement diminué au cours des dernières années. La consommation (in)appropriée d'antidépresseurs reste néanmoins un point d'attention important dans le contexte belge. Par ailleurs, la prescription d'antidépresseurs connus pour leurs effets secondaires anticholinergiques chez les personnes âgées (cause potentielle de chutes) a stagné à 12 %.

Le nombre de journées d'hospitalisations psychiatriques reste élevé malgré les réformes

En dépit des récentes réformes visant à désinstitutionnaliser les soins de santé mentale au profit d'alternatives ambulatoires, les résultats visibles de ces réformes se font encore attendre. Le nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie a même augmenté, passant de 305 pour 1000 habitants en 2000 à 351 en 2016. Deux variables que l'on pouvait s'attendre à voir diminuer (sur le long terme) à la suite des réformes sont restées relativement constantes : les passages aux urgences pour des problèmes sociaux, mentaux ou psychologiques (1,6 % des admissions aux urgences dans les hôpitaux généraux en 2014 ; 1,5 % pour la période 2009-2012) et le nombre d'hospitalisations sous contrainte dans une structure psychiatrique (6,8 pour 10 000 habitants en 2008 ; 7,3 en 2016).

La Flandre affiche par ailleurs un nombre plus élevé de jours d'hospitalisation en psychiatrie que les autres régions. Il faudrait étudier ces admissions pour vérifier si elles sont appropriées ou si elles résultent de lacunes dans l'offre de services (p. ex. manque d'alternatives au sein de la communauté, gestion des cas insuffisante). Les données de Flandre révèlent à cet égard qu'une proportion considérable de patients (44 % en 2017) doivent attendre un mois ou plus pour un premier contact avec un

centre de santé mentale ambulatoire, et que ce nombre a régulièrement augmenté au fil du temps (30 % en 2009).

Expérience vécue par le patient

La Vlaams Patiëntenplatform a lancé une enquête pour mesurer l'expérience vécue par le patient (PREM) dans le secteur des soins de santé mentale. Des mesures ont été réalisées en 2016 et 2017 (les établissements de soins pouvaient participer de manière volontaire)^u. Les mesures suivantes PREM ont été incluses dans l'enquête :

- Le taux moyen de satisfaction du patient par rapport au traitement était de 7,9 en 2016 et 7,8 en 2017 sur un maximum de 10.
- La moitié des patients ont déclaré qu'ils recommanderaient certainement l'établissement de soins à leur famille et à leurs amis (52 % en 2016, 49 % en 2017).

Ces initiatives devraient se généraliser en Belgique, cf. le programme P4P appliqué dans les hôpitaux généraux (voir section centralité du patient, indicateur QP-7).

Conclusion

Alors que certains indicateurs montrent une amélioration, les résultats des indicateurs touchant à la santé mentale et aux soins dans ce domaine restent alarmants. Le fruit des réformes passées n'est pas (encore) suffisamment visible et les taux de suicide demeurent élevés. De plus, le suivi de la performance reste délicat car les systèmes de données devraient idéalement permettre un monitoring de l'ensemble du parcours de soins (y compris au niveau ambulatoire), ce qui n'est pas encore suffisamment le cas.

^u <https://www.zorg-en-gezondheid.be/resultaten-kwaliteitsmeting-in-de-geestelijke-gezondheidszorg> (dernière consultation : 7 février 2019)



Tableau 16 – Indicateurs de la santé mentale et des soins de santé mentale

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
Etat de santé									
MH-1	Mortalité par suicide (/100 000 hab.)	●	16,6	2015	16,0	19,8	10,2 ^a	SPMA	10,2 ⁽¹⁾
Accessibilité des soins									
MH-2	Psychiatres en activité (/1000 hab.)	→	0,17	2016	-	-	-	INAMI	0,19 ⁽¹⁾
MH-3	Délais d'attente de plus d'un mois pour un 1 ^{er} contact avec un centre ambulatoire de santé mentale (% de la pop. ayant eu un contact avec un CSM ambulatoire)	●	-	2017	44	-	-	VAZG	-
Adéquation des soins									
MH-4	Taux d'hospitalisation sous contrainte dans un service de psychiatrie (/10 000 hab.)	↗	7,3	2016	7,1	6,3	10,3	RPM	-
MH-5	Passage aux urgences pour un problème social, mental ou psychologique (% des admissions aux urgences des hôpitaux généraux)	● ST	1,6	2016	1,7	1,5	1,4	RHM	-
Adéquation des habitudes de prescription chez les patients ambulatoires									
MH-6	Prise d'antidépresseurs (total DDD/1000 hab./jour)	●	79,0	2016	71,8	98,6	62,3	Pharmanet (EPS)	70,2 ⁽¹⁾
MH-7	Prise d'antidépresseurs (% pop. adulte, au moins 1x/an)	●	13,1	2016	11,9	16,2	11,2	Pharmanet (EPS)	-
MH-8	Pourcentage de patients recevant un traitement antidépresseur bref (< 3 mois) (% de la pop. sous antidépresseurs)	●+	42,6	2016	43,2	41,3	43,7	AIM	-
Sécurité des habitudes de prescription chez les patients ambulatoires									
MH-9	Prescription d'antidépresseurs à effet anticholinergique chez les patients de plus de 65 ans (> 80 DDD, %)	●+	12	2016	10	15	14	EPS (AIM)	-
Indicateur contextuel									
MH-10	Nombre de jours d'hospitalisations en psychiatrie (/1000 hab.)	↗	351	2016	381	293	261	RPM	-
MH-11 NEW	Proportion de réhospitalisations en psychiatrie dans les 30 jours suivant la sortie (dans le même hôpital, %)	●	14,1	2016	14,7	11,1	11,1	RPM	-

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée. Pour les indicateurs contextuels (non évalués) : en hausse (↗), stable (→), en baisse (↘), pas de tendance (C).

^a sous-estimé ⁽¹⁾Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018



10 SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

La population âgée mérite une attention particulière dans le système de soins. Tout d'abord parce qu'elle représente une partie importante de la population. En 2018, plus de deux millions de personnes en Belgique étaient âgées d'au moins 65 ans, ce qui représente 19 % de la population totale. Ensuite parce que les personnes âgées nécessitent des services de santé particuliers. D'une part, l'avancée en âge est fortement corrélée à une augmentation des besoins en soins médicaux aigus, et d'autre part, de nombreuses personnes âgées ont besoin d'un accompagnement dans leurs activités quotidiennes, et ce, sur le long terme. Ce chapitre aborde les soins aigus et les soins de longue durée pour les personnes âgées.

Les **soins de longue durée** ont été définis par les institutions internationales (OMS, OCDE, Eurostat) comme un éventail de services nécessaires aux personnes atteintes d'une limitation de leurs capacités fonctionnelles (physiques ou cognitives), et qui, par conséquent, ont besoin d'une aide dans les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne (*activities of daily life* - ADL) pendant une période prolongée¹²⁸. Les ADL de base sont notamment : prendre un bain et se doucher, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer et s'alimenter. Les ADL instrumentales sont notamment : le nettoyage et l'entretien de la maison, la préparation des repas et la prise des médicaments prescrits.¹²⁹

Les soins informels, c.-à-d. les soins fournis par la famille et les amis (en général, le conjoint et les enfants), représentent classiquement une part importante des soins de longue durée. Si les soins informels ne sont plus suffisants, la personne doit recevoir des **soins formels**, fournis par des professionnels. Dans un premier temps, les soins formels peuvent être dispensés à la maison par des infirmiers à domicile. En Belgique, il existe une offre de **soins à domicile** pour les personnes qui présentent des limitations légères à sévères dans les ADL et/ou dans leurs facultés cognitives, quel que soit leur âge. Les infirmiers à domicile assurent tant les soins de base (principalement d'hygiène) que des interventions

techniques.¹³⁰ Il faut noter qu'en plus des soins infirmiers à domicile, il existe également des services d'aide à domicile principalement destinés à fournir une assistance dans les ADL instrumentales.

Pour les personnes âgées qui ne sont plus en état de vivre seules à leur domicile, il existe deux grands types de **structures résidentielles** : les **maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)**^v, qui assurent des soins infirmiers et personnels à des seniors majoritairement confrontés à des limitations légères ou modérées (catégories O, A, B, C, Cd et D de l'échelle de Katz), et les **maisons de repos et de soins (MRS)**^w, destinées aux personnes fortement dépendantes mais ne nécessitant pas de soins hospitaliers permanents (catégories B, C, Cd et D de l'échelle de Katz). En plus des MRPA et des MRS, il existe également de plus en plus de « résidences-services », qui sont des structures de soins semi-résidentielles où les personnes peuvent vivre de manière indépendante dans un bâtiment adapté et sécurisé, avec une pièce commune destinée aux interactions avec les autres résidents, et qui fournissent également les services de soins éventuellement nécessaires.

Jusqu'à la 6^e réforme de l'état de 2014, les soins de longue durée pour les personnes âgées étaient incorporés dans le système d'assurance maladie de l'INAMI : principalement maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins et soins infirmiers à domicile. Depuis la 6^e réforme de l'état, de nombreuses compétences en matière de soins de longue durée ont été transférées du niveau fédéral vers les régions.¹³¹

^v MRPA : maison de repos pour personnes âgées

^w MRS : maison de repos et de soins



Accessibilité des soins de longue durée

Offrir une vie de qualité aux personnes âgées nécessite un accès facile aux services de soins de longue durée, tant à domicile qu'en institution. Le nombre d'utilisateurs des soins de longue durée peut servir d'indicateur de substitution pour évaluer la disponibilité et l'accessibilité de ces services. Il fournit également des informations sur la soutenabilité du système car le niveau d'utilisation de soins formels ou informels d'un pays et le niveau d'offre de ce type de soins en institutions ou à domicile, sont des déterminants importants des dépenses publiques en matière de soins de longue durée.¹²⁸ Il faut également noter que les soins formels ne se substituent pas nécessairement aux soins informels ; ils sont souvent fournis en complément, pour soutenir et compléter les soins informels.

D'après les données disponibles les plus récentes (2016), 8,5 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent en structure de soins résidentielle, tandis que 5,1 % des personnes âgées reçoivent des soins infirmiers à domicile. Il est intéressant de noter l'importante variabilité géographique en matière de recours aux soins infirmiers résidentiels et à domicile. Par rapport à la Flandre et à la Wallonie, la région de Bruxelles-Capitale présente un pourcentage plus élevé de personnes âgées vivant en structure résidentielle (10,3 % à Bruxelles contre 9,0 % en Wallonie et 8,0 % en Flandre) et le pourcentage le plus faible de soins infirmiers à domicile (3,3 %), avec les provinces de Liège et du Luxembourg. Les provinces du Hainaut et du Limbourg sont celles où le recours aux soins infirmiers à domicile est le plus élevé (respectivement 6,7 % et 8,8 % des personnes âgées).

Étant donné que les méthodes de collecte de données ne sont pas homogènes, il est difficile de réaliser une comparaison internationale mais les données disponibles issues des pays de l'OCDE indiquent qu'en moyenne 13 % des personnes âgées de plus de 65 ans bénéficient de soins de longue durée, en institution ou à domicile (données de 2015). Bien que ce chiffre soit très proche de ce que nous constatons en Belgique, la répartition entre soins infirmiers résidentiels et à domicile est assez différente. En effet, comparée aux autres pays, la Belgique recourt de façon plus importante aux soins résidentiels et moins aux soins à domicile, les deux étant bien développés. On peut toutefois s'inquiéter au sujet de

l'accessibilité (financière) de ces services pour les personnes âgées, de la viabilité budgétaire de certains d'entre eux, et de la privatisation croissante tant des soins à domicile que des soins résidentiels.¹³¹

Capacité en lits résidentiels

Comme dans de nombreux pays européens, la politique belge en matière de soins de longue durée vise à élargir l'offre de services de soins à domicile afin de postposer aussi longtemps que possible l'institutionnalisation des personnes âgées. Le budget de l'INAMI pour les soins à domicile est « ouvert » de manière à pouvoir évoluer en fonction des besoins. Les dépenses publiques en matière de soins à domicile ont donc considérablement augmenté. C'est également le cas pour le budget des soins résidentiels, même si leur capacité a été restreinte par un moratoire. En parallèle, afin de répondre aux besoins importants des résidents, un nombre significatif de lits de maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) ont été transformés en lits de soins en maisons de repos et de soins (MRS).¹³⁰

Cependant, en raison du vieillissement de la population, les besoins en services de soins de longue durée vont augmenter, tant à domicile qu'au niveau résidentiel.¹³² En 2011, à la demande des autorités politiques, le Bureau Fédéral du Plan et le KCE ont développé un modèle permettant de prévoir le nombre de lits résidentiels à prévoir dans le futur. Selon ce modèle, le nombre de lits nécessaires en 2025, sera de 149 000 à 177 000, et après 2025, l'augmentation des besoins devrait même s'accroître.¹³⁰ Nous avons introduit un nouvel indicateur (ELD-4) afin de surveiller l'évolution du nombre de lits. En 2018, il y avait plus de 144 000 lits au total, ce qui signifie qu'il est nécessaire de continuer à en ouvrir. Le nombre de lits a diminué de 2011 à 2014, puis il a augmenté à partir de 2015, pour atteindre 68 lits (par 1 000 personnes de +65 ans) en 2018. Par rapport aux autres pays européens, la Belgique se situe dans le haut du classement, seulement précédée du Luxembourg et des Pays-Bas, qui ont le nombre le plus élevé de lits, à savoir respectivement 86 et 85 lits par 1 000 personnes âgées de +65 ans.



Les options stratégiques permettant de modérer l'augmentation des besoins en lits sont de favoriser davantage les soins à domicile et de soutenir les soins informels, mais aussi de veiller à ce que les lits disponibles soient utilisés en priorité par des personnes âgées nécessitant les soins les plus intensifs. En particulier, on peut se demander si le placement en structure résidentielle est l'option la plus adéquate pour les personnes indépendantes (catégorie 0 de l'échelle de Katz) et celles qui présentent un faible niveau de dépendance aux soins (catégorie A). Nous avons ajouté un nouvel indicateur pour surveiller cette problématique (ELD-5) ; cet indicateur mesure le pourcentage des personnes âgées appartenant aux catégories O ou A de l'échelle de Katz et vivant dans une structure résidentielle. Ce pourcentage a continuellement décliné entre 2011 et 2018, passant de 32 % en 2011 à 25 % en 2018. Ces données révèlent donc une évolution positive, mais les différences observées entre les régions indiquent qu'il est encore possible de faire mieux. À Bruxelles, plus d'un tiers (34 %) des personnes âgées vivant en structure résidentielle ont encore une certaine autonomie. En Flandre, cette proportion ne dépasse pas 20 %.

Afin d'éviter une institutionnalisation trop précoce de personnes indépendantes ou présentant un faible niveau de dépendance aux soins, il est nécessaire d'explorer d'autres alternatives que les soins à domicile, notamment s'il s'agit de personnes nécessitant des soins de santé mentale ou un logement social, qui ne peuvent pas trouver une place ailleurs et pour lesquelles la structure résidentielle reste, actuellement, une solution de dernier recours. Les résidences-services peuvent également avoir leur place car certaines personnes souffrent parfois d'isolement social en restant au domicile. Si vous souhaitez explorer ce sujet et les autres stratégies possibles, nous vous invitons à consulter une étude récemment réalisée à la demande de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.¹³³

Soignants informels

Les soignants informels ont toujours apporté une contribution considérable en matière de soins de longue durée. Cependant, il faut s'attendre à une diminution de leur disponibilité au cours des prochaines décennies, en raison de la réduction de la taille des familles, de l'augmentation de la mobilité géographique et de la participation croissante des femmes au marché du travail. La dernière enquête SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe)¹³⁴ a montré que la Belgique est bien classée, avec 19 % de la population âgée de plus de 50 ans fournissant des soins informels de manière quotidienne ou hebdomadaire. Il s'agit d'un des taux les plus élevés de l'enquête. Ce qui ne met toutefois pas la Belgique à l'abri de cette tendance générale à la diminution du nombre de soignants informels. L'évolution de ce paramètre devra faire l'objet d'une surveillance attentive dans le futur.

Même si les soins informels sont souvent considérés comme un moyen économique d'éviter ou de postposer le placement en institution,¹³⁵ il ne faut pas négliger le fait qu'ils sont également liés à certains coûts indirects, tant au niveau des individus qu'au niveau de l'état, en termes d'abandon d'emploi et d'impact négatif possible sur la santé du soignant informel.¹³⁶ Cette situation soulève des défis sur comment stimuler les soins informels et la manière de soutenir les soignants informels. Divers moyens peuvent être envisagés pour formaliser ces soins : paiements en espèces, droits légaux, sécurité sociale et possibilités de formation. Ces moyens peuvent favoriser le recours aux soins informels, soutenir le soignant informel et optimiser la qualité des soins.¹³⁵ Pour en savoir plus sur les mesures de soutien possibles, nous vous invitons à consulter le rapport 223 du KCE.¹³⁷



Accessibilité des soins aigus pour les personnes âgées

Le vieillissement de la population pèse non seulement sur les soins de longue durée mais aussi sur les soins aigus pour les personnes âgées. Vu le manque de **gériatres** dans notre pays, un indicateur a également été ajouté pour surveiller l'évolution de l'effectif en personnel médical gériatrique. Au cours de ces dernières années, un certain nombre d'actions ont été entreprises pour motiver davantage d'étudiants en médecine à opter pour la gériatrie. Ainsi, le Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a réformé la spécialisation en médecine interne. Le cycle d'études de six ans débute désormais par un programme commun (« tronc commun ») de 3 ans au cours duquel chaque étudiant acquiert une expérience en gériatrie. C'est seulement au terme de ces 3 années que le choix définitif de la sous-spécialité doit être fait. Par ailleurs, de nouveaux codes de nomenclature INAMI ont été créés pour augmenter la rémunération des gériatres. Il reste à évaluer si les mesures prises sont suffisantes pour assurer l'effectif requis. Par rapport aux pays du G-7, la Belgique a un nombre de gériatres moins élevé, avec un taux de 0,3 pour 10 000 personnes de plus de 65 ans, contre 0,4 au Canada, et jusque 2,4 au Royaume-Uni.¹³⁸

Sécurité dans les soins résidentiels

Les **incidents liés aux chutes** sont une cause fréquente de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées. Seule la Communauté flamande dispose de données récentes à ce sujet, dans le cadre du Projet flamand d'indicateurs de qualité dans les MRPA et MRS (*Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra* - VIP WZC). Les données issues de ce projet indiquent qu'en 2017, 12 % (valeur médiane) des personnes résidant dans les MRPA/MRS en Flandre ont présenté un incident de chute au cours d'une période d'un mois. Ce pourcentage élevé souligne les besoins de soins importants des résidents de ces institutions et la nécessité de mesures de prévention supplémentaires.

L'apparition d'**escarres**, également appelés « ulcères de décubitus », chez un patient (hospitalisé, vivant en structure résidentielle ou vivant à domicile) peut avoir un impact grave sur sa santé. Ces lésions peuvent être prévenues par des soins infirmiers de bonne qualité. L'apparition d'escarres est l'un

des indicateurs de qualité mesurés dans le cadre du projet flamand d'indicateurs de qualité dans les MRPA/MRS. Ces données indiquent qu'en 2017, 2 % des résidents avaient une escarre de catégorie 2, 3, 4 ou de catégorie indéterminée, la mesure ayant été effectuée au cours d'un seul jour de référence. Toutefois, cet ulcère n'est apparu pendant le séjour que chez 1,3 % des résidents. Les données historiques disponibles étant insuffisantes, il n'est pas possible de distinguer une tendance ; par ailleurs, on ne dispose d'aucune donnée internationale récente permettant d'établir une comparaison. Il est recommandé de mesurer ces indicateurs de qualité dans d'autres régions de Belgique, afin de surveiller la situation et d'attirer l'attention sur la nécessité de poursuivre les efforts préventifs pour réduire le risque d'escarres et éviter leur évolution vers des formes graves et fatales.

Les **infections nosocomiales**, souvent causées par des organismes résistants aux antibiotiques – notamment le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (**MRSA**) – sont une autre cause majeure de morbidité et de mortalité en soins résidentiels. Les résidents des maisons de repos et de soins (MRS) sont fréquemment porteurs du MRSA et la transmission de cette bactérie y fréquente. Une étude réalisée en 2015 par Sciensano dans un échantillon de maisons de repos et de soins montre que 9,0 % des résidents étaient porteurs du MRSA. Lorsqu'on compare les résultats des trois enquêtes sur le portage du MRSA disponibles en Belgique, on constate une diminution continue de la prévalence du portage du MRSA dans les maisons de repos et de soins, passant de 19 % en 2005 et 12,2 % en 2011 à 9,0 % en 2015. Malgré cette évolution positive, le portage du MRSA doit rester un point d'attention permanent pour les travailleurs et le management des structures de soins résidentiels.



Adéquation des soins

En raison de leurs effets secondaires, particulièrement marqués chez les personnes âgées, les **médicaments anticholinergiques** doit être autant que possible évités dans cette population. Les données disponibles indiquent néanmoins qu'en 2016, plus de 80 DDD (considéré comme dose-seuil pour un usage chronique) de médicaments anticholinergiques ont été prescrits chez 22 % de la population belge de plus de 65 ans. La prescription d'anticholinergiques est plus fréquente chez les personnes âgées vivant dans des structures résidentielles que chez les personnes âgées vivant à leur domicile (52 % chez les +75 ans vivant en structure résidentielle, contre 22 % chez les +75 ans à domicile). Les données historiques disponibles depuis 2011 ne montrent aucune évolution notable. Il existe également d'importantes variations régionales. Il est clairement nécessaire d'améliorer le comportement de prescription des médecins, ce qui peut se faire par des formations et un meilleur respect des recommandations.

Les antipsychotiques sont souvent prescrits pour des problèmes comportementaux chez les patients atteints de démence. Cependant, en raison des risques associés à ces médicaments, on recommande plutôt, en premier recours, des interventions non pharmacologiques. Les données indiquent qu'en 2016, des antipsychotiques ont été prescrits chez 6,1 % de la population âgée de plus de 65 ans. Ce pourcentage est très élevé par rapport aux autres pays de l'OCDE : en Suède, en Norvège, aux Pays-Bas, en France, en Australie et au Danemark, ces médicaments sont prescrits chez moins de 3,5 % de la population âgée de plus de 65 ans. Le problème semble particulièrement marqué dans les structures résidentielles, où cette classe de médicaments a été prescrite chez 32 % des personnes âgées de plus de 75 ans, alors que c'était seulement le cas chez 5 % des personnes âgées de plus de 72 ans vivant à leur domicile. La réduction de la surconsommation d'antipsychotiques en milieu résidentiel doit donc rester une priorité en Belgique.

Tableau 17 – Indicateurs des soins de santé pour les personnes âgées

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne) [BELGIQUE]	
Accessibilité des services de soins de longue durée								
ELD-1 Soins de longue durée en MRPA/MRS ^{a,b} (% de la pop. âgée de +65 ans)	C	8,5	2016	8,0	9,0	10,3	AIM	4,3 ⁽¹⁾
ELD-2 Soins de longue durée à domicile ^c (% de la pop. âgée de +65 ans)	C	5,1	2016	5,5	4,8	3,3	AIM	8,7 ⁽¹⁾
ELD-3 Aidants informels (% de la pop. âgée de +50 ans)	C	20	2015	---	---	---	SHARE	13,3 ⁽²⁾
ELD-4 NEW Nombre de lits de soins de longue durée dans les institutions ^{a,b} (par 1 000 hab. de +65 ans)	C	68	2018	61	74 ^d	99	INAMI	46,2 ⁽³⁾
ELD-5 NEW Personnes présentant une faible dépendance aux soins vivant en institution ^{a,b} (% de résidents)	C	25	2018	20	31 ^d	34	INAMI	---



Accessibilité des soins aigus									
ELD-6 NEW	Nombre de géiatres en activité (par 10 000 habitants)	C	0,30	2016	---	---	---	INAMI	---
Sécurité dans les soins résidentiels									
ELD-7	Incident de chute au cours du dernier mois passé en MRPA/MRS ^{a,b} (% de résidents)	●	--	2017	12	--	--	VAZG	---
ELD-8	Prévalence des escarres (de grade II-IV) en MRPA/MRS ^{a,b} (% de résidents)	●	---	2017	2,0	---	---	VAZG	---
ELD-9	Prévalence du portage du MRSA en maisons de repos et de soins ^b (% de résidents)	+	9,0	2015	---	---	---	Sciensano	---
Adéquation des soins									
ELD-10 NEW	Prescription de médicaments anticholinergiques > 80 DDD chez les personnes âgées (% de la pop. âgée de +65 ans)	ST	21,8	2016	19,6	25,9	23,7	EPS	---
ELD-11 NEW	Prescription d'antipsychotiques dans les MRPA/MRS ^{a,b} (% de résidents âgés de +75 ans)	●	31,6	2016	---	---	---	EPS	---
ELD-12 NEW	Prescription d'antipsychotiques en dehors des MRPA/MRS ^{a,b} (% de la pop. âgée de +75 ans)	C	5,2	2016	---	---	---	EPS	---

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.

Pour les indicateurs contextuels (non évalués) : en hausse (↗), stable (→), en baisse (↘), pas de tendance (C).

Les résultats en gras indiquent les régions ayant un risque relatif plus élevé que 1,2 (ou plus bas que 0,83) en comparaison avec la région affichant les meilleurs résultats.

VAZG = Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

^a MRPA : maison de repos pour personnes âgées

^b MRS : maison de repos et de soins

^c Les données des soins infirmiers à domicile de longue durée se basent sur la facturation des forfaits journaliers

^d Wallonie : communauté germanophone incluse

Sources des résultats pour les comparaisons internationales : ⁽¹⁾ Estimation pour OCDE-16/18 en se basant sur les statistiques de l'OCDE sur la santé

2017 <http://dx.doi.org/10.1787/888933605920> et <http://dx.doi.org/10.1787/888933605882> ; aucune donnée publiée pour la Belgique ; ⁽²⁾ OCDE-18 provenant du Health at a Glance 2017 en se basant sur l'enquête SHARE, portant sur la population âgée de +50 ans ; ⁽³⁾ OCDE-31 ; ⁽⁴⁾ OCDE-15 en se basant sur les statistiques de l'OCDE sur la santé 2017



Résumé des indicateurs spécifiques pour la population âgée de +65/+75 ans

Le Tableau 18 et le Tableau 19 résument les indicateurs relatifs à la population âgée qui sont rapportés dans d'autres sections. Le Tableau 18 présente une comparaison pour les personnes âgées de +65 ans, entre celles ne recevant aucun type de soins de longue durée, celles recevant des soins infirmiers à domicile et celles vivant en structure résidentielle. Le Tableau 19 présente une comparaison pour les personnes âgées de +75 ans, entre celles vivant en institution et celles vivant à domicile.

De manière générale, le fait de recevoir des soins à domicile ou de vivre en structure résidentielle est associé à un taux plus élevé de vaccination contre la grippe et à une fréquence plus élevée des contacts avec des MG. Le fait de vivre dans une structure résidentielle est néanmoins également associé à une plus grande consommation d'antidépresseurs, d'antibiotiques et de médicaments anticholinergiques ainsi qu'à une fréquence moins élevée des contacts avec des ophtalmologues chez les patients diabétiques.

Tableau 18 – Indicateurs déjà rapportés dans d'autres sections, spécifiquement pour la population des personnes âgées (+65 ans)

(ID)	Indicateur	Année	Source	Belgique	Sans soins formels (+65 ans)	Soins à domicile (+65 ans)	MRS/MRPA (+65 ans)
Prévention							
P-4	Vaccination contre la grippe (% pop. âgée de +65 ans)	2016	AIM	54,7	53,8	70,7	82,1*
Continuité des soins							
QC-2	Indice de continuité (<i>Usual Provider Continuity</i>) $\geq 0,75$	2015-2016	AIM	67,6	66,9	83,2	80,5
QC-3	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% de patients de +65 ans)	2016	AIM	56,6	50,2	68,0	69,5
Sécurité							
QS-6	Polymédication chez les patients âgés (au moins 5 médicaments, avec plus de 80 DDD par an) (% pop. assurée de +65 ans)	2016	Pharmanet Sciensano	39 %	n.d.	n.d.	n.d.

Les données des soins infirmiers à domicile de longue durée se basent sur la facturation des forfaits journaliers.

*Grippe : résultats pour les +65 ans en MRPA /MRS en Wallonie et à Bruxelles uniquement (résultats pour le Flandre non disponibles dans les données AIM) ;

DDD = defined daily dose, dose quotidienne déterminée

n.d. = non disponible


Tableau 19 – Indicateurs spécifiques pour la population âgée de +75 ans

(ID)	Indicateur	Année	Source	Ne vivant pas en institution (+75 ans)	Vivant en institution (MRS ou MRPA) (+75 ans)
MH-7	Prise d'antidépresseurs (% pop. +75 ans, au moins une fois par an)	2016	AIM	18,9	48,6
QA-1	Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat (% des diabétiques +75 ans sous insuline)	2016	AIM	30,7	20,1
QA-2	Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat (% des patients antidiabétiques de +75 ans non insulino-dépendants)	2016	AIM	10,6	2,3
QA-4	Recours aux antibiotiques (% de la population +75 ans, au moins une fois dans l'année)	2016	AIM	44,4	62,2
QA-5	Recours aux antibiotiques de 2 ^e intention (% du total des DDD d'antibiotiques dans la pop. +75 ans)	2016	AIM	55,1	49,4
ELD-10	Prescription de médicaments anticholinergiques > 80 DDD chez les personnes âgées (% de la pop. +65 ans)	2016	AIM	22	52

DDD = defined daily dose, dose quotidienne déterminée.

Conclusion

Le portage du MRSA dans les structures de soins résidentiels pour personnes âgées est en réduction mais doit rester un point d'attention permanent pour le personnel et le management de ces établissements. Les données sur les incidents de chutes et les escarres sont difficiles à interpréter car elles ne sont disponibles que pour les établissements flamands et on ne dispose de données fiables que depuis récemment. Il est recommandé de mesurer également ces indicateurs de qualité dans d'autres régions afin de surveiller la situation et d'attirer l'attention sur la nécessité des efforts à faire en matière de prévention.

Trop de médicaments anticholinergiques sont prescrits aux personnes âgées et, dans les structures de soins résidentiels, trop d'antipsychotiques sont également prescrits. Il est nécessaire d'améliorer le comportement de prescription des médecins, ce qui peut se faire par des formations et un meilleur respect des recommandations. Enfin, le nombre de patients sous polymédication reste relativement élevé par rapport aux autres pays mais s'est légèrement réduit au cours du temps.



11 SOINS DE FIN DE VIE

Les soins palliatifs ont été définis par l'OMS comme étant « une approche qui améliore la qualité de vie des patients confrontés à une maladie mortelle et de leur famille en prévenant et en soulageant les souffrances grâce à l'identification, l'évaluation et le traitement précoces de la douleur et des autres problèmes (physiques, psychosociaux et spirituels) ». ¹³⁹ Cette définition met l'accent sur les différentes facettes des soins palliatifs – prise en charge holistique par une équipe multidisciplinaire, population-cible non limitée aux patients cancéreux mais englobant toutes les personnes atteintes d'une maladie engageant le pronostic vital et soutien aux familles.

La Belgique a développé nombre de structures et services pour les patients palliatifs : réseaux palliatifs, équipes de soins à domicile spécialisées, forfaits palliatifs pour les patients qui restent à domicile, fonction palliative dans les hôpitaux et les structures d'hébergement pour personnes âgées. ¹⁴⁰ Elle s'est également dotée d'une législation sur l'euthanasie des adultes et des enfants. ¹⁴¹

Une étude belge a révélé que le recours aux soins palliatifs à domicile a un impact positif sur la qualité des soins tout en réduisant le coût total des soins pendant les 14 derniers jours de vie. L'étude a souligné la nécessité pour les autorités publiques et les professionnels de la santé de renforcer la communication sur les possibilités existantes en matière de soins palliatifs à domicile pour les patients et leurs prestataires de soins. ¹⁴²

Dans le passé, l'identification des patients palliatifs était souvent trop tardive – souvent seulement une semaine avant le décès ; de nouveaux critères ont donc été adoptés et ne se basent plus sur l'espérance de vie mais sur la fragilité du patient. Avant, la condition légalement définie pour être éligible aux soins palliatifs était une espérance de vie de maximum trois mois. Les nouveaux critères se basent sur la première échelle PICT (*Palliative Care Indicator Tool*, Outil indicateur de soins palliatifs), dans lequel la première

question posée est « Seriez-vous surpris(e) si votre patient décédait dans les 6 à 12 prochains mois ? ». ¹⁴³ Grâce à cette nouvelle définition, il est possible d'identifier les patients plus tôt.

Le but de ce rapport n'est pas de passer en revue de façon détaillée l'utilisation actuelle des services de soins palliatifs mais de sélectionner quelques indicateurs pouvant servir de signaux pour la pratique clinique et les autorités publiques. Une limitation majeure est que nous disposons uniquement de données nationales sur la fin de vie pour les patients en phase terminale de cancer ; il n'est pas certain que ces résultats puissent être généralisés à toutes les situations de fin de vie. Il faut noter qu'un projet en Flandre a développé 31 indicateurs de qualité pour les soins palliatifs. Néanmoins, étant donné que l'utilisation de cet ensemble d'indicateurs se limite à 29 % des services de soins palliatifs en Flandre (37 équipes), les données provenant de cette source n'ont pas été reprises dans ce rapport. ¹⁴⁴

Accès et timing des soins palliatifs

Les deux premiers indicateurs de ce chapitre présentent des données sur la proportion des patients atteints de cancer qui ont bénéficié de soins palliatifs. 53 % de ces patients terminaux ont reçu des soins palliatifs chez eux ou à l'hôpital^x en 2015. Ce pourcentage a légèrement augmenté avec le temps et est plus élevé en Flandre. Toutefois, ce chiffre sous-estime probablement la réalité, car les patients peuvent avoir bénéficié à l'hôpital de soins palliatifs qui n'ont pas fait l'objet d'une facturation spécifique.

Cependant, 18,4 % des patients atteints de cancer en phase terminale sont décédés dans la semaine suivant l'introduction des soins palliatifs. Ce pourcentage a légèrement diminué depuis 2012 (19,6 %), ce qui constitue une évolution positive. Même s'il ne concerne qu'une minorité de patients, il n'en reste pas moins un signe d'alarme pour avertir les patients et les prestataires de soins de l'importance d'instaurer les soins palliatifs au

^x Cet indicateur porte sur les soins palliatifs tels qu'identifiés dans les données de facturation, donc sur les patients ayant bénéficié d'un forfait pour des soins palliatifs sur leur lieu de résidence habituel, les patients ayant reçu la visite

du MG ou d'un infirmier dans un cadre palliatif, les patients hospitalisés en unité palliative et les patients hospitalisés ayant reçu la visite d'une équipe palliative multidisciplinaire.



moment opportun. Grâce aux nouveaux critères de définition du patient palliatif, adoptés par Arrêté royal en 2018, il est probable que cette situation s'améliorera.

Agressivité des soins en fin de vie

En plus du timing adéquat des soins palliatifs, l'agressivité des soins (p. ex. traitements inappropriés durant la dernière phase de la vie) est une autre donnée importante pour les soignants et les autorités publiques.¹⁴⁵ Environ 8,9 % des patients atteints de cancer en phase terminale ont encore reçu une chimiothérapie au cours des 14 derniers jours de leur vie, et ce taux est plus élevé encore en Wallonie. Les données ne distinguent toutefois pas chimiothérapies curatives et palliatives et ne donnent aucune indication sur l'éventuel caractère imprévu des décès, ce qui entrave l'interprétation des résultats. Ce pourcentage a légèrement diminué depuis 2012.

Soins centrés sur le patient

En dépit de l'organisation actuelle des services palliatifs, qui assure un soutien au patient et à ses proches pour le maintien à domicile, 63 % des patients atteints de cancer décèdent à l'hôpital, contre 23,1 % à la maison et 6,8 % dans une structure de soins résidentiels (= 29,9 % de décès au lieu de résidence habituel). La proportion de patients décédés à l'hôpital est plus élevée à Bruxelles. Pendant la période 2008-2015, le nombre de patients décédés à l'hôpital a légèrement diminué et le nombre de patients décédés en structure de soins résidentiels a légèrement augmenté.

De manière générale, les patients devraient pouvoir décéder autant que possible à l'endroit de leur choix. Cependant, on ignore la proportion des patients préférant décéder à domicile, en structure de soins résidentiels ou ailleurs. L'indicateur utilisé doit donc être considéré comme une approximation et être interprété avec prudence. Les professionnels de la santé sont incités à noter le « lieu de préférence du décès » dans le dossier de leurs patients. Cette donnée pourrait ainsi être utilisée pour monitorer le « pourcentage de décès survenus dans le lieu de préférence du patient », qui serait ainsi un indicateur plus précis de la place centrale accordée au patient.

Conclusion

Les 4 indicateurs consacrés aux soins de fin de vie, principalement axés sur le timing, l'agressivité du traitement et le respect des volontés chez les patients atteints de cancer, ne donnent qu'une image partielle de la réalité belge actuelle.

Depuis le dernier rapport sur la performance des soins de santé, les données indiquent une évolution positive quoique peu marquée. Pour le prochain rapport, des efforts devraient être consentis pour inclure d'autres populations (p. ex. patients atteints de démence ou d'autres maladies chroniques) – ceci dans la lignée de l'Atlas Mondial des Soins Palliatifs, qui élargit la définition des soins palliatifs non seulement aux personnes atteintes de maladies engageant ou limitant le pronostic vital, mais également à de nombreux malades chroniques.¹⁴⁶



Tableau 20 – Indicateurs sur la fin de vie des patients en phase terminale de cancer

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
Accès aux soins palliatifs									
EOL-1	Patients ayant bénéficié de soins palliatifs ^a (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)	+	53,4	2015	59,8	46,1	43,7	Registre du Cancer + AIM	---
Soins palliatifs trop tardifs									
EOL-2	Patients décédés dans la semaine suivant l'initiation des soins palliatifs (% des patients cancéreux terminaux ayant reçu des soins palliatifs et décédés dans l'année)	+	18,4	2015	16,3	21,7	23,0	Registre du Cancer + AIM	---
Agressivité des soins en fin de vie									
EOL-3	Chimiothérapie moins de 14 jours avant le décès (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)	+	8,9	2015	7,5	10,9	9,7	Registre du Cancer + AIM	---
Soins centrés sur le patient									
EOL-4	Décès au lieu de résidence habituel (domicile ou MRS/MRPA) (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)	+	29,9	2015	31,0	30,1	20,7	Registre du Cancer + AIM	---

Good (●), average (●) or poor (●) results, globally stable (ST), improving (+), deteriorating (-) or trend not evaluated (empty).

Les résultats en gras indiquent les régions ayant un risque relatif plus élevé que 1,2 (ou plus bas que 0,83) en comparaison avec la région affichant les meilleurs résultats.

^a Cet indicateur porte sur les soins palliatifs tels qu'identifiés dans les données de facturation, donc sur les patients ayant reçu un forfait pour des soins palliatifs sur leur lieu de résidence habituel, les patients ayant reçu la visite du MG ou d'un infirmier dans un cadre palliatif, les patients hospitalisés en unité palliative et les patients hospitalisés ayant reçu la visite d'une équipe palliative multidisciplinaire.



12 MÈRE ET NOUVEAU-NÉ

Nouveau-nés

La **mortalité néonatale** a diminué au cours de ces dernières décennies et s'est stabilisée depuis 2009 à environ 2,5 décès néonataux par 1 000 naissances vivantes. En 2015, le taux était de 2,2 par 1 000 naissances vivantes pour la Belgique, ce qui est proche de la moyenne de l'UE-15 (2,3 par 1 000 naissances vivantes). La **mortalité périnatale** a pour sa part légèrement augmenté entre 2005 et 2009, mais est actuellement en diminution. Elle était supérieure à la moyenne de l'UE-13 depuis 2005 mais l'écart s'est réduit en 2015 (le taux de mortalité périnatale est de 6,0 par 1 000 naissances en Belgique alors que la moyenne de l'UE-13 est de 5,7). Cependant, les données belges sont difficiles à comparer aux données internationales, notamment en raison de différences dans la définition de la mortalité fœtale.

Il est établi que la valeur du **score d'Apgar à 5 minutes** présente une forte corrélation avec la mortalité néonatale et fournit une bonne valeur prédictive de la mortalité ultérieure.¹⁴⁷ En Belgique, en 2015, les proportions de nouveau-nés ayant un score d'Apgar faible (<7) ou très faible (<4) à 5 minutes étaient respectivement de 17,52 et 2,75 par 1 000 naissances vivantes. Ces chiffres n'ont pas beaucoup évolué au cours du temps (même si une réduction moyenne a été observée pendant la période 1998-2015) et sont similaires aux chiffres observés dans d'autres pays européens.¹⁴⁷

Les naissances très prématurées (survenant entre 22 et 31 semaines de gestation) sont rares mais représentent une part importante des décès néonataux. La mortalité est plus faible lorsque ces enfants naissent dans des maternités dotées d'une **unité de soins intensifs néonataux (NICU)**.^{147, 148} En 2015, à Bruxelles, 3,66 % des naissances très prématurées ont eu lieu en dehors de ce type de service, ce qui constitue une réduction par rapport à 2011 (8,60 %). Dans cette région, la plupart des sites hospitaliers ayant un service de maternité disposent également d'une unité NICU (7 sur 11), ce qui peut expliquer la faible proportion d'enfants très prématurés nés en dehors de ces unités. Les proportions sont plus élevées en Flandre et en Wallonie (respectivement 17,92 % et 19,14 %), mais sont également en diminution.

Interventions pendant le travail et l'accouchement

Au cours des dernières années, le recours croissant à des interventions médicales pendant le travail et l'accouchement est devenu source de préoccupation à l'échelon mondial.^{149, 150, 151} En Belgique, les taux d'induction de l'accouchement et d'épisiotomie sont encore élevés mais diminuent nettement avec le temps. Le **taux d'induction** est passé de 31,9 % en 1998 à 26,7 % en 2015, tandis que le **taux d'épisiotomie** (pour les accouchements par voie basse) est passé de 47,9 % en 2010 à 40,8 % en 2015.

Depuis 1985 et jusqu'en 2015, l'OMS et la communauté internationale de la santé estimaient que le taux de césarienne ne devrait pas dépasser 10-15%. Cette recommandation a été modifiée en 2015, l'OMS déclarant que « *la priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin* ». ³³ En Belgique, en 2016, le **taux de césarienne** parmi les naissances vivantes était de 21,6 %, un chiffre inférieur à la moyenne UE-13 de 25,9 %. Même si ce taux tend à augmenter au niveau de la Belgique, on observe une réduction à Bruxelles depuis 2013 et en Wallonie depuis 2014. Par ailleurs, l'OMS recommande l'utilisation de la classification de Robson pour évaluer, surveiller et comparer les taux de césarienne.^{33, 152} En Belgique, ces taux se situent dans les valeurs attendues par l'OMS pour la plupart des catégories de Robson.¹⁵³ Pour les femmes multipares ayant une grossesse unique (singleton) menée à terme, le taux de césarienne (pour la catégorie de femmes sans antécédent de césarienne) est faible (7,4 % en Flandre, 6,2 % en Wallonie, 7,4 % à Bruxelles pour la catégorie 4 de Robson en 2016) par rapport au taux attendu (<15 % selon l'OMS¹⁵³). D'autre part, le taux de césarienne parmi les femmes ayant déjà eu au moins une césarienne (catégorie 5 de Robson) est égal ou supérieur à la borne supérieure de l'intervalle attendu (66,50 % en Flandre, 63,9 % en Wallonie et 59,7 % à Bruxelles en 2016, alors que le taux attendu est de 50 à 60 %¹⁵³). Les césariennes répétées – qui constituent la catégorie 5 de Robson – représentent également la majeure partie du total des césariennes.

Toutefois, après avoir longtemps tenu pour incontournable l'adage « césarienne un jour, césarienne toujours », les recommandations cliniques considèrent aujourd'hui qu'un accouchement par voie basse peut être une



approche raisonnable même après une césarienne (*vaginal birth following a previous C-section* - VBAC), à certaines conditions. Il est notamment recommandé d'éviter toute forme d'induction du travail, en particulier par prostaglandines, afin de réduire le risque de rupture utérine.¹⁵⁴ En Belgique, la proportion de VBAC a diminué entre 2010 et 2014 (de 34,30 % à 30,54 %), suivant en cela la tendance internationale de réduction des VBAC depuis la fin des années nonante, suite à une augmentation du nombre de ruptures utérines et autres complications obstétricales.^{155, 156} Néanmoins, on observe depuis quelques années que ce taux ré-augmente en Belgique (31,88 % en 2015). L'augmentation a débuté en 2012 à Bruxelles, en 2013 en Flandre et en 2014 en Wallonie. Cette tendance à la hausse devra encore être confirmée par les données futures.

Encadré 13 – Données de droit et données de fait

En Belgique, la comparaison de la performance du système de santé entre les différentes régions peut se faire selon deux approches : une comparaison entre les résidents des différentes régions ou une comparaison entre les soins prodigués dans les différentes régions. Les *données de fait* permettent d'analyser ce qui se passe dans une région donnée (par exemple, à Bruxelles) alors que les *données de droit* permettent d'analyser ce qui se passe pour les résidents de la région (par exemple, les personnes vivant à Bruxelles). Il est intéressant de distinguer ces données lorsque l'on analyse les soins à la mère et au nouveau-né car un quart des femmes accouchant à Bruxelles ne résident pas dans cette région. En 2016, 17,5 % des accouchements ayant eu lieu à Bruxelles concernaient des femmes résidant en Flandre et 6,9 % des femmes résidant en Wallonie.¹⁵⁷ Il faut donc accorder une attention au type de données utilisées lorsque l'on interprète une comparaison régionale. Par exemple, la proportion de VBAC est plus élevée pour les femmes résidant en région bruxelloise (données de droit) que pour les femmes accouchant dans cette même région (données de fait). Le taux d'épisiotomie est plus faible pour les femmes résidant en région bruxelloise que pour les femmes accouchant dans cette même région.

Variabilité géographique des interventions pendant le travail et l'accouchement

L'existence de variations géographiques en ce qui concerne les interventions pendant le travail et l'accouchement peut indiquer une non-adéquation des soins. La césarienne est fréquemment utilisée en guise d'exemple^{21, 32, 158, 159} mais d'autres interventions sont également concernées. Ainsi, les taux de césarienne varient entre 12 % et 30 % selon les arrondissements, et entre 16 % et 35 % selon les hôpitaux (données 2016). La proportion de VBAC varie de 12 % à 61 % entre les hôpitaux (données 2015). Les taux d'induction du travail varient également largement entre les hôpitaux (10 % à 49 % - données 2015), de même que les taux d'épisiotomie (8 % à 84 % - données 2015). Ces disparités doivent néanmoins être interprétées avec prudence car elles peuvent partiellement s'expliquer par les différences de case-mix entre les hôpitaux, ou par d'autres facteurs confondants qui ne sont pas contrôlés dans le cadre de cette analyse.

Réduction de la durée de l'hospitalisation

La **durée moyenne de l'hospitalisation pour un accouchement normal** est un indicateur de l'utilisation efficiente des services de soins. C'est un meilleur indicateur pour comparer les pays que la durée totale moyenne de l'hospitalisation classique, qui ne tient pas compte des différences de case-mix entre les patients. En Belgique, la durée moyenne de séjour après accouchement spontané d'un singleton a diminué de 4,96 jours en 2010 à 3,83 jours en 2013, puis est brutalement tombée à 3,11 jours en 2016. Les décisions budgétaires ainsi que le lancement de sept projets pilotes liés à une réduction de la durée du séjour après accouchement¹⁶⁰ contribuent à cette tendance à la baisse. À l'heure actuelle, la durée moyenne de séjour en Belgique est proche de la moyenne UE-13 (2,8 jours en 2016).

En raison de cette réduction de la durée de l'hospitalisation après accouchement, les tests sanguins nécessaires au dépistage néonatal des maladies métaboliques doivent plus souvent se faire en dehors du service de maternité. Dans ce contexte, il fallait s'inquiéter d'une éventuelle augmentation de la proportion d'examen sanguins trop tardifs. En effet, ces tests doivent se faire entre 3 et 5 jours de vie.^{161, 162} S'ils sont effectués après l'âge de 5 jours, les valeurs seuils à prendre en compte pour l'analyse ne



sont plus valables.¹⁶³ Il apparaît qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, la **proportion des tests de dépistage des maladies métaboliques réalisés tardivement** a en effet augmenté entre 2013 et 2014, mais qu'elle a ensuite diminué nettement en 2015 et 2016. En 2013, 2,59 % des tests étaient trop tardifs alors qu'en 2016, cette proportion n'était plus que de 1,80 %. La **proportion des tests réalisés trop tôt** (avant le 3^e jour de vie) a suivi la même tendance : une augmentation entre 2013 et 2014 (de 0,13 % à 1,73 %) suivie d'une réduction. Cependant, en 2016, la proportion de tests trop précoces (0,57 %) n'était pas encore revenue au niveau de 2013. Par ailleurs, D'autre part, la **proportion des tests arrivés au laboratoire plus de 4 jours après le prélèvement** a continuellement augmenté entre 2013 et 2016 (de 11,05 % à 16,70 %).

Examens cliniques prénatals et tests de dépistage

Pour les grossesses à faible risque, sept visites prénatales sont recommandées chez les femmes multipares, dix chez les femmes primipares, et ce, indépendamment du professionnel de santé rencontré (gynécologue, sage-femme ou généraliste).¹⁶⁴ Toutefois, dans une perspective d'efficience des soins, toute augmentation de la consommation de soins fournis par une catégorie professionnelle doit être compensée par une diminution de la consommation de soins fournis par une autre catégorie. Or ce n'est pas le cas : on observe une augmentation du **nombre médian de consultations prénatales** (tous types de praticiens) de 14 en 2010 à 15 en 2016, mais cette augmentation porte tant sur le nombre (médian) de consultations chez un gynécologue (de 10 à 11 entre 2010 et 2016) que sur le nombre (médian) de consultations chez une sage-femme (de 0 à 1 sur la même période). Le nombre (médian) de consultations chez un médecin généraliste est resté stable au cours de la même période (2 consultations). De plus, en 2016, 85,08 % des femmes présentant une grossesse à faible

risque ont bénéficié de plus de 10 consultations prénatales (66,78 % si l'on exclut les visites chez un généraliste). À l'autre extrême de la courbe, 3,67 % des femmes présentant une grossesse à faible risque ont eu moins de 7 visites prénatales (6,29 % si l'on exclut les visites chez un généraliste – chiffres 2016). Des analyses plus détaillées seront fournies dans le rapport de Benahmed et al. (à paraître en 2019).¹⁶⁵

Dans son rapport sur les tests de dépistage à réaliser pendant la grossesse, le KCE¹⁶⁴ ne recommande pas le dépistage systématique de l'hépatite C chez chaque femme enceinte, ni la répétition systématique du dépistage de la toxoplasmose ou du cytomégalovirus, même si la réalisation d'un seul test sérologique avant ou au début de la grossesse peut être utile pour les deux derniers. En 2016, 70,83 % des femmes enceintes avaient subi **au moins un test pour l'hépatite C** pendant leur grossesse, 74,16 % avaient eu **au moins deux tests pour la toxoplasmose** et 48,62 % avaient eu **au moins deux tests pour le cytomégalovirus**. Les proportions ne sont pas très différentes lorsqu'on n'examine que les grossesses à faible risque. Ces chiffres ont augmenté depuis 2010 (ils étaient de respectivement 62,78 %, 69,29 % et 45,00 %). De plus, le nombre médian de tests de toxoplasmose réalisés pendant la grossesse ne diminue pas : de 3 [P25-P75 : 1-4] tests en 2000 à 3 [P25-P75 : 1-5] tests en 2016. En juin 2017, la nomenclature INAMI a été actualisée dans ce sens : le test de la toxoplasmose ne peut plus être facturé plus de deux fois pendant la grossesse et le test du cytomégalovirus ne peut être facturé pendant la grossesse qu'en cas de suspicion d'infection aiguë. Les données actuellement disponibles (jusqu'à 2016) ne nous permettent cependant pas d'analyser l'impact de ces dernières modifications.



Tableau 21 – Indicateurs pour la mère et le nouveau-né

(ID) Indicateur	Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE (moyenne)	
Efficacité									
MN-1 NEW	Taux de mortalité néonatale (par 1 000 naissances vivantes)		2,16	2015	2,58	1,81	1,37	Statbel, OCDE	2,3*
MN-2 NEW	Nombre de nouveau-nés ayant un score d'Apgar faible (< 7) à 5 minutes (par 1 000 naissances vivantes)		17,52	2015	18,70	15,06	18,40	Statbel	NA
Adéquation									
MN-3	Taux de césarienne (par 1 000 naissances vivantes)		216	2016	216	223	206	RHM, OCDE	259**
MN-4 NEW	Taux d'induction (par 1 000 naissances vivantes et mort-nés)		267	2015	238	308	284	Statbel	NA
MN-5 NEW	Taux d'épisiotomie (par 1 000 naissances vivantes par voie basse)		408	2015	466	359	301	Statbel	NA
MN-6 NEW	Proportion d'accouchements par voie basse après césarienne (VBAC) (% de toutes les femmes ayant déjà accouché par césarienne)		31,88	2015	30,14	31,24	38,68	Statbel, Euro-Peristat	26,1 %***
MN-7 NEW	Naissances très prématurées dans un hôpital sans unité NIC (% de toutes les naissances entre 22 et 31 semaines de gestation)		NA	2015	17,92	19,14	3,66	SPE, CEpiP	NA
MN-8 NEW	Tests répétés de dépistage de la toxoplasmose pendant la grossesse (% des femmes dépistées au moins deux fois)		74,19	2016	73,73	77,70	68,55	AIM	NA
Efficience									
MN-9	Durée moyenne du séjour pour un accouchement normal (jours)		3,11	2016	3,20	3,11	2,85	RHM, OCDE	2,8**
MN-10 NEW	Nombre médian de consultations prénatales pour une grossesse à faible risque		15	2016	16	15	14	AIM	NA

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.

* Source des données : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018. UE-15 : Danemark, Grèce, Royaume-Uni, Irlande, France, Pays-Bas, Autriche, Allemagne, Belgique, Portugal, Luxembourg, Italie, Espagne, Suède, Finlande.

** Source des données : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018. UE-13 : Italie, Portugal, Irlande, Luxembourg, Allemagne, Autriche, Royaume-Uni, Espagne, Belgique, France, Danemark, Suède, Finlande.

*** Source des données : Euro-Peristat. UE-26 : Belgique, République tchèque, Danemark, Allemagne, Estonie, France, Croatie, Italie, Chypre, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie, Finlande, Suède, Angleterre, Pays de Galles, Ecosse, Irlande du nord, Islande, Norvège, Suisse.



13 FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE

La présente étude a relevé de nombreuses évolutions positives, mais aussi certains problèmes à prendre en considération.

Soins curatifs : qualité moyenne, mais en progrès

La plupart des aspects de la qualité des soins curatifs se situe dans la moyenne UE-15 dans la plupart des domaines, avec quelques points plus positifs tels qu'une faible mortalité évitable grâce au système de soins ou la survie au cancer colorectal, mais aussi quelques faiblesses, tel qu'au niveau des indicateurs d'adéquation des soins (p. ex. prescription d'antibiotiques, recours à l'imagerie) et de la sécurité (p. ex. infections nosocomiales). On observe toutefois une évolution favorable de la coordination des soins aux patients atteints de cancer, de la proportion des diabétiques sous insuline suivant un programme de soins, des hospitalisations évitables chez les diabétiques, de la mortalité par IAM et des infections à MRSA dans les hôpitaux.

Satisfaction élevée du patient

Du point de vue des patients, le bilan était plutôt positif : la population belge déclarait qu'elle était satisfaite de ses contacts avec le système de santé, tant au niveau des soins ambulatoires qu'au niveau hospitalier. Cependant, certains de ces résultats ne sont pas récents et l'examen de l'ensemble des indicateurs livre t un tableau plus nuancé.

Un système de santé accessible, mais des contacts reportés pour des raisons financières

L'accessibilité du système est assurée par l'existence d'une couverture universelle et de filets de sécurité sociaux (maximum à facturer, intervention majorée), et le niveau des contributions personnelles a diminué (16 % des dépenses de santé totales, ce qui est inférieur à la moyenne des autres pays européens). Néanmoins, certaines préoccupations subsistent : la proportion des citoyens déclarant reporter des soins de santé pour des raisons

financières est 2,2 %, ce qui est plus élevé que dans les autres pays européens.

L'efficacité du système de santé progresse mais reste perfectible

Le système de santé gagne en efficacité à bien des égards, comme le suggère le recours croissant aux médicaments bon marché et à l'hospitalisation chirurgicale de jour en lieu et place de l'hospitalisation chirurgicale classique (au moins une nuit), ainsi que la diminution de la durée du séjour pour un accouchement normal (qui est maintenant proche de la moyenne de l'UE-15). Des inefficiences subsistent toutefois dans plusieurs domaines, comme en témoignent les fortes variations géographiques inexplicables dans l'utilisation de certaines interventions ou certains coûts de soins de santé, l'utilisation excessive de certains examens ou équipements et le recours à des traitements inappropriés dans de nombreux secteurs.

Des dépenses de santé totales très proches de celles des pays de l'UE-15

Les dépenses de santé totales représentent 10,0% du PIB et sont financées principalement par le secteur public (79 %). Les dépenses de santé sont très proches (légèrement plus élevées) de la moyenne de l'UE-15. Les dépenses de santé par habitant ont continué d'augmenter en 2016.

Etat des lieux relatif aux ressources humaines

Les indicateurs sur la force de travail actuellement disponible en médecine générale et en soins infirmiers mettent en question la capacité de la Belgique à gérer les changements démographiques (p. ex. population vieillissante, prévalence accrue de polyopathologies chroniques). La proportion de (nouveaux) généralistes dans l'ensemble des spécialités médicales n'atteint pas les quotas fixés par la Commission de Planification (40 %) : la Flandre a augmenté les quotas (35 %), mais ils sont encore trop faibles en Communauté française (27 %), et l'âge moyen des médecins généralistes en activité augmente plus rapidement que celui des autres spécialistes. Bien que le nombre de nouveaux diplômés en soins infirmiers ait augmenté ces dernières années, le nombre d'infirmiers par patient en milieu hospitalier est plus faible en Belgique que dans d'autres pays.



D'importantes inégalités socio-économiques dans la santé

Par rapport aux individus du groupe social plus favorisé, les personnes appartenant aux groupes sociaux plus défavorisés (selon le niveau d'éducation, de revenu, ou l'éligibilité pour l'intervention majorée) se caractérisent par : des obstacles financiers plus importants au recours aux services de santé, un taux de participation plus faible au dépistage du cancer, une fréquence moins élevée de visites régulières chez le dentiste, une consommation plus élevée de médicaments (antibiotiques, antidépresseurs, polymédication), une probabilité plus élevée d'avoir moins de consultations prénatales que le nombre recommandé pendant une grossesse à faible risque et une meilleure continuité des soins, en particulier avec le MG.

Les soins préventifs mériteraient plus d'attention

Les soins préventifs ne parviennent pas toujours à atteindre les objectifs internationaux : la couverture pour certains vaccins pédiatriques reste inférieure au seuil d'immunisation recommandé, le taux de dépistage du cancer du sein n'est pas optimal et ne s'améliore pas et la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées est même en recul. En outre, une large part de la population n'a pas de contacts réguliers avec un dentiste (même si cet aspect s'améliore lentement).

(Soins de) santé mentale : des signaux inquiétants

Les résultats des indicateurs en matière de (soins de) santé mentale restent inquiétants. Les délais d'attente pour accéder aux centres de santé mentale sont importants (et le deviennent de plus en plus avec le temps) et soulèvent la question de leur accessibilité. Les taux d'hospitalisation en unité psychiatrique continuent à augmenter, tout comme la consommation d'antidépresseurs. Certaines améliorations peuvent être constatées : le taux de suicide, même s'il reste élevé, est en diminution, le nombre de patients recevant un traitement antidépresseur de courte durée est moins élevé. Les effets des réformes passées dans le secteur psychiatrique ne sont pas suffisamment visibles.

Accessibilité et qualité des soins en MRPA/MRS

La qualité des soins en MRPA/MRS affiche des résultats très variables : le portage du MRSA est en baisse, et alors que le nombre de patients sous polymédication reste relativement élevé par rapport aux autres pays, il diminue légèrement au cours du temps. Les données sur les incidents de chute et les escarres sont difficiles à interpréter car elles ne sont disponibles que pour des établissements flamands et des données fiables ne sont disponibles que depuis peu de temps. Il est recommandé de mesurer également ces indicateurs de qualité dans les autres régions.

Les principales préoccupations sont les prescriptions excessives d'anticholinergiques et d'antipsychotiques dans les structures résidentielles pour personnes âgées, des médicaments qui ne sont pas sans conséquences pour la sécurité des patients.

Accessibilité et qualité des soins en fin de vie

Les quatre indicateurs sur les soins en fin de vie ne fournissent qu'un reflet partiel de la pratique actuelle en Belgique, ciblé sur le timing adéquat des soins, l'agressivité du traitement et la place centrale du patient chez des patients atteints de cancer. Depuis le dernier rapport sur la performance, les données indiquent une évolution positive mais faible. Pour l'élaboration du prochain rapport, des efforts devraient être faits pour inclure d'autres groupes de patients (notamment les patients souffrant de démence ou d'autres maladies chroniques).



Soins à la mère et au nouveau-né

L'efficacité des soins apportés à la mère et au nouveau-né est bonne en Belgique : le taux de mortalité néonatale et la proportion de nouveau-nés ayant un faible score d'Apgar inférieur à 7 sont bas. Le système est aussi de plus en plus efficient, avec une durée de séjour moyenne pour un accouchement normal maintenant proche de la moyenne européenne. En ce qui concerne l'adéquation, la plupart des grands prématurés voient maintenant le jour dans des hôpitaux disposant d'une unité NIC sur le site. Cependant, les taux d'interventions pendant le travail et l'accouchement sont toujours élevés, bien que des améliorations soient notées. De plus, la variabilité de pratique entre les hôpitaux belges est grande. Une certaine surconsommation de soins semble aussi apparaître lors de la grossesse, autant pour les consultations auprès des divers professionnels de santé que pour les tests de dépistage tel que celui de la toxoplasmose.

Des disparités régionales sont documentées

Bien des indicateurs repris dans ce rapport dévoilent des différences mineures à extrêmement importantes entre régions, qui méritent d'être explorées davantage.

PARTIE 4 – DISCUSSION

14 HSPA BELGE ET PRISE DE DÉCISION POLITIQUE

14.1 L'HSPA belge dans le processus de prise de décision

Un projet de HSPA revêt une importance capitale dans le processus de prise de décision politique. Ce processus consiste traditionnellement à définir un agenda (reconnaître les problèmes et définir des priorités), formuler une stratégie (proposer des solutions), prendre une décision (choisir une solution), implémenter la solution choisie (mettre cette décision en pratique) et enfin l'évaluer (suivre les résultats).¹⁶⁶

Un important soutien à la gouvernance

La naissance du projet d'HSPA belge, dont les rapports HSPA constituent des jalons réguliers essentiels, témoigne d'une volonté politique.

Les prérequis suivants sont nécessaires à l'intégration de l'HSPA dans le processus de décision politique :

1. *Un engagement fort des autorités*
Le 18 mars 2008, dans la foulée des recommandations de la charte de Tallinn, un engagement a été formulé dans l'accord de gouvernement belge en matière de santé publique : « Les performances de notre système de santé, y compris en ce qui concerne la qualité, seront évaluées sur la base d'objectifs mesurables ». Cet engagement – renouvelé par les gouvernements ultérieurs et soutenu par les fonctionnaires dirigeants de toutes les instances administratives concernées – a été très important pour inscrire l'HSPA à l'agenda du monde politique.
2. *Une implication de toutes les administrations de santé*
Les autorités de santé belge ont demandé à leurs administrations de contribuer au rapport HSPA et de lui apporter un feedback. Un groupe de travail inter-administrations a été institué pour suivre le projet. Les



10 administrations de santé (fédérales et régionales) ont été impliquées dans le processus.

3. *Une instance scientifique indépendante*

Un groupe scientifique indépendant composé de chercheurs du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), de Sciensano (à l'époque, Institut de santé publique - ISP), de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et, pour ce dernier rapport, du SPF Santé publique, a été chargé de réaliser l'évaluation.

4. *Une attention spécifique aux besoins, et aux obstacles ou résistances éventuels*

À l'époque de la première étude d'évaluation (2009),² une enquête a été soumise aux *stakeholders* afin d'identifier leurs attentes. Ils ont mentionné un besoin d'évaluation, de responsabilité (*accountability*), de comparaisons internationales et d'améliorations, ainsi que plusieurs risques et obstacles – absence de culture de l'évaluation, résistance et complexité. Ils craignaient en particulier que le premier rapport HSPA ne soit suivi d'aucun autre et que cet exercice ne débouche sur aucune décision concrète.

5. *Un lien entre instances scientifiques et décideurs*

Le groupe de travail inter-administrations agit comme un groupe de travail stratégique de la conférence interministérielle (CIM), à laquelle il fait rapport. Son rôle est de combler le fossé entre questions scientifiques et politiques pour améliorer le système de santé, en contribuant si nécessaire à transposer l'évaluation en questions politiques. Il a joué un rôle crucial pour assurer la continuité et encourager des actions concrètes.

Suivi du rapport HSPA 2015

Après la publication du rapport HSPA 2015⁴, plusieurs initiatives ont été prises par différentes parties prenantes (*stakeholders*), notamment :

Livre blanc sur l'accès des soins⁵⁵ : recommandations et actions concrètes pour améliorer l'accès aux soins pour les groupes vulnérables, publié par l'INAMI et Médecins du Monde. Plusieurs recommandations ont

été appliquées, des rapports complémentaires ont été publiés (« Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? »⁵⁷, « Soins de santé dans les prisons belges »⁶¹), un troisième rapport est attendu au cours des prochains mois (« Organisation des services de santé pour les demandeurs d'asile »).⁵⁹

Rapport sur l'état de santé (HSR, *Health Status Report*) : ce rapport publié par Sciensano à la demande de la Ministre de la santé fournit un aperçu de l'état de santé de la population (espérance de vie et qualité de vie, mortalité et causes de décès, maladies, déterminants de la santé et inégalités de santé).

Objectifs du système de santé¹⁶⁷ : autre émanation de l'HSPA, ce rapport explore les étapes de la formulation d'objectifs pour le système de santé. Il a été publié par le KCE à la demande de la Ministre de la santé et a conduit à la création d'un groupe de travail au sein de la Conférence interministérielle.

Plan d'action d'*Evidence-based practice* (plan EBP) : ce plan vise à rendre les recommandations de bonne pratique plus accessibles à toutes les professions de santé. Un organisme central sera chargé de la coordination du plan sur le terrain, p. ex. choix des recommandations à développer, élaboration des stratégies d'implémentation et développement d'outils pour aider les praticiens au quotidien. Une première réalisation de ce plan est la mise sur pied d'un consortium pour la mise en œuvre de recommandations cliniques sur les lombalgies³⁰, via un outil interactif disponible en ligne.^y

Feedbacks individualisés aux généralistes : les médecins généralistes reçoivent un feedback de l'INAMI reprenant environ 50 indicateurs pour mesurer la qualité de leur prescription de médicaments, du dépistage, du suivi des patients atteints de maladies chroniques, du recours à l'imagerie médicale et aux tests de laboratoire, etc. Ces indicateurs sont liés à ceux du rapport HSPA.

^y <http://lowbackpain.kce.be/>



Variations de pratique médicale : des variations de pratique ont été observées pour de nombreux indicateurs dans les rapports HSPA ; l'INAMI a créé une cellule « soins efficaces » qui analyse ces variations de pratique en vue d'en discuter avec les praticiens et d'élaborer avec eux des mesures concrètes pour les réduire.

Encadré 14 – Suivi du rapport HSPA 2012

La réaction des décideurs au rapport HSPA 2012 : leçons à retenir et conseils d'amélioration aux décideurs politiques

Le rapport 2012,³ – premier « diagnostic » d'HSPA complet – a aussi été l'occasion de nous engager dans un processus d'amélioration. Concrètement, les ministres de la santé ont réclamé une attention toute particulière pour les signaux d'alarme révélés par le rapport, et ont exigé qu'un suivi soit mis en place.

Les aspects à améliorer en priorité ont été identifiés par le groupe de travail inter-administrations ; ils touchent à la promotion de la santé (obésité, tabac, alcool), à la stratégie de dépistage (sein, côlon), à la santé mentale (suicides, antidépresseurs), aux soins chroniques (qualité du suivi), à la sécurité (exposition aux radiations médicales, antibiotiques), aux stratégies pour augmenter le caractère attractif de la profession de MG (nouveau statut pour les jeunes diplômés) et à l'accessibilité (report de soins pour raisons financières).¹⁶⁸ Ces thématiques ont été transmises à des groupes de travail (GT) de la conférence interministérielle (CIM), qui ont été invités à analyser les résultats, à définir/améliorer la stratégie des responsables de santé présents en leur sein et à fixer des objectifs spécifiques.¹²⁷ La plupart des GT de la CIM se sont engagés dans un parcours d'amélioration en 2013-2014 : les problèmes identifiés ont été reconnus et assumés et certains groupes ont revu leur programme pour l'année suivante, proposé de surveiller de nouveaux indicateurs et inclus des objectifs spécifiques pour certains d'entre eux (p. ex. valeurs cibles pour les antibiotiques fixées par la BAPCOC dans son plan stratégique de 2014-2019). Les délais dans la disponibilité des données étant ce qu'ils sont, aucun groupe n'a toutefois pu présenter des résultats positifs à aussi brève échéance.

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette expérience, et deux problèmes découlant de la difficulté à transposer la HSPA en mesures politiques ont été identifiés.

Premièrement, la plupart des GT de la CIM ont déploré que certains indicateurs ne reflétaient pas leur action positive dans le domaine concerné parce qu'ils étaient trop globaux ou qu'ils ne mesuraient pas directement certaines actions spécifiques. Les rapports HSPA doivent toutefois rester une évaluation globale (vue d'ensemble) plutôt qu'un outil de surveillance des effets de programmes spécifiques. Dans cette optique, il est parfois difficile d'utiliser le même indicateur pour l'évaluation et pour le suivi. Les indicateurs de performance doivent en effet contribuer à identifier les problèmes, mais ils ne sont pas toujours les mieux adaptés pour surveiller une situation ou des objectifs précis.

Deuxièmement, certaines données étaient vieilles de plusieurs années, tant pour le diagnostic que pour la surveillance. Il s'agit d'un problème inhérent à l'utilisation de données administratives ou de registres. Pour les comparaisons internationales, nous avons parfois été dans l'obligation d'utiliser des données datant de nombreuses années. Si nous ne disposons pas de chiffres récents, réaliser des rapports à brefs intervalles n'a évidemment guère de sens : nous devons faire plus d'efforts pour avoir un accès aux données dans des délais plus raisonnables.

Nous avons retenu de notre expérience avec les décideurs politiques les leçons suivantes :¹⁶⁸

- Facile à comprendre

La visualisation et la présentation des comparaisons doit être attrayante, compréhensible, standardisée et adaptée aux différents lectorats. Des signaux d'alarme doivent permettre de fixer plus facilement des priorités dans les mesures à prendre et/ou les études à réaliser. C'est l'objectif des tableaux synoptiques et codes-couleurs utilisés dans ce rapport.

- Un message universel, un rapportage sur mesure

L'HSPA et les indicateurs de qualité s'adressent en première instance aux décideurs et se veulent un outil pour définir les priorités et générer des engagements à résoudre certains problèmes. Certaines dimensions



peuvent toutefois être destinées à des acteurs bien spécifiques ; ainsi, si l'accessibilité financière est un problème essentiellement politique, l'efficacité ou la pertinence des soins concernent aussi ceux qui les dispensent.

La collecte extensive de données relatives à la consommation des soins et à l'activité des professionnels de la santé est un exemple d'outil de monitoring qui s'adresse directement aux soignants, à qui elle permet de recevoir un feedback individuel (avec *benchmarking*) concernant leur activité personnelle. Ces informations peuvent ensuite être abordées dans le cadre de structures d'évaluation par les pairs afin d'encourager l'amélioration.

- Des recommandations concrètes

Pour accroître l'utilité de ce rapport, il est nécessaire de formuler des recommandations concrètes et pratiques. Les GT de la CIM jouent un rôle important dans la formulation de ces recommandations concrètes au monde politique et la définition des priorités, y compris pour la collecte des données.

- Des objectifs de santé explicites

Formuler des objectifs de santé est essentiel pour pouvoir les comparer aux mesures effectivement prises dans les prochains rapports HSPA. Ce point est abordé dans la section suivante.

14.2 Objectifs du système de santé

Dans le cadre de l'actuelle stratégie « Santé 2020 », le comité régional de l'OMS pour l'Europe déclare explicitement qu'il est impératif pour tous ses états membres d'établir un processus pour la formulation des objectifs de santé. D'une manière générale, ces objectifs sont présentés comme un outil multifonctionnel pouvant être utilisé pour orienter les politiques de santé, établir des priorités, créer un engagement politique et administratif, surveiller la performance du système de santé et augmenter l'obligation de rendre compte envers le public.

À l'échelon international, un nombre croissant de pays fixent des objectifs de santé. C'est également le cas pour la Flandre, l'une des régions de Belgique, qui a défini des objectifs à long terme. Le niveau fédéral semble néanmoins à la traîne. En 2017, le KCE a donc conduit une étude pour explorer la manière dont la Belgique pourrait revenir au niveau des autres pays et de certaines de ses régions. L'étude a révélé qu'en fait, plusieurs acteurs au niveau fédéral ont déjà formulé des objectifs quantifiés pour une variété de domaines de santé et de soins de santé, notamment des objectifs sur les antibiotiques, l'imagerie médicale et la prescription de médicaments, pour ne citer que quelques exemples. Cependant, ces initiatives sont dispersées et ne sont pas très visibles. Il leur manque un chef d'orchestre, une partition et une scène. Le KCE a donc recommandé la création d'une plateforme pour coordonner et soutenir la formulation d'objectifs et pour communiquer ces objectifs d'une manière cohérente. Cette plateforme devrait réunir des représentants politiques, administratifs, scientifiques et opérationnels, à tous les niveaux et domaines pertinents. Pour plus de détails, nous vous invitons à consulter le rapport 292 du KCE.¹⁶⁷



15 CONCLUSION

Ce rapport présente la quatrième évaluation de la performance du système de santé belge, sur la base de l'étude de faisabilité antérieure et des deux rapports HSPA précédents (2012 et 2015). À travers 121 indicateurs, il offre une vision très large de la performance du système de santé. Les indicateurs montrent les forces et les faiblesses du système (voir le chapitre 1 pour un résumé) et allument certains signaux d'alerte sur son accessibilité, sa qualité, son efficacité, sa soutenabilité et son équité. Dans certains cas, les problèmes sont déjà connus des décideurs et des analyses supplémentaires ont déjà été demandées pour les guider dans leur prise de décision. Dans d'autres cas, les constats sont inédits et nécessiteront une analyse approfondie. En tout état de cause, la présentation complète et structurée des indicateurs est un « tableau de bord » prévu pour aider les décideurs à prioriser les actions et/ou les études supplémentaires à réaliser.

L'objectif ultime du système de santé est d'améliorer la santé des citoyens vivant en Belgique. Nous espérons que ce rapport sera un outil précieux pour atteindre cet objectif.

Encadré 15 – Faire preuve de prudence lorsqu'on tire des conclusions

- Les effets liés aux modifications de stratégie sont très difficiles à surveiller au moyen de chiffres, en particulier dans un rapport tel que le rapport HSPA, dont le but n'est pas de fournir une analyse détaillée d'un problème spécifique. L'HSPA ne doit pas être vu comme un outil d'évaluation des politiques ; son but est de fournir une vision large (vue d'hélicoptère) du système de santé. Les résultats d'une politique dépendent en effet rarement d'un seul facteur, mais ont souvent plusieurs causes, dont certaines sont extérieures au système de santé. Leur évaluation dépend aussi de la qualité des données collectées (disponibilité, biais, caractère incomplet...).
- Il en va de même pour les indicateurs de (soins de) santé : la plupart sont intrinsèquement complexes. Ils ne résultent jamais d'une action isolée mais reflètent l'interaction d'un ensemble de variables et de paramètres. Les chiffres présentés peuvent être liés à certaines mesures politiques ou administratives prises dans le passé mais

étant donné l'inertie qui caractérise l'application de telles mesures sur le terrain, il est nécessaire d'attendre un certain temps avant d'observer des effets mesurables. La prudence donc est de rigueur lorsqu'on analyse les résultats.

- La fréquence de la collecte des données et la qualité de ces données déterminent également ce que nous pouvons apprendre de ces indicateurs.
- Alors que nous disposons de nombreuses données sur les hôpitaux, les données pour le secteur ambulatoire sont plutôt limitées. Or, si nous souhaitons dresser un bilan complet du système de santé et des besoins, il faut combiner ces deux types de données. Il est donc nécessaire de développer une connaissance plus fine du secteur ambulatoire (p.ex. données sur les diagnostics, sur les suppléments d'honoraires, etc.) afin d'avoir un meilleur aperçu du système et des modifications qui y sont apportées (p. ex. réformes de désinstitutionalisation des soins de santé mentale). Il est donc nécessaire que davantage de données soient collectées et/ou rendues disponibles à des fins d'analyse, et que les couplages entre elles soient facilités, par exemple pour permettre le suivi du patient d'un secteur à l'autre. Ceci requiert toutefois une réflexion approfondie sur le respect de la vie privée.
- La formulation d'objectifs est une tâche difficile car, pour de nombreux indicateurs, la science et même l'éthique ne permettent pas de définir des cibles précises à atteindre selon une perspective de santé publique. La formulation d'objectifs SMART (spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et temporellement définis) nécessite une collaboration entre les différents acteurs politiques, administratifs, scientifiques et opérationnels. Cette collaboration doit se faire aux différents niveaux politiques (fédéral/régional) et être soutenue par l'ensemble des compétences politiques concernées.

Les signaux d'alarme suivants ont été identifiés dans ce rapport de performance 2019 (voir Encadré 16).



Encadré 16 – Signaux d'alarme du rapport de performance 2019

La **qualité des soins** reste améliorabile pour plusieurs indicateurs, et plus spécifiquement en ce qui concerne l'adéquation, la sécurité et la continuité des soins :

- Le choix de prescrire des antibiotiques en première intention n'est pas conforme aux recommandations ; seule une légère amélioration est observée.
- La proportion de patients diabétiques dont le suivi est conforme aux recommandations est trop faible (contacts insuffisants avec l'ophtalmologue). Ceci pourrait également trahir un problème d'accessibilité de certaines spécialités. Les résultats sont particulièrement mauvais chez les patients non insulino-dépendants, chez qui la coordination des soins peut également être qualifiée de médiocre.
- Le recours inadéquat à l'imagerie médicale en cas de lombalgie est toujours important. Une légère amélioration a été observée, principalement due à la diminution des radiographies ; cependant, depuis 2010, aucune amélioration n'a été observée en ce qui concerne l'usage du CT scan de la colonne, et le nombre d'exams d'IRM continue à augmenter.
- La prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux est trop élevée par rapport aux valeurs attendues pour leur case-mix de patients. Aucune amélioration n'a été constatée entre 2011 et 2017.

En ce qui concerne l'**accessibilité financière**, même si les contributions personnelles par habitant ont légèrement diminué depuis 2014, les besoins auto-déclarés de soins non satisfaits pour des raisons financières sont plus élevés en Belgique que dans les autres pays de l'UE-15, en particulier au niveau du quintile de revenus le plus faible (et la situation s'aggrave pour cette partie de la population).

Pour ce qui est la **disponibilité des ressources humaines** :

- La médecine générale est une composante essentielle du système de santé. Il est donc inquiétant que l'âge moyen des généralistes continue à augmenter. Si cette situation se prolonge, elle risque de

provoquer très rapidement des problèmes dans le fonctionnement des soins de première ligne. De plus, les quotas minimums fixés pour l'accès à la spécialisation en médecine générale ne permettent pas d'obtenir une proportion suffisante de nouveaux diplômés. Cette situation perdure depuis plusieurs années maintenant, même si elle s'est légèrement améliorée en 2016, surtout en Flandre). En réponse à cela, en 2018, la Fédération Wallonie-Bruxelles a augmenté les quotas minimums d'accès à la spécialisation en médecine générale et la Communauté flamande a créé une Commission de planification flamande pour y travailler. Les efforts doivent se poursuivre dans ce sens.

- Le nombre moyen de patients par infirmier dans les hôpitaux aigus est l'un des plus élevés d'Europe, ce qui peut avoir des effets néfastes sur la qualité des soins.

Inégalités socio-économiques :

- En comparaison avec le groupe social le plus favorisé, les personnes de niveau socio-économique plus défavorisé (mesuré sur la base du niveau d'éducation ou du droit à l'intervention majorée) se caractérisent par des obstacles financiers plus importants à l'accès aux soins de santé, un taux de participation plus faible au dépistage du cancer, un nombre moins élevé de visites chez le dentiste, une consommation médicamenteuse plus élevée (antibiotiques, antidépresseurs, polymédication), une probabilité plus élevée de ne pas bénéficier du nombre de visites prénatales recommandé pendant une grossesse à faible risque.

Dans le domaine des **soins préventifs**, le taux de couverture de certaines mesures simples et efficaces reste trop faible :

- Le taux de vaccination des plus de 65 ans contre la grippe est inférieur aux objectifs fixés par l'OMS, et en diminution.
- Le taux de dépistage du cancer du sein dans les groupes-cibles est relativement faible et n'évolue pas. Par ailleurs, le taux de couverture du dépistage organisé du cancer du sein est trop faible pour être efficace. Pour le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus, il



manque une méthodologie pour mesurer le taux de couverture à l'échelon national.

- Presque la moitié de la population n'a pas de contacts réguliers avec un dentiste.

Dans le domaine de la santé mentale/**des soins de santé mentale** :

- Le taux de suicide élevé reste un défi majeur : aucune amélioration notable n'a été observée au cours de ces dernières années.
- Les délais d'attente pour un premier contact avec une structure de santé mentale ambulatoire sont longs, et le sont de plus en plus, ce qui trahit un problème d'accessibilité des soins dans ce secteur.
- 13,1 % de la population belge adulte fait l'objet d'au moins une prescription d'antidépresseurs par an, et cette consommation augmente encore. La durée du traitement est inférieure aux recommandations dans plus de 4 cas sur 10.

En matière **de soins aigus et de longue durée aux personnes âgées**, plusieurs indicateurs affichent des résultats médiocres au niveau des soins résidentiels :

- Le pourcentage de patients diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat est faible en soins résidentiels, parce que les visites chez un ophtalmologue sont moins fréquentes. Ce paramètre soulève des questions relatives à la coordination des soins aux patients âgés institutionnalisés.
- Presque la moitié des patients âgés de +75 ans vivant en structure résidentielle se voient prescrire des antidépresseurs, dont le caractère approprié peut poser question.
- Chez un pourcentage élevé (21,8 %) de patients âgés (+65 ans), des médicaments à effet anticholinergique sont prescrits alors que ces médicaments sont connus pour leurs risques d'effets secondaires néfastes au sein de cette population (p. ex. chutes) ; la situation ne s'est pas améliorée depuis 2011, en particulier dans les structures

de soins résidentiels où de tels médicaments sont prescrits à plus de la moitié des patients âgés de +75 ans.

- Des antipsychotiques sont prescrits à presque un tiers des patients âgés de +75 ans vivant en structure résidentielle.

Dans le domaine des **soins à la mère et au nouveau-né** :

- Le taux de césariennes est inférieur à la moyenne de l'UE mais on observe une variabilité importante entre les hôpitaux. Les taux d'épisiotomie et d'induction sont élevés et présentent également une variabilité importante entre les hôpitaux.
- Les tests répétés de dépistage de la toxoplasmose pendant la grossesse sont toujours très fréquents, alors que les recommandations indiquent uniquement la réalisation d'un seul test avant ou au début de la grossesse. Le nombre médian de consultations prénatales en cas de grossesse à bas risque est également bien supérieur au nombre recommandé.
- L'augmentation des consultations prénatales chez une sage-femme n'est pas compensée par une diminution du nombre de consultations prénatales chez le gynécologue.
- La réduction de la durée de l'hospitalisation pour un accouchement s'est accompagnée d'une augmentation temporaire de la proportion de dépistages néonataux effectués en dehors de la fenêtre de temps recommandée, mais cette proportion a diminué depuis lors. Néanmoins, la proportion d'échantillons arrivant trop tard au laboratoire augmente. Ces résultats sont toutefois difficiles à interpréter, les données n'étant centralisées que pour la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Différences régionales :

Des disparités régionales sont également observées pour nombre d'indicateurs



■ RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 aux autorités publiques : définir des objectifs de santé mesurables

Le concept de performance est implicitement lié à la réalisation d'objectifs, mais en Belgique, très peu d'objectifs explicites ont été fixés dans le domaine des soins de santé et de la santé. Par conséquent, le présent rapport se limite à décrire la situation et les tendances belges, et à les comparer aux objectifs et benchmarks internationaux quand c'est possible. Les autorités publiques doivent veiller à définir des objectifs (du système) de santé, et ce, sur la base notamment d'une consultation des stakeholders. Ces objectifs doivent être mesurables et les délais dans lesquels ils doivent être atteints ainsi que les organismes qui en sont responsables doivent être précisés. Certains objectifs spécifiques doivent être chiffrés. Des mesures exploratoires ont été proposées en ce sens dans le rapport KCE 292.

Recommandation 2 aux autorités publiques : continuer à s'attaquer aux problèmes mis en lumière par les signaux d'alerte

L'un des objectifs du rapport sur la performance du système de santé est d'informer les autorités publiques au sujet des domaines qui requièrent une attention particulière. Il est recommandé que les institutions et organes concernés continuent à prendre en compte les signaux d'alerte (énumérés dans l'encadré 16) dans l'établissement de leur agenda politique.

Recommandation 3 aux administrations de santé : continuer à améliorer l'intégration des systèmes d'information sur la santé

La qualité des données et leur disponibilité en temps utile sont essentielles pour la pertinence des indicateurs.

À l'attention des administrations de la santé :

- l'effort d'intégration des différentes sources de données relatives à la santé doit être poursuivi selon le Plan d'action eHealth 2019-2021 ;
- un identifiant unique par patient (Unique Patient Identifier - UPI) doit être utilisé afin de permettre le couplage des RHM et RPM avec les données de mortalité du Registre national dans le plus grand respect du caractère confidentiel des données individuelles. Cet identifiant unique permettrait de suivre un patient après sa sortie de l'hôpital, à travers l'entièreté du système de soins. Le couplage des données et le suivi après hospitalisation permettraient de calculer un certain nombre d'indicateurs de qualité internationaux, qu'il est impossible de calculer actuellement ;
- l'accès aux bases de données administratives doit être accéléré ;
- les problèmes liés à certaines données spécifiques, énumérés dans l'encadré 17, doivent être mis à l'agenda.



À l'attention sur SPF santé publique, de l'INAMI et de Sciensano :

La transmission de données régulièrement remises à jour aux organisations internationales (OCDE, Eurostat, OMS) doit être poursuivie.

Recommandation 4 aux autorités publiques : initier un débat autour des enjeux éthiques, juridiques et techniques d'une base de données multidimensionnelle permettant un meilleur suivi transversal des patients

Le couplage, chaque fois que c'est possible, des bases de données existantes (cf. UPI dans la recommandation 3) nécessite parfois plus d'une année avant d'être disponible pour analyse. D'autres pays européens ont déjà démontré que ceci pourrait être amélioré par la mise en place d'un processus plus simple et plus rapide permettant de coupler les bases de données existantes à des fins d'analyse scientifique, ou par la création d'une base de données couplées (comme par exemple l'échantillon permanent de l'AIM), ou encore par la création d'une base de données permanente contenant des informations de référence permettant de relier des informations personnelles provenant de plusieurs bases de données (comme par exemple la base de données de la Banque carrefour). La constitution d'une telle base de données multidimensionnelle implique toutefois un certain nombre de problèmes éthiques, juridiques et techniques qui doivent encore être examinés dans le contexte belge.



Encadré 17 – Problèmes liés à la qualité et à la disponibilité des données

- **Sécurité** : en l'absence d'UPI, il n'est pas possible d'identifier les réadmissions d'un patient donné dans un autre hôpital.
- **Sécurité / prévention** : il est impossible d'obtenir des données relatives à la prescription de certains médicaments (benzodiazépines, vaccin contre le méningocoque, etc.).
- **Accessibilité** : il est impossible d'évaluer la proportion de la population qui dispose d'une assurance maladie privée (problème de double comptabilisation des personnes ayant souscrit une assurance volontaire à la fois auprès d'une société privée et d'une mutualité). De même, il est impossible de collecter des données relatives aux paiements directs (out-of-pocket) en soins ambulatoires.
- **Équité et inégalités** : plusieurs indicateurs n'ont pas pu être analysés dans ce rapport parce que le couplage de différentes sources de données a pris trop de temps (plus d'un an).
- **Prévention** : en matière de dépistage du cancer, il n'existe actuellement aucune méthodologie pour calculer la couverture de la population belge (en particulier pour le cancer du col utérin et le cancer colorectal). Par ailleurs, les soins dentaires préventifs ne sont toujours pas enregistrés si le dentiste pratique en même temps des soins curatifs (sous-estimation).
- **Soins de santé mentale** : l'absence d'UPI ne permet pas de suivre un patient après sa sortie de l'hôpital (en ambulatoire ou lors d'une admission dans un autre hôpital), ce qui rend impossible la mesure correcte des ré-hospitalisations (MH-11)
- **Soins aux personnes âgées** : l'instrument BelRAI n'est pas encore pleinement opérationnel dans tous les établissements de soins et les données ne sont donc toujours pas exploitables.
- **Soins à la mère et au nouveau-né** : la collecte de données sur les bulletins de naissance ne comprend pas les informations relatives aux déchirures du 3^e et 4^e degré du périnée, ce qui empêche la comparaison avec les pratiques d'épisiotomie ; les données sur l'allaitement après 3 ou 6 mois de vie ne sont pas systématiquement collectées ; les données sur le dépistage néonatal des maladies métaboliques ne sont pas centralisées ; l'enregistrement des décès fœtaux (précoces) pourrait être amélioré ; les données sur la vaccination (en particulier sur la vaccination anticoquelucheuse pendant la grossesse) ne sont pas comparables entre les régions.
- **Healthdata.be** : les données des registres ne sont pas accessibles.



■ ANNEXE

ANNEXE 1. LISTE DES INDICATEURS

QE-1	Hospitalisations liées à l'asthme chez l'adulte (/100 000 hab.)
QE-2	Hospitalisations liées aux complications du diabète chez l'adulte (/100 000 hab.)
QE-3	Taux de survie relative à 5 ans après cancer du sein (%)
QE-4	Taux de survie relative à 5 ans après cancer colorectal (%)
QE-5	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour IAM (pop. +45 ans, sur la base des hospitalisations, %)
QE-6	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour AVC ischémique (pop. +45 ans, sur la base des hospitalisations, %)
QE-7	Taux de mortalité à 30 jours après chirurgie pour cancer du côlon (c) ou du rectum (r)
QE-7	Taux de mortalité à 90 jours après chirurgie pour cancer du côlon (c) ou du rectum (r)
QE-8	Mortalité évitable grâce au système de soins (taux/100 000 hab., ajusté sur l'âge)
QE-9	Mortalité évitable grâce aux politiques de santé (taux/100 000 hab., ajusté sur l'âge)
QA-1	Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat (% des diabétiques sous insuline)
QA-2	Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat ^a (% des patients de +50 ans non insulino-dépendants)
QA-3	Recours aux antibiotiques (total des DDD/1 000 hab./jour)
QA-4	Recours aux antibiotiques au moins une fois dans l'année (% de la population)
QA-5	Recours aux antibiotiques de 2 ^e intention (% du total des DDD d'antibiotiques)
QA-6	Imagerie de la colonne (radiographie, CT scan, IRM par 100 000 habitants)
QA-7	Dépistage du cancer du sein en-dehors du groupe cible (% femmes âgées de 41 à 49 ans)
QS-1	Prévalence des infections contractées à l'hôpital (% des patients hospitalisés)
QS-2	Incidence des infections à MRSA contractées à l'hôpital (/1000 séjours hospitaliers)
QS-7	Proportion de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (MRSA) dans les hôpitaux aigus (% , médiane)
QS-8	Proportion d' <i>Escherichia coli</i> présentant une sensibilité réduite aux céphalosporines de 3 ^e ou 4 ^e génération (3GC/4GC I/R <i>E. coli</i>) dans les hôpitaux aigus (% , médiane)
QS-3	Incidence des embolies pulmonaires ou thromboses veineuses profondes postopératoires après pose d'une prothèse de hanche ou de genou (/100 000 sorties d'hôpital après prothèse de hanche ou du genou)



QS-4	Incidence des septicémies postopératoires après chirurgie abdominale (/100 000 sorties d'hôpital après chirurgie abdominale)
QS-5	Prévalence des escarres cat II-IV survenues à l'hôpital (% des patients hospitalisés)
QS-6	Polymédication chez les patients âgés (au moins 5 médicaments, avec plus de 80 DDD par an) (% pop. assurée de +65 ans)
QC-1	Couverture du dossier médical global (% des personnes ayant établi un dossier médical global (DMG) avec un médecin généraliste)
QC-2	Indice UPC (<i>Usual Provider Continuité</i>) $\geq 0,75$
QC-3	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% de patients de +65 ans)
QC-4	Proportion de diabétiques adultes (insulinodépendants) avec convention/passeport/pré-trajet de soins ou trajet de soins (% de patients de +18 ans)
QC-5	Proportion de diabétiques adultes (uniquement sous médicaments hypoglycémisants hors insuline) avec convention/passeport/pré-trajet de soins ou trajet de soins (% de patients de +50 ans)
QC-6	Patients oncologiques discutés lors d'une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) (%)
QP-1	Le médecin passe suffisamment de temps avec le patient au cours de la consultation (% de répondants, contacts avec MG/MS)
QP-2	Le médecin donne des explications faciles à comprendre (% de répondants, contacts avec MG/MS)
QP-3	Le médecin donne l'occasion au patient de formuler des questions et inquiétudes (% de répondants, contacts avec MG/MS)
QP-4	Le médecin implique les patients dans les décisions sur les soins et/ou traitements (% de répondants, contacts avec MG/MS)
QP-5	Patients atteints d'un cancer localisé de la prostate ne recevant aucun traitement aux alentours de la date du diagnostic (%)
QP-6	Patients atteints d'un cancer testiculaire localisé (séminome) recevant un traitement adjuvant après chirurgie (%)
QP-7	Proportion d'hôpitaux généraux mesurant des PREMs après un séjour en lit C ou D (%)
A-1	Couverture par l'assurance maladie obligatoire (% de la population)
A-2	Part de la contribution personnelle des ménages dans les soins de santé (en % des dépenses de santé courantes)
A-10	Part de la contribution personnelle des ménages dans les soins de santé (en % de la consommation finale des ménages)
A-3	Contribution personnelle des ménages dans les soins de santé, par habitant (in US \$ PPP)
A-11	Part de la contribution personnelle des ménages dans les soins dentaires (en % des dépenses courantes en soins dentaires)
A-4	Besoins en soins non satisfaits pour des raisons financières auto-déclarés (% des individus inclus dans l'enquête)
A-12	Accessibilité des tarifs de soins conventionnés: nombre de MG conventionnés (en ETP par 10 000 habitants)
A-13	Accessibilité des tarifs de soins conventionnés: nombre de dentistes conventionnés (en ETP par 10 000 habitants)
A-14	Part des suppléments d'honoraires (en % des honoraires officiels) lors d'une hospitalisation (classique ou de jour)
A-5	Médecins en activité (/1000 habitants)



A-6	Infirmiers en activité (/1000 habitants)
A-7	Nombre de places vacantes pour personnel infirmier dans les hôpitaux
A-8	Nombre de patients par infirmier
A-9	Temps d'attente pour un rendez-vous avec un médecin spécialiste (% de la population qui doit attendre plus de 2 semaines)
E-1	Hospitalisations chirurgicales d'un jour (% du total des hospitalisations chirurgicales)
E-3	Recours aux médicaments bon marché (% du total des DDD ambulatoires)
E-4	Traitements biosimilaires (%)
S-1	Dépenses courantes de santé (% du PIB)
S-2	Dépenses courantes de santé par habitant (en US \$ PPA)
S-3	Dépenses courantes de santé (% financé par le secteur public)
S-4	Nouveaux diplômés en médecine (/100 000 habitants)
S-14	Médecins formés à l'étranger (% des médecins autorisés à exercer)
S-5	Nouveaux diplômés en médecine devenant MG (% des diplômés avec spécialisation médicale)
S-6	Âge des MG en activité (ETP, ans)
S-7	Médecins de +55 ans (% des médecins en activité)
S-15	MG de +55 ans (% des MG en activité)
S-8	Nouveaux diplômés en soins infirmiers (/100 000 habitants)
S-9	Infirmiers détenteurs d'un bachelier (% des nouveaux diplômés)
S-10	Infirmiers de +50 ans (% des infirmiers professionnellement actifs)
S-16	Infirmiers formés à l'étranger (% des infirmiers autorisés à exercer)
S-11	Nombre de jours-lits en hôpitaux aigus (nombre par habitant)
S-13	Pourcentage des MG utilisant le dossier médical global électronique (eDMG) via MyCareNet (%)
S-17	Dossier médical global électronique (% de tous les dossiers médicaux globaux)
EQ-1	Distribution des revenus dans la population (coefficient de GINI)
EQ-2	Part des recettes progressives dans le financement des soins (ratio recettes progressives/recettes totales, exprimé en %)
EQ-3	Part des recettes régressives dans le financement des soins ratio recettes régressives/recettes totales, exprimé en %)
P-1	Polio (% ,4 ^e dose)



P-12	Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche chez les enfants (% , 4 ^e dose)
P-2	Vaccination contre la rougeole chez les enfants (% , 1 ^{ère} dose)
P-2	Vaccination contre la rougeole chez les adolescents (% , 2 ^e dose)
P-3	Vaccination contre le pneumocoque chez les enfants (% , 3 ^e dose)
P-4	Vaccination contre la grippe (% pop. âgée de +65 ans) ^a
P-5	Incidence de la rougeole (nouveaux cas/million hab.)
P-6	Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)
P-7	Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)
P-11	Contacts réguliers avec un dentiste (% de la pop. âgée de +3 ans)
MH-1	Mortalité par suicide (/100 000 hab.)
MH-2	Psychiatres en activité (/1 000 hab.)
MH-3	Délais d'attente de plus d'un mois pour un 1 ^{er} contact avec un centre ambulatoire de santé mentale (% de la pop. ayant eu un contact avec un CSM ambulatoire)
MH-4	Taux d'hospitalisation sous contrainte dans un service de psychiatrie (/10 000 hab.)
MH-5	Passage aux urgences pour un problème social, mental ou psychologique (% des admissions aux urgences des hôpitaux généraux)
MH-6	Prise d'antidépresseurs (total DDD/1000 hab./jour)
MH-7	Prise d'antidépresseurs (% pop. adulte, au moins une fois par an)
MH-8	Pourcentage de patients recevant un traitement antidépresseur bref (< 3 mois) (% de la pop. sous antidépresseurs)
MH-9	Prescription d'antidépresseurs à effet anticholinergique chez les patients de plus de 65 ans (%)
MH-10	Nombre de jours d'hospitalisations en psychiatrie (/1000 hab.)
MH-11	Proportion de réhospitalisations en psychiatrie dans les 30 jours suivant la sortie (dans le même hôpital, %)
ELD-1	Soins de longue durée en structure résidentielle (% de la pop. âgée de +65 ans)
ELD-2	Soins de longue durée à domicile (% de la pop. âgée de +65 ans)
ELD-3	Aidants informels (% de la pop. âgée de +15 ans)
ELD-4	Nombre de lits de soins de longue durée dans les institutions (par 1 000 hab. de +65 ans)
ELD-5	Personnes présentant une faible dépendance aux soins vivant en structure résidentielle/de soins pour personnes âgées (% de résidents)
ELD-6	Nombre de gériatres en activité (par 10 000 habitants)
ELD-7	Incident de chute au cours du dernier mois passé en maison de repos pour personnes âgées (% de résidents)



ELD-8	Prévalence des escarres (de grade II-IV) en maison de repos pour personnes âgées (% de résidents)
ELD-9	Prévalence du portage du MRSA en structure résidentielle (% de résidents)
ELD-10	Prescription de médicaments anticholinergiques > 80 DDD chez les personnes âgées (% de la pop. âgée de +65 ans)
ELD-11	Prescription d'antipsychotiques dans les structures résidentielles/de soins pour les personnes âgées (% de résidents âgés de +75 ans)
ELD-12	Prescription d'antipsychotiques en dehors des structures résidentielles/de soins pour les personnes âgées (% de la pop. âgée de +75 ans)
EOL-1	Patients ayant bénéficié de soins palliatifs (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)
EOL-2	Patients décédés dans la semaine suivant l'initiation des soins palliatifs (% des patients cancéreux terminaux ayant reçu des soins palliatifs et décédés dans l'année)
EOL-3	Chimiothérapie moins de 14 jours avant le décès (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)
EOL-4	Décès au lieu de résidence habituel (domicile ou MRS/MRPA) (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)
MN-1	Taux de mortalité néonatale (par 1 000 naissances vivantes)
MN-2	Nombre de nouveau-nés ayant un score d'Apgar faible (< 7) à 5 minutes (par 1 000 naissances vivantes)
MN-3	Taux de césarienne (par 1 000 naissances vivantes)
MN-4	Taux d'induction (par 1 000 naissances vivantes et mort-nés)
MN-5	Taux d'épisiotomie (par 1 000 naissances vivantes par voie vaginale)
MN-6	Proportion d'accouchements par voie basse après césarienne (VBAC) (% de toutes les femmes ayant déjà accouché par césarienne)
MN-7	Naissances très prématurées dans un hôpital sans unité NIC (% de toutes les naissances entre 22 et 31 semaines de gestation)
MN-8	Tests répétés de dépistage de la toxoplasmose pendant la grossesse (% des femmes dépistées au moins deux fois)
MN-9	Durée moyenne du séjour pour un accouchement normal (jours)
MN-10	Nombre médian de consultations prénatales pour une grossesse à faible risque



■ RÉFÉRENCES

1. WHO Regional Office for Europe. The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: World Health Organization; 2008. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88613/E9143_8.pdf
2. Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, et al. A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE Reports 128
3. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, et al. Performance of the Belgian Health System. Report 2012. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports (196)
4. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. Performance of the Belgian Health System - Report 2015. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016. KCE Reports (259)
5. Smith P. Peer Review Belgian Health System Performance Assessment (Brussels, 19-20 May 2014). 2014. Discussion paper: Peer review on HSPA. Available from: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12450&langId=en>
6. WHO. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2002. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/>
7. WHO. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Murray C, Evans D, editor. Geneva: World Health Organization; 2003.
8. WHO. Pathways to health system performance assessment. A manual to conducting health system performance assessment at national or sub-national level. 2012. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/169412/e96512-Eng.pdf?ua=1



9. Smith P, Papanicolas I. Health System Performance comparison: an agenda for policy, information and research. Brussels: WHO Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2012. Policy Summary 4
10. WHO Europe. The European Health Report 2015: Targets and beyond - reaching new frontiers in evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-Targets-beyondreaching-new-frontiers-evidence-full-book-en.pdf?ua=1
11. Gerkens S F-PM-I, Desomer A, Stordeur S, De Waroux M, Van de Voorde C, Van de Sande S, Leonard C. The Belgian Health System in 2010. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE): Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. Health Systems in Transition (KCE reports 138C)
12. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge University Press; 2009.
13. OECD. OECD Health Statistics 2018 [Web page]. [updated 8 November 2018; cited 22 November 2018]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
14. OECD. Health Care Quality Indicators [Web page]. [cited 2015, September 30]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>
15. OECD/EU Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD; 2018.
16. DG SANCO. Heidi Data tool: the European Community Health Indicators: http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm. DG SANCO; 2012.
17. European Commission. Peer Review in Belgium: Health System Performance Assessment, 2014 [Web page]. [cited 2015, September 30]. Available from: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=1890&moreDocuments=yes&tableName=news>
18. Council of the European Union. Council conclusions on the "Reflection process on modern, responsive and sustainable health systems", 2013. Available from: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/140004.pdf
19. Westert G, van den Berg M, Koolman X, Verkleij H. Dutch Health Care Performance Report 2008. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2008.
20. CIHI. Health Indicators 2011. [Web page]. Ottawa: Canadian Institute for Health Information [cited 2015, 20 september]. Available from: http://secure.cihi.ca/indicators/2011/tables_f.html
21. Euro-Peristat Project. European perinatal health report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. 2018.
22. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington D.C.: National Academy Press; 1990.
23. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int. J. Qual. Health Care. 2006;18(SUPPL. 1):5-13.
24. OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing; 2014.
25. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE--5-a population-based study. Lancet Oncol. 2014;15(1):23-34.
26. Patrick D, Guyatt G, Acquadro C, on behalf of the Cochrane Patient Reported Outcomes Methods Cochrane Review Group. Patient Reported Outcomes [Web page]. 2008 [cited 1 October, 2015].



- Available from:
http://hiv.cochrane.org/sites/hiv.cochrane.org/files/uploads/Ch17_PRO.pdf
27. van den Berg MJ, de Boer D, Gijzen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN. Zorgbalans 2014: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2014.
28. Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, et al. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2018 07/2018. KCE Reports 303 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_303_Patient_reported_outcomes_Report_2.pdf
29. Lambooy AE, R. de Metz, J. Schippers, M. Zwikker, H. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2017. 2017. Available from: <https://www.medicijngebruik.nl/filedispenser/A1264A2A-56A7-46EC-A053-25E336D7C146>
30. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, et al. Low back pain and radicular pain: assessment and management Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 05/2017. KCE Reports 287 (D/2017/10.273/36) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_287_Low_back_pain_Report_0.pdf
31. NICE. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG59>
32. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: 2017. Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
33. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. World Health Organization; 2015.
34. RIZIV-INAMI. Davantage d'efficacité dans les soins de santé [Web page].2019. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/efficacite-soins-sante.aspx>
35. Farfan-Portet M-I, Denis A, Mergaert L, Daue F, Mistiaen P, Gerkens S. Implementation of hospital at home: orientations for Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015 03/07/2015. KCE Reports 250 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_250_implementation_hospital_at_home_Report_1.pdf
36. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 06/2017. KCE Reports 289 (D/2017/10.273/45) Available from: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20the%20report%20in%20English%20%28550%20p.%29.pdf>
37. Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Twaalf pilotprojecten rond thuishospitalisatie in de startblokken. March 2017. Available from: <https://www.deblock.belgium.be/nl/twaalf-pilotprojecten-rond-thuishospitalisatie-de-startblokken-0>
38. van der Heide I, Snoeijs SP, Boerma WG, Schellevis FG, Rijken M. How to strengthen patient-centredness in caring for people with multimorbidity in Europe? : European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
39. Corrigan JM. Crossing the quality chasm. 2005.
40. Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora E, Januel J, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality



- indicators. International Journal for Quality in Health Care. 2015;27(2):137-46.
41. Van der Heyden J, Tafforeau J, Gisle I, Drieskens S, Demarest S, Charafeddine R. Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de santé et des services sociaux. Résumé des principaux résultats. Brussels: Institut de santé publique; 2015.
42. Jonckheer P, Christiaens W, Pierart J, Mertens R, Demeerleer G, Denis L, et al. The decisional process for the choice of active surveillance in localized prostate cancer. Brussels: Belgian Health Knowledge Centre (KCE); 2013.
43. Mambourg F, Jonckheer P, Piérart J, Van Brabant H. A national clinical practice guideline on the management of localised prostate cancer. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 194C (D/2012/10.273/101)
44. Oldenburg J, Fosså S, Nuver J, Heidenreich A, Schmoll H, Bokemeyer C, et al. Testicular seminoma and non-seminoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. 2013;24(suppl_6):vi125-vi32.
45. Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, De Smedt D, Duchesnes C, Heyrman J, et al. Avantages, désavantages et faisabilité de l'introduction de programmes "P4Q" en Belgique. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2009.
46. Van Der Heyden J. Validity of the assessment of population health and use of health care in a national health interview survey: Ghent University; 2017.
47. WHO Regional Office for Europe. The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/the-european-framework-for-action-on-integrated-health-services-delivery-an-overview-2016>
48. WHO Regional office for Europe. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen, Denmark: WHO Regional office for Europe 2016 12–15 September 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/66th-session/documentation/working-documents/eurrc6615-strengthening-people-centred-health-systems-in-the-who-european-region-framework-for-action-on-integrated-health-services-delivery>
49. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. World Health Organization; 2016 15 April 2016. Sixty-Ninth World Health Assembly Provisional agenda item 16.1 Available from: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/>
50. Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E. Handbook Integrated Care. Switzerland: Springer International Publishing AG; 2017.
51. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisation of care for chronic patients in Belgium: development of a position paper. Health Services Research (HSR). Belgium: KCE 2012 10 December 2012. (190C)
52. Groupe de travail inter-cabinets. Note d'orientation Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique. Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement INAMI 2013 28 novembre 2013. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/note-dorientation-une-vision-integree-des-soins-aux-malades-chroniques-en-belgique>
53. Plan conjoint en faveur des malades chroniques Des soins intégrés pour une meilleure santé. Belgique: 2015 19 octobre 2015. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de->



- [sante/reseaux-de-soins/maladies-chroniques/soins-integres-en-faveur#consultation](#)
54. FAITH.be. Évaluation scientifique et appui aux projets pilote de soins intégrés (PSI) pour les personnes atteintes de maladies chroniques en Belgique (Programme Integreo). Federated consortium for Appraisal of Integrated care Teams in Health in Belgium 2017 27/04/2017. Available from: https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/faith.be_protocolefr_2017.04.27_accepted.pdf
 55. RIZIV-INAMI, Médecins du Monde. White Paper on access to care in Belgium. 2016. Available from: <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/white-paper.pdf>
 56. Van Ginneken E. Health care access for undocumented migrants in Europe leaves much to be desired. Eurohealth. 2014;20(4):11-4.
 57. Roberfroid D, Dauvrin M, Keygnaert I, Desomer A, Kerstens B, Camberlin C, et al. What health care for undocumented migrants in Belgium ? Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015 22/12/2015. KCE Reports 257 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_257_Health_care_Migrants_Scientific%20Report.pdf
 58. Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. Statistiques d'asile - Bilan 2017. 2018. Available from: <https://www.cgrra.be/fr/actualite/statistiques-dasile-bilan-2017>
 59. Dauvrin M, Detollenaere J, De Laet C, Roberfroid D, Swartenbroekx N, Vinck I. Organisation of health care for asylum seekers in Belgium: options for the future. Brussels: Health Services Research (HSR). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); Forthcoming 2019.
 60. MYRIA. 2016 La migration en chiffres et en droits. 2016.
 61. Mistiaen P, Dauvrin M, Eyssen M, Roberfroid D, San Miguel L, Vinck I. Health care in Belgian prisons. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 10/2017. KCE Reports 293 Available from: <https://kce.fgov.be/en/health-care-in-belgian-prisons>
 62. Plettinckx E, Antoine, J., Blanckaert, P., De Ridder, K., Vander Laenen, F., Laudens, F., Casero, L. Gremeaux, L. Rapport national sur les drogues 2014. Tendances et évolutions. Bruxelles: WIV-ISP; 2014.
 63. Sciensano. Drogues illégales [Web page].2018. Available from: <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/drogues-illegales>
 64. ESPAD Group. ESPAD report 2015: results from the European school survey project on alcohol and other drugs. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2016.
 65. Moreau N. LT, Dujeu M., de Smet P., Godin I., Castetbon K. Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e-6e primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles; 2017.
 66. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Belgium Drug Report 2018. 2018.
 67. Stevenot C, Hogge, M. L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Eurotox; 2017.
 68. RIZIV-INAMI, Médecins du Monde. Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique. 2016.
 69. Van Nunen K, Gryseels C, Van Hal G. Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers. Antwerpen: Onderzoeksrapport Universiteit Antwerpen. Google Scholar; 2012.
 70. FEANTSA. ETHOS - European Typology on Homelessness and Housing Exclusion [Web page].2005.



71. Mondelaers N. Dénombrement des personnes sans abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale. La Strada; 2017.
72. Cobbaut N. Plan Hiver et soins de santé : un manque de continuité. Bruxelles Santé 2017.
73. Calcoen P, Moens D, Verlinden P, van de Ven WP, Pacolet J. Improved estimates of Belgian private health expenditure can give important lessons to other OECD countries. Health Policy. 2015;119(3):341-55.
74. StatBel. Budget des ménages [Web page]. Bruxelles: Direction générale Statistique - Statistics Belgium; 2016 [cited January 2019]. Available from: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/budget-des-menages#documents>
75. OECD. Health Working Paper (forthcoming) based on 2015 Joint Health Accounts Questionnaire. OECD Publishing: 2015.
76. Missinne S, Luyten S. Les médecins généralistes en région bruxelloise: qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries? Bruxelles: Observatoire de la santé et du social; 2018. Available from: http://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2018-02_medecins_generalistes_bruxelles.pdf
77. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ. 2012;344:e1717.
78. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014;383(9931):1824-30. doi: 10.016/S0140-6736(13)62631-8. Epub 2014 Feb 26.
79. Palmer S, Torgerson D. Definitions of efficiency. British Medical Journal. 1999;318(7191):1136.
80. Medeiros J, Schwierz C. Efficiency estimates of health care systems. June 2015. Economic Papers 549 Available from: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp549_en.pdf
81. Burgess J. Innovation and efficiency in health care: does anyone know what they mean? Health Systems. 2012;1:7-12.
82. Smith P. Measuring value for money in healthcare: concepts and tools. Centre for Health Economics, University of York; 2009. Available from: <http://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringValueForMoneyInHealthcareConceptsAndTools.pdf>
83. OECD Health Data National Correspondents. Developing health care efficiency indicators: current status and possible next steps. Meeting of OECD Health Data National Correspondents. 23-24 October 2014. DELSA/HEA/HD(2014)/1
84. National Health Performance Committee (NHPC). National Health Performance Framework Report. Brisbane: 2001. Queensland Health
85. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union - Challenges and policy responses. European Observatory on Health Systems and Policies; 2009. Observatory Series 17 Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf?ua=1
86. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Belgium: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. Paris - Brussels: OECD - European Observatory on Health Systems and Policies; 2017. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_be_english.pdf
87. Cours des comptes. Cahier 2017 relatif à la sécurité sociale. Gestions globales et institutions publiques de sécurité sociale. Bruxelles: Cours des comptes; 2017.



88. Cellule de Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé. Rapport annuel 2013 de la commission de planification - offre médicale. SPF santé publique, sécurité chaîne alimentaire et environnement, DG soins de santé; 2014. Available from: http://www.sante.belgique.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Rapports_Annuels/index.htm
89. e-Health. eSanté. Portail des services de l'eSanté [Web page]. Bruxelles: e-Health; 2019 [cited Januari 2019]. Available from: <https://www.ehealth.fgov.be/fr/news/patients-professionals>
90. RIZIV-INAMI. Prescription électronique de médicaments : Sur les rails et bien lancée, mais pas encore obligatoire au 1er juin 2018 [Web page]. Bruxelles: RIZIV-INAMI; 2018 [cited Janvier 2019]. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/nouvelles/Pages/prescription-electronique-20180528.aspx>
91. Pharma.be. Pacte d'avenir [Web page]. Bruxelles: Pharma.be; 2019 [cited Janvier 2019]. Available from: <https://pharma.be/fr/concentrer/pacte-davenir.html>
92. Mackenbach JP, de Jong JP. Health inequalities - an interdisciplinary exploration of socioeconomic position, health and causality. Amsterdam: 2018 17 May 2018.
93. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2011;65(5):412-9.
94. Avalosse H, Guillaume J. Concentratie van de gezondheidsuitgaven: bewijs met behulp van gegevens van het IMA. *CM-Informatie*. 2015(260).
95. Hernández-Quevedo C, Papanicolas I. Conceptualizing and comparing equity across nations. In: Papanicolas I, Smith PC, editors. *Health System Performance Comparison: an Agenda for Policy, Information and Research*. Buckingham, UK: Open University Press; 2013. Available from: <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/44095>
96. Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics*. 2009;28(1):73-90.
97. Rochaix L, Tubeuf S. Mesures de l'équité en santé. *Fondements éthiques et implications*. *Revue économique*. 2009;60(2):325-44.
98. Fleurbaey M, Schokkaert E. Equity in Health and Health Care. In: Pauly MV, McGuire TG, Barros PP, editors. *Handbook of Health Economics*: Elsevier; 2011. p. 1003-92. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978044453592400165>
99. Farfan-Portet M-I, Bouckaert N, Devriese S, Devos C, Van de Voorde C. Cost sharing and protection mechanisms in health. *Health Services Research (HSR)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2019. KCE Reports (309) Available from: <https://kce.fgov.be/en/cost-sharing-and-protection-mechanisms-in-health>
100. Harper S, Lynch J, National Cancer I. Selected comparisons of measures of health disparities : a review using databases relevant to healthy people 2010 cancer-related objectives. 2007.
101. Harper S, Lynch J. *Methods for measuring cancer disparities : using data relevant to Healthy People 2010 cancer-related objectives*. [Washington, D.C.]: [National Cancer Institute]; 2006.
102. Cylus J, Thomson S, Evetovits T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bulletin of the World Health Organization*. 2018;96(9):599-609.
103. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*. 1999;18(3):263-90.
104. van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance



- in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*. 1999;18(3):291-313.
105. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*: Elsevier; 2000. p. 1803-62. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574006400800475>
106. De Graeve D, Van Ourti T. The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review. *World Economy*. 2003;26(10):1459-79.
107. Renard F, Devleeschauwer B. *Health Status Report 2019 - de gezondheidstoestand in België*. Brussels: Sciensano; 2019. Health Status Report D/2019/14.440/4 Available from: https://www.healthbelgium.be/images/hsr/HSRReport2019_NL.pdf
108. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*. 2018;6(2):e169-e79.
109. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*. 2018;6(2):e180-e92.
110. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*. 2003;362(9378):111-7.
111. Regional Committee for Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Rome: WHO Regional office for Europe; 2018. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/378293/68wd11e_CanPeopleAffordHealthCare_180443.pdf?ua=1
112. Kuypers S, Figari F, Verbist G. Redistribution in a joint income-wealth perspective: a cross-country comparison. In: Policy HDCfS, editor. *CSB Working Paper*. Antwerp; 2018.
113. Braveman PA. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *Journal of Health Population and Nutrition*. 2003;31(3):181-92.
114. Daniels N. *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
115. Rowlingson K. Does income inequality cause health and social problems? Joseph Rowntree Foundation; 2011.
116. Deaton A. Health, Inequality, and Economic Development. *Journal of Economic Literature*. 2003;XLI(March):113-58.
117. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why equality is better for everyone*. Revised ed. ed.: London : Penguin books; 2010.
118. Marmot M. *The health gap: the challenge of an unequal world*. London : Bloomsbury; 2015.
119. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*. 2015;128:316-26.
120. O'Donnell O, van Doorslaer E, Van Ourti T. Health and Inequality. In: Atkinson AB, Bourguignon F, editors. *Handbook of Income Distribution*: Elsevier; 2015. p. 1419-533. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978044459429700182>
121. World Health Organization Regional Office for Europe. *The European health report 2015. Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. The European health report Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-full-book-en.pdf?ua=1



122. WHO Regional Office for Europe. Eliminating measles and rubella. Framework for the verification process in the WHO European Region. Copenhagen: 2012.
123. Sabbe M, Hue D, Hutse V, Goubau P. Measles resurgence in Belgium from January to mid-April 2011: a preliminary report. *Eurosurveillance*. 2011;16(16).
124. WHO. Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges. Copenhagen: World Health Organization; 2008.
125. Eyssen M, Leys M, Desomer A, Senn A, Léonard C. Organization of mental health care for persons with severe and persistent mental illness. What is the evidence? Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 18/11/2010. KCE Reports 144 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/organization-of-mental-health-care-for-persons-with-severe-and-persistent-mental->
126. Boutsen M, Laasman J, Maron L, Thys R, Vanoverloop J. Admission à l'hôpital pour tentative de suicide. Brussels: Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS); 2015. Available from: <http://www.solidaris.be/Lists/PubDocs/Etude-Tentative-de-suicide-01092015.pdf>
127. RIZIV-INAMI. Performance report and policy actions: a summary of the selected topics and IMC working groups. Progress report. Brussels: 2015.
128. European Commission DG Economic and Financial Affairs. The 2018 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070). 2018 May 2018. Institutional paper 079 Available from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf
129. OECD/European Commission. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. 2013. OECD Health Policy Studies
130. Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van de Sande S, et al. Residential care for older persons in Belgium: Projections 2011-2025. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 169
131. Pacolet J, De Wispelaere F. European Social Policy Network (ESPN) Thematic Report on Challenges in long-term care Belgium European commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion; 2018 March 2018.
132. Federaal Planbureau. Demografische vooruitzichten 2014-2060: Bevolking, huishoudens en prospectieve sterftequotienten. Algemene Directie Statistiek; 2015.
133. Carbonnelle S. De profielen van de bewoners O en A in rusthuizen voor bejaarden (ROB) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Trajecten, oriënteringslogica, opvang en alternatieven. Overeenkomst GGC-CDCS vzw voor de realisatie van een kwalitatief onderzoek over de analyse van de noden van de profielen O en A in ROB-RVT in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. 2017 Juni 2017. Available from: http://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/rapport_oa_en_mrpa_2017.pdf
134. Börsch-Supan A. "Wave 6. Release version: 6.1.1. SHARE-ERIC. Data set." Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE); 2018.
135. Zigante V. Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality London School of Economics and Political Science. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate A — Employment and Social Governance Unit A.4; 2018 April. ISBN 978-92-79-86583-1
136. European Commission (DG ECFIN) and Economic Policy Committee (AWG) European Economy 3. The 2015 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). Brussels: 2015 May. Available from:



- http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf
137. Anthierens S, Willemse E, Remmen R, Schmitz O, Macq J, Declercq A, et al. Support for informal caregivers – an exploratory analysis. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. Health Services Research (HSR) Report 223. D/2014/10.273/40
138. Morley J, Arai H, Cao L, Dong B, Merchant R, Vellas B, et al. Integrated Care: Enhancing the Role of the Primary Health Care Professional in Preventing Functional Decline: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017;18(6):489-94.
139. WHO. WHO Definition of Palliative Care [Web page].2015. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
140. Keirse E, Beguin C, Desmedt M, Deveugele M, Menten J, Simoens S, et al. Organisation of palliative care in Belgium Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2009. Health Services Research (HSR) KCE report 115 (D/2009/10.273/42)
141. Wet tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken, B.S. 28 februari 2014., 2014.
142. Maetens A, Beernaert K, De Schreye R, Faes K, Annemans L, Pardon K, et al. Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study. *BMJ Open*. 2019;Jan 21;9(1):e025180.
143. Koninklijk Besluit van 21 oktober 2018 gepubliceerd op 20 november 2018. Koninklijk besluit tot vaststelling van de criteria om een palliatieve patiënt te definiëren 2018.
144. Leemans K, Cohen J, Werrebrouck B. Kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorg. Waar staan we en wat is de toekomst? Beleidsrapport. Available from:
- http://www.endoflifecare.be/sites/default/files/beleidsrapport_gi_06-04-1.pdf
145. Earle C, Landrum M, Souza J, Neville B, Weeks J, Ayanian J. Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life: Is It a Quality-of-Care Issue? *Journal of Clinical Oncology*. 2008;26(23):3860-6.
146. WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 2014. Available from: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>
147. Zeitlin J, Mohangoo A, Delnorn M, Alexander S, Blondel B, Bouvier-Colle M, et al. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. 2013.
148. Ozminkowski RJ, Wortman PM, Roloff DW. Inborn/outborn status and neonatal survival: A meta-analysis of non-randomized studies. *Statistics in medicine*. 1988;7(12):1207-21.
149. Seijmonsbergen-Schermers A, de Jonge A, van den Akker T, Beeckman K, Bogaerts A, Barros M, et al. Variations in childbirth interventions in high-income countries: protocol for a multinational cross-sectional study. *BMJ open*. 2018;8(1):e017993.
150. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS one*. 2016;11(2):e0148343.
151. The Royal College of Midwives. Interventions in Normal Labour and Birth. 2016. Available from: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Labour%20Interventions%20Report.pdf>
152. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and maternal medicine review*. 2001;12(1):23-39.
153. World Health Organization. Robson classification: implementation manual. 2017. (9241513195) Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/



154. Stordeur S, Jonckheer P, Fairon N, De Laet C. Elective caesarean section in low-risk women at term: consequences for mother and offspring. Health technology assessment. 2016. KCE Report 275 Available from: <https://kce.fgov.be/en/elective-caesarean-section-in-low-risk-women-at-term-consequences-for-mother-and-offspring>
155. American College of Obstetricians Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 184: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstetrics and gynecology. 2017;130(5).
156. Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland CH, et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. NIH consensus and state-of-the-science statements. 2010;27(3):1-42.
157. Van Leeuw V, Debauche C, Daelemans C, Debiève F, Leroy C. Santé périnatale en région bruxelloise - Année 2016. Centre d'épidémiologie périnatale. 2018.
158. Aelvoet W, Windey F, Molenberghs G, Verstraelen H, Van Reempts P, Foidart J-M. Screening for inter-hospital differences in cesarean section rates in low-risk deliveries using administrative data: an initiative to improve the quality of care. BMC health services research. 2008;8(1):3.
159. García-Armesto S, Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Mateus C, Joaquim I, Bernal-Delgado E. Potential of geographical variation analysis for realigning providers to value-based care. ECHO case study on lower-value indications of C-section in five European countries. The European Journal of Public Health. 2015;25(suppl_1):44-51.
160. Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Verblijfsduur in het ziekenhuis bij een bevalling. December 2016. Available from: <http://www.deblock.belgium.be/nl/verblijfsduur-het-ziekenhuis-bij-ee-bevalling>
161. Agentschap Zorg en Gezondheid. Vlaams bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen via een bloedstall-Minidraaiboek voor vroedvrouwen. 2015.
162. Toussain B, Pereira T, Goyens P, Laeremans H, Vincent M, Marie S. Guide pour le programme de dépistage néonatal des anomalies métaboliques en fédération Wallonia Bruxelles. 2013.
163. Agentschap Zorg en Gezondheid. Vlaams bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen via een bloedstaal-Draaiboek. 2016.
164. Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari M, Carville S, Dworzynski K, et al. What are the recommended clinical assessment and screening tests during pregnancy? Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015 30/06/2015. KCE Reports 248 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_248_assessments_and_test_during_pregnancy_Report_0.pdf
165. Benahmed N et al. The organisation of antenatal care for women with an uncomplicated pregnancy (Study 2015-17 (HSR)). Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports Forthcoming 2019. Available from: <https://kce.fgov.be/en/study-program/study-2015-17-hsr-the-organisation-of-antenatal-care-for-women-with-an-uncomplicated-p>
166. van den Berg MJ, Kringos DS, Marks LK, Klazinga NS. The Dutch Health Care Performance Report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. Health Res Policy Syst. 2014;12:1.
167. Obyn C, Cordon A, Kohn L, Devos C, Léonard C. Exploratory steps for the formulation of Belgian health system targets. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017. KCE Reports (292C)
168. Meeus P. Peer Review Belgian Health System Performance Assessment (Brussels, 19-20 May 2014). Health System Performance Assessment (HSPA) in Belgium. 2014. Host country paper. Peer review on HSPA. Available from: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12451&langId=en>