

# LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE - RAPPORT 2015





# LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE - RAPPORT 2015

FRANCE VRIJENS, FRANÇOISE RENARD, CÉCILE CAMBERLIN, ANJA DESOMER, CÉCILE DUBOIS, PASCALE JONCKHEER, KOEN VAN DEN HEEDE,  
CARINE VAN DE VOORDÉ, DENISE WALCKIERS, CHRISTIAN LÉONARD, PASCAL MEEUS





## ■ PRÉFACE

'Le culte de la performance' est une expression que l'on doit au sociologue français Alain Ehrenberg, qui dénonçait dans son livre éponyme paru en 1991 tout le fardeau que cette quête imposait à l'individu moderne. Cette nouvelle exigence sociétale – voire anthropologique – a pénétré toutes les dimensions de notre vie : professionnelle, sportive, culturelle, familiale, affective et sexuelle. Et chaque succès – partiel et temporaire – que nous enregistrons en son nom nous coûte un petit peu de notre santé. Il pourrait donc paraître paradoxal de se pencher sur la performance d'un système de santé. Mais soyons réalistes : nos ressources sont limitées et les nécessités sont multiples ; il nous faut donc considérer l'efficacité de nos choix. Il relève bien de la responsabilité collective de vérifier dans quelle mesure les moyens affectés au système de soins rencontrent les objectifs fixés. Mais il ne suffit pas d'invoquer de grandes aspirations telles que la soutenabilité ou l'accessibilité du système ; il est nécessaire de se donner des objectifs chiffrés et réalistes. Ce qui n'empêche pas d'être ambitieux.

Ce rapport invite précisément les autorités compétentes à déterminer les priorités vers lesquelles les efforts seront dirigés. Nous le savons, il ne constitue qu'une photographie instantanée (mais répétée au fil des années, puisqu'il s'agit déjà aujourd'hui de la troisième édition) de quelques composantes du système de soins, elles-mêmes vues au travers d'un nombre limité d'indicateurs. Comme nos photos de vacances d'été qui, quand nous les revoyons au plus profond de l'hiver, nous font penser que « nous avons changé », ces indicateurs montrent une réalité déjà dépassée à l'heure où ils sont publiés. Sont-ils inutiles pour autant ? Ce serait ignorer la vertu de la 'tendance'. À l'instar de la photo de vacances qui peut nous rassurer (« je suis encore bien conservé... ») ou nous alarmer (« il est temps que je me remette au sport ! »), l'évolution des indicateurs devrait nous faire réfléchir sur les priorités pour demain à mettre en œuvre dès aujourd'hui.

Si ce rapport est avant tout destiné à être une source d'inspiration pour les autorités publiques, il peut aussi devenir une lecture féconde pour toutes celles et ceux qui constituent les rouages du système, les institutions, les prestataires de soins, et – ne les oublions pas – les patients. Mais nous espérons qu'il touchera également d'autres acteurs plus 'périphériques' comme les enseignants, les médias, les partenaires sociaux,... car la santé dépend aussi de la bonne compréhension de ces enjeux par tous. Enfin, il nous concerne aussi vous et nous, simples citoyens : ce rapport nous invite à la responsabilité, tant collective qu'individuelle. C'est à chacun et chacune, où qu'il se situe, qu'il revient de modeler l'argile qu'il tient au creux de ses mains.

Ce rapport n'a pas été le produit du seul KCE. Nous nous devons ici de remercier chaleureusement l'INAMI et l'Institut scientifique de Santé Publique pour l'excellente collaboration durant toute la durée du projet, le groupe inter-administration réunissant les représentants des administrations santé au niveau fédéral et régional/communautaire pour leurs commentaires constructifs et leur implication dans ce projet, et enfin la quarantaine d'experts scientifiques des différentes administrations qui ont validé les définitions et les résultats des indicateurs.

Christian LÉONARD  
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS  
Directeur Général



## LISTE D'ABBREVIATIONS

<b>ABBREVIATION</b>	<b>DÉFINITION</b>
ADL	Activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living)
AIM	Agence InterMutualiste
BAPCOC	Commission Belge de Coordination de la Politique Antibiotique
BIM	Bénéficiaire de l'Intervention Majorée
CE	Commission Européenne
CFQAI	Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière
CII	Indice de concentration des inégalités (Concentration Index of Inequality)
CIM	Conférence inter-ministérielle
COM	Concertation d'Oncologie Multidisciplinaire
CT	Computed Tomography
DDD	Dose quotidienne déterminée (Defined Daily Dose)
DMG	Dossier Médical Global
DTP	Diptérie – Tétanos - Coqueluche
ECDC	European Centre for Disease Control and Prevention
ECHI	European Community Health Indicators
ECHIM	European Community Health Indicators Monitoring
ECL	European Cancer League
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
EL	Niveau d'éducation (Education Level)
EPS	Echantillon 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
FAP	Fraction attribuable dans la population
FOBT	Recherche de sang occulte dans les selles (Faecal Occult Blood Test)
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-DB	Health for All database
HIS	Enquête de santé par interview (Health Interview Survey)
HLY	Espérance de vie sans incapacité (Healthy Life Years)
HSPA	Evaluation de la performance du système de santé (Health System Performance Assessment)
IADL	Activités Instrumentales de la vie quotidienne (Instrumental Activities of Daily Living)
IAM	Infarctus aigu du myocarde
IMC	Indice de masse corporelle
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IPU	Identifiant Patient Unique
ISCED	International Standard Classification of Education
ISP	Institut Scientifique de Santé Publique
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
MàF	Maximum à facturer
MG	Médecin Généraliste
MRPA	Maisons de Repos pour Personnes Agées
MRS	Maison de Repos et de Soins
MS	Médecin Spécialiste
NSIH	Surveillance nationale des infections liées aux soins
NSP	Programme National de Surveillance (National Surveillance Program)
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
PPA	Parité du pouvoir d'achat
PROM	Résultat rapporté par le patient (Patient Reported Outcome Measure)
PSI	Indicateurs de sécurité des patients (Patient Safety Indicators)
PYLL	Année potentielle de vie perdue (Potential Year of Life Lost)
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
RR	Risque Relatif
SARM	<i>Staphylococcus Aureus</i> résistant à la méthycilline
SE	Socio-économique
SES	Statut socio-économique
SHA	Système de comptes de la santé (System of Health Accounts)
SHARE	Enquête sur la Santé, le Vieillissement et la Retraite en Europe
SPF	Service Public Fédéral
THE	Dépenses de santé totales (Total Health Expenditures)
UE	Union Européenne
UPC	Fournisseur de soins habituel (Usual Provider of Care)
US	Etats-Unis (United States)
VAZG	Agence Soins et Santé (Communauté Flamande)
VDAB	Office de l'emploi et de la formation professionnelle (Région Flamande)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine





## ■ MESSAGES CLÉS

- Le *Health System Performance Assessment* (HSPA) est un processus qui permet d'évaluer un système de santé de manière holistique sur la base d'indicateurs mesurables. Ce rapport est le 3<sup>e</sup> HSPA belge. Il comprend 106 indicateurs et vise à évaluer l'accessibilité, la qualité, l'efficacité, la soutenabilité et l'équité de notre système de santé.
- Du point de vue du citoyen, le bilan est plutôt positif : une large part (78 %) de la population belge s'estime en bonne santé, un résultat supérieur à la moyenne de l'UE-15. Les Belges sont également satisfaits de leurs contacts avec le système de santé, en particulier ambulatoire. Toutefois, l'examen de l'ensemble des indicateurs livre un tableau plus nuancé.
- L'accessibilité du système est garantie par une assurance universelle et par l'existence de filets de sécurité sociaux (maximum à facturer, remboursement majoré des dépenses médicales). Néanmoins, certaines inquiétudes subsistent : un montant important reste à charge des patients (18 % des dépenses de santé totales, ce qui est beaucoup en comparaison avec les autres pays d'Europe) et le nombre de foyers qui affirme de reporter des contacts avec les services de santé pour des raisons financières reste substantiel, surtout pour le groupe de revenus le plus bas.
- La plupart des résultats relatifs à la qualité des soins se situent dans la moyenne de l'UE-15, avec quelques points plus positifs (p.ex. une plus faible mortalité évitable grâce au système de soins) et quelques points noirs (p.ex. au niveau des indicateurs de la pertinence des soins, e.a. prescription d'antibiotiques ou d'examens d'imagerie, et des infections nosocomiales). Une évolution positive a été observée pour la survie après cancer colorectal et pour la coordination des soins aux patients cancéreux et aux patients diabétiques.
- Les objectifs de prévention fixés à l'échelon international ne sont pas toujours atteints : la couverture vaccinale chez les jeunes enfants, par exemple, reste dans certains cas inférieure au seuil d'immunisation recommandé, le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus sont sous-optimaux et ne s'améliorent pas et la vaccination contre la grippe est même en recul chez les personnes âgées.
- Plusieurs indicateurs touchant à la promotion de la santé et au mode de vie révèlent de piètres résultats : stagnation de l'obésité chez les adultes, prévalence toujours élevée des fumeurs quotidiens, faible taux d'activité physique, consommation d'alcool à risque (*binge drinking*) chez les hommes jeunes et connaissances de santé insuffisantes dans la population.
- Certains indicateurs touchant à la santé mentale et aux soins psychiatriques sont inquiétants. Le taux de suicide reste élevé, les hospitalisations psychiatriques continuent de progresser, et la prise d'antidépresseurs augmente. S'ajoutent à cela de longs délais d'attente pour le 1<sup>er</sup> contact avec un centre de santé mentale, ce qui pose la question de l'accessibilité de ces services.



- Au niveau de la qualité des soins dans les structures résidentielles pour les personnes âgées, les résultats sont mitigés : la prévalence du portage du MRSA est en recul et la prévalence des escarres est relativement faible, mais l'accès à la médecine spécialisée (e.g. ophtalmologue pour les patients diabétiques) est améliorable et le nombre de patients âgés polymédiqués reste élevé.
- Les résultats sont également partagés en ce qui concerne l'accessibilité et la qualité des soins en fin de vie : le recours aux soins palliatifs progresse et le recours à des traitements agressifs est relativement faible. L'hôpital demeure toutefois le lieu de décès le plus fréquent.
- L'efficacité de notre système de santé s'améliore sur certains plans, comme le suggère l'augmentation du recours aux médicaments bon marché, le glissement des hospitalisations classiques (au moins une nuit) vers la chirurgie de jour et la réduction de la durée du séjour après un accouchement normal. Un manque d'efficacité persiste néanmoins dans plusieurs domaines, comme l'indiquent les fortes variations géographiques inexplicables dans certaines interventions ou coûts de santé, la surutilisation de certains examens ou équipements et les traitements inappropriés dans de nombreux domaines.
- Des inégalités socio-économiques se manifestent au niveau des résultats de santé, de l'accessibilité financière et du recours aux services préventifs.
- Nombre d'indicateurs affichent également d'importantes variations régionales.
- Les indicateurs concernant la disponibilité actuelle des ressources humaines dans le domaine de la médecine générale et des soins infirmiers mettent en question la capacité du système à répondre aux besoins de santé futurs liés à l'évolution démographique. La proportion de (nouveaux) médecins généralistes dans l'ensemble des spécialités médicales n'atteint pas les quotas fixés par la Commission de Planification et l'âge moyen des généralistes en activité augmente plus rapidement que celui des autres spécialistes. Bien que le nombre de diplômés en sciences infirmières ait augmenté ces dernières années, le nombre d'infirmiers par patient dans nos hôpitaux reste plus faible qu'à l'étranger.
- Les dépenses de santé totales représentent 10,2 % de notre produit intérieur brut et sont financées essentiellement par le secteur public (78 %). Les dépenses de santé sont légèrement supérieures à la moyenne UE-15. Par rapport à 2011, elles sont restées inchangées en 2012 et 2013.



## ■ TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	5
■	TABLE DES MATIÈRES.....	7
	<b>PARTIE 1 – CONTEXTE ET MÉTHODES .....</b>	<b>9</b>
	1. CONTEXTE ET OBJECTIFS .....	9
	1.1. INTRODUCTION.....	9
	1.2. INITIATIVES INTERNATIONALES .....	10
	1.3. CADRE CONCEPTUEL .....	12
	1.4. OBJECTIFS DU RAPPORT 2015.....	12
	2. MÉTHODES ET DONNÉES .....	14
	2.1. SÉLECTION DES INDICATEURS ET SOURCES DE DONNÉES .....	14
	2.2. CE QUI A CHANGÉ DEPUIS LE RAPPORT PRÉCÉDENT .....	15
	2.3. COMMENT AVONS-NOUS RÉALISÉ L'ÉVALUATION ? .....	15
	<b>PARTIE 2 – RÉSULTATS .....</b>	<b>17</b>
	3. SOINS PRÉVENTIFS .....	17
	4. SOINS CURATIFS .....	20
	4.1. ACCESSIBILITÉ DES SOINS.....	20
	4.2. QUALITÉ DES SOINS .....	24
	4.2.1. Efficacité des soins.....	24
	4.2.2. Adéquation des soins .....	27
	4.2.3. Sécurité des soins .....	30
	4.2.4. Continuité des soins .....	32
	4.2.5. Soins centrés sur le patient.....	35
	5. SOINS DE SANTÉ MENTALE .....	37
	6. SOINS DE LONGUE DURÉE AUX PERSONNES AGÉES .....	40
	7. SOINS DE FIN DE VIE .....	43
	8. EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ.....	45
	9. SOUTENABILITÉ.....	47



10.	ÉTAT DE SANTÉ .....	50
11.	PROMOTION DE LA SANTÉ ET MODES DE VIE .....	53
12.	ÉQUITÉ ET INÉGALITÉS .....	56
12.1.	INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ .....	56
12.2.	INDICATEURS CONTEXTUELS D'ÉQUITÉ .....	59
13.	CONCLUSIONS SUR LES FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE .....	61
	<b>PARTIE 3 – DISCUSSION .....</b>	<b>63</b>
14.	HSPA BELGE ET PRISE DE DÉCISION POLITIQUE .....	63
14.1.	LE HSPA BELGE DANS LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION .....	63
14.2.	OBJECTIFS DE SYSTÈME DE SANTÉ .....	65
15.	CONCLUSION .....	66
■	<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>69</b>
■	<b>ANNEXE.....</b>	<b>71</b>
■	<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>74</b>



# PARTIE 1 – CONTEXTE ET METHODES

## 1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

### 1.1. Introduction

Le *Health System Performance Assessment* (HSPA) ou évaluation de la performance du système de santé est un processus qui vise à évaluer un système de santé de manière holistique, une sorte de « check-up » basé sur des indicateurs mesurables. Le HSPA est mentionné de façon explicite dans la charte de Tallinn<sup>1</sup>, signée par l'ensemble des pays membres de la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Chaque HSPA est développé sur la base d'un cadre conceptuel spécifique au pays concerné.

Le HSPA est un processus de monitoring continu qui alimente les politiques de santé en informations utiles. En Belgique, il a été initié en 2007 et nous en sommes actuellement à sa troisième édition (voir Cadre 1).

Les objectifs stratégiques du processus de HSPA belge sont :

1. renseigner les autorités sur la performance du système de santé et leur apporter un soutien pour planifier leur stratégie en la matière ;
2. fournir une vision transparente et responsable de la performance du système de santé, conformément aux engagements de la charte de Tallinn ;
3. suivre l'évolution de la performance du système de santé.

Ce « Rapport 2015 » s'inscrit dans la lignée des deux rapports précédents et vise à surveiller l'accessibilité, la qualité, l'efficacité, la soutenabilité et l'équité du système de santé belge.



## 1.2. Initiatives internationales

Le HSPA est un processus orienté selon des perspectives et priorités nationales. Il existe également des agences internationales dont le rôle consiste à promouvoir les principes du HSPA, à faire office de forum de partage d'expérience et, surtout, à collecter des données provenant des sources nationales. Pour qu'un HSPA soit utilisable, il est donc important que les données qu'il fournit soient également fiables et comparables à l'échelon international.<sup>2</sup>

Les initiatives de HSPA à l'échelon européen sont réalisées principalement par l'OMS, l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) et de la Commission européenne (CE). Les détails de ces initiatives internationales sont repris dans le cadre 2. Une source additionnelle souvent citée est le "Euro Health Consumer Index",<sup>3</sup> qui n'est pas davantage détaillé ici parce que publié par une organisation privée basée dans un seul pays, alors que les autres initiatives citées ci-dessus sont issues de collaborations internationales.

### Cadre 1 – Le Health System Performance Assessment (HSPA) en Belgique

Un HSPA est un processus pris en charge par le pays concerné et qui a pour objectif d'évaluer son système de santé de façon holistique (« check-up »). Il se base sur une série d'indicateurs judicieusement choisis pour fournir des « signaux » utiles à la planification stratégique du système de santé par les décideurs politiques.

En Belgique ont été publiés jusqu'à présent les rapports suivants :

- **Rapport 2009** : cadre conceptuel et étude de faisabilité pour 54 indicateurs<sup>4</sup>
- **Rapport 2012** : première évaluation complète sur base de 74 indicateurs<sup>5</sup>
- **Rapport 2015 (le présent rapport)** : deuxième évaluation complète sur base de 106 indicateurs

Ces rapports sont le fruit d'une collaboration entre le KCE, l'ISP et l'INAMI.

## Cadre 2 – Organisations européennes impliquées dans le 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 ».<sup>6</sup> 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.<sup>1</sup> Au fil des années, l'OMS a consacré plusieurs publications méthodologiques au HSPA.<sup>7, 8</sup>

L'OMS gère également la base de données *Health for All* (HFA DB), 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 DB 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.<sup>9</sup>

### 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 huit 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<sup>10</sup> et une nouvelle édition est actuellement en préparation. L'Observatoire publie également des recherches méthodologiques sur le HSPA.<sup>11, 12</sup>

### **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 2015* (une base de données contenant plus de 1200 indicateurs qui recouvrent toutes les facettes des systèmes de santé pour les 34 pays membres de l'OCDE) et les *OECD Health Care Quality Indicators (HCQI)*,<sup>13</sup> qui comparent la qualité des services de santé dans différents pays. Enfin, l'OCDE se charge également de gérer la base de 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*<sup>14</sup> comportant les données comparables les plus récentes sur divers aspects de la performance des systèmes de santé dans les pays qui la composent.

### **La Commission Européenne (CE)**

La CE a développé un ensemble d'indicateurs de 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 *Heidi data tool*) qui utilise des données provenant d'Eurostat, de l'OMS, de l'OCDE et de bases de données spécialisées.<sup>15</sup>

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 du HSPA, afin de faciliter l'échange des meilleures pratiques entre pays.<sup>16</sup> Enfin, le Groupe 'Santé Publique' du Conseil de l'Europe a décidé en 2014 de constituer un groupe d'experts sur le HSPA. Il a également appelé à améliorer la coordination du HSPA par les États-Membres et la Commission.<sup>17</sup>



### 1.3. Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel belge pour l'évaluation de la performance<sup>4</sup> a été développé à partir de ses équivalents néerlandais et canadien.<sup>18, 19</sup> Ces cadres ont en effet été considérés comme complémentaires sur la base d'une revue de la littérature et d'une large consultation d'experts et de *stakeholders* belges. Leur combinaison permet de couvrir l'ensemble des *dimensions* jugées importantes par les experts et *stakeholders* consultés en vue de l'évaluation de la performance du système de santé belge. Ce cadre combiné a en outre été adapté au contexte du système de santé belge en définissant son cadre le plus largement possible (système de santé plutôt que système de soins) et en y ajoutant une nouvelle dimension pertinente pour les décideurs politiques (la soutenabilité du système de santé).

Le cadre conceptuel qui en découle (Figure 1) est subdivisé en trois niveaux interconnectés : (1) l'état de santé, (2) les déterminants non médicaux de la santé et (3) le système de santé. Ce dernier recouvre six *domaines*: la promotion de la santé, les soins préventifs, les soins curatifs, les soins de santé mentale, les soins à long terme et les soins de fin de vie. La promotion de la santé est un domaine qui s'étend bien au-delà des limites du seul système de santé.

La performance du système de santé s'évalue suivant 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). L'**équité**, la cinquième dimension, est une dimension transversale présente à tous les échelons.

### 1.4. Objectifs du rapport 2015

Les objectifs du rapport 2015 sont :

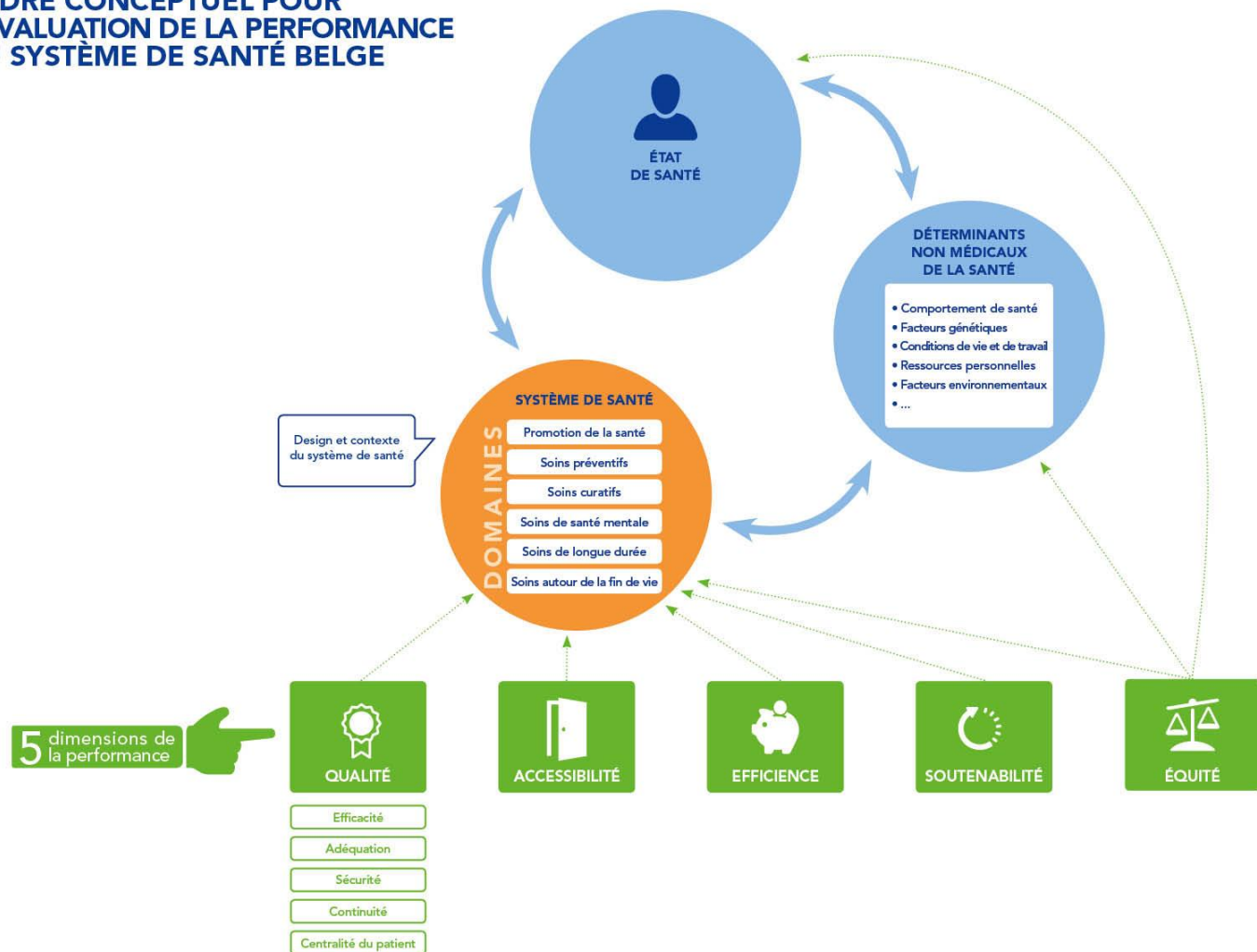
- proposer et mesurer un ensemble d'indicateurs qui puisse couvrir tous les domaines et dimensions du système de santé belge, tout en restant gérable (106 indicateurs dans le présent rapport) ;
- interpréter les résultats en vue de réaliser une évaluation globale de la performance du système de santé belge sur la base de divers critères, en ce compris une confrontation avec les objectifs-cibles et un *benchmarking* international lorsque cela se justifie.





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

**CADRE CONCEPTUEL POUR L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE**





## 2. MÉTHODES ET DONNÉES

### 2.1. Sélection des indicateurs et sources de données

Le but d'un projet HSPA est donc de compléter 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, de manière à pouvoir en faire un usage maximal des données disponibles en routine (voir cadre 3). Aucune nouvelle collecte de données n'a été entreprise. 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, 106 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 l'annexe 1.

### Cadre 3 – Sources de données pour le Rapport de Performance 2015

- **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.
- 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 l'ISP et collecte des données portant sur 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.
- La base de données **SCS** (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. 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 la trajectoire 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

Des efforts significatifs ont été consentis d'une part pour combler le manque de données relatives à certains indicateurs et d'autre part pour identifier de nouveaux indicateurs permettant de couvrir des dimensions moins bien documentées.

Parmi les principaux ajouts, retenons (liste non exhaustive) :

- **Qualité des soins** : cette section a été révisée en profondeur. Elle comporte à présent des indicateurs suivis par l'initiative HCQI de l'OCDE, ainsi que de nouveaux indicateurs concernant l'approche axée sur le patient et la sécurité des patients.
- **Force de travail** : des données récentes du Cadastre national des professionnels des soins de santé ont également été incluses, tout comme de nouvelles informations concernant les délais d'attente (accessibilité des soins).
- **Fin de vie** : nous avons collaboré avec le Registre belge du Cancer pour suivre quatre indicateurs de la qualité des soins de fin de vie dans une population de patients palliatifs atteints de cancer au stade terminal.
- **Promotion de la santé dans les services de santé** : nous avons ajouté un indicateur relatif au taux de couverture du DMG+, qui comporte un volet préventif.

Dans les tableaux synoptiques de la section reprenant les résultats, les nouveaux indicateurs sont marqués d'un signe **- NEW**.

Certains indicateurs du rapport 2012 ont également été supprimés ou légèrement modifiés 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 n'ayant pas pu être répétée ou parce que l'information livrée par l'indicateur était considérée comme redondante par rapport à d'autres.

En comparaison avec le rapport précédent (2012), le rapport actuel couvre un éventail de thématiques plus large et comporte 106 indicateurs mesurés (contre 74 précédemment).

## 2.3. Comment avons-nous réalisé l'évaluation ?

Les résultats des 106 indicateurs sont résumés dans les tableaux synoptiques présentés dans la section « résultats » (Partie 2). Ces tableaux reprennent les résultats les plus récents à l'échelon national et régional, la source des données et la moyenne pour les pays de l'UE-15<sup>a</sup>.

### Une évaluation sur la base du niveau et de la tendance

Chaque indicateur est évalué à l'aide d'un pictogramme (Tableau 1) qui résume les derniers résultats nationaux disponibles et leur évolution au fil du temps (principalement depuis 2008, afin de rendre possible une évaluation sur 5 ans). Les indicateurs contextuels ne peuvent, par définition, pas être évalués.

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 *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. Celles dont les résultats sont inférieurs ou supérieurs (selon l'indicateur) d'au moins 20 % à cette valeur (en termes de risque relatif) sont indiquées dans le tableau 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.

<sup>a</sup> 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.

**Tableau 1 – Pictogrammes pour l'évaluation**

	Bons résultats qui s'améliorent
	Bons résultats et tendance globalement stable ou non évaluée
	Bons résultats, mais qui se dégradent
	Résultats moyens qui s'améliorent
	Résultats moyens, tendance globalement stable ou non évaluée
	Résultats moyens, mais qui se dégradent
	Mauvais résultats, mais qui s'améliorent (signaux d'alarme)
	Mauvais résultats, tendance globalement stable ou non évaluée (signaux d'alarme)
	Mauvais résultats et qui se dégradent (signaux d'alarme)
C	Indicateur contextuel (aucune évaluation n'est fournie)

**Plus de données sur notre site internet !**

Pour chacun des indicateurs décrits ci-dessous, une fiche technique est disponible sur le site du KCE dans [le Supplément du rapport](#). L'identification de l'indicateur (p.ex. P-1) dans les tableaux synoptiques renvoie au code utilisé dans ce document. 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 des références bibliographiques.



## PARTIE 2 – RESULTATS

### 3. SOINS PRÉVENTIFS

Les soins préventifs comportent deux volets : ils visent à limiter/éviter la survenue d'une maladie (c'est par exemple l'objectif de la vaccination) ou à identifier une maladie le plus tôt possible afin d'initier un traitement sans délai (c'est par exemple l'objectif du dépistage du cancer ou des visites de contrôle chez le dentiste).

Les 11 indicateurs du Tableau 2 ont été sélectionnés afin d'évaluer la réalisation de ces objectifs de prévention.

#### **Vaccination contre les maladies d'enfance**

La Belgique affiche de bons résultats pour les premières doses des schémas de vaccination contre les maladies qui demandent une immunisation très précoce, comme en témoigne le taux de couverture élevé (supérieur à la moyenne UE-15) pour les 3 premières doses du vaccin DTP (diphthérie-tétanos-coqueluche) et du vaccin contre la polio. Ce chiffre chute toutefois pour le schéma complet (4 doses pour le DTP et la polio), au point de ne pas atteindre le seuil critique pour la coqueluche (92-95 %) en Wallonie.

En ce qui concerne la rougeole, l'OMS a défini des valeurs-cibles<sup>b</sup> pour son éradication.<sup>20</sup> En 2012, la Belgique les a atteintes pour la première fois du moins pour la 1<sup>e</sup> dose (95 %), ce qui représente une avancée considérable. Le taux de couverture pour la 2<sup>e</sup> dose reste toutefois beaucoup trop faible dans toutes les régions (-10%-20 % par rapport à la 1<sup>e</sup> dose). La résurgence intermittente d'épidémies de rougeole en Belgique<sup>21</sup> et ailleurs en Europe illustre bien la nécessité d'améliorer cette couverture : pour parvenir à l'éradication complète de la maladie, des efforts constants et ciblés sont nécessaires afin de la porter à 95 % pour les deux doses du vaccin.

La vaccination contre l'hépatite B a débuté récemment en Belgique et le seuil de couverture a été très rapidement atteint à l'échelon national (et pratiquement atteint dans chacune des trois régions).

---

<sup>b</sup> À savoir, un taux de couverture de 95 % pour les deux doses du vaccin contre la rougeole et une incidence inférieure à un cas par million d'habitants pour la maladie proprement dite.



### Vaccination contre la grippe

La vaccination des personnes âgées (+ de 65 ans) contre la grippe (influenza) a connu un recul constant au cours des 5 dernières années et reste bien en-deçà des objectifs de l'OMS (75 %), avec une couverture de 56 % en 2013. Plus prononcé en Wallonie et à Bruxelles, ce déclin s'observe également dans d'autres pays d'Europe. L'exception est la vaccination des personnes âgées dans le secteur résidentiel (MRPA/MRS), où le taux de couverture est beaucoup plus élevé (82,2 %, voir P-4 dans le Tableau 11).

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

En matière de dépistage du cancer, le taux de couverture global est passablement faible : 63 % pour le cancer du sein (chiffre stable dans le temps et proche de la moyenne européenne, mais inférieur à l'objectif généralement admis de 75 %), 54 % pour celui du col (en diminution, inférieur à la moyenne UE-15 de 60 %) et 16 % seulement pour le cancer colorectal (chiffre en augmentation depuis l'introduction de programmes de dépistage en Fédération Wallonie-Bruxelles (2009) et en Flandre (2013)). Les données disponibles révèlent un large fossé entre régions pour le dépistage du cancer du sein : en Flandre, les femmes participent au programme organisé (50 %), ce qui n'est presque jamais le cas en Wallonie et à Bruxelles (7-10 %) où le dépistage se fait largement en-dehors de ce cadre. Cet état de fait soulève la question de l'efficacité globale du programme. Pour le dépistage du cancer du col et du cancer colorectal, les différences régionales sont moins prononcées.

Les directives pour le dépistage du cancer du sein recommandent de ne dépister les femmes de moins de 50 ans que dans certaines situations médicales spécifiques. Ces recommandations sont très peu respectées, ce qui pose la question de l'adéquation des pratiques préventives actuelles : une forte proportion de femmes de moins de 50 ans (35 % en 2013) sont soumises au dépistage. En Flandre, ce screening inapproprié connaît toutefois une tendance à la baisse (de 31 % en 2008 à 25 % en 2013).

### Prévention en santé bucco-dentaire, mesurée par l'absence de contacts réguliers avec un dentiste

L'absence de contacts réguliers avec un dentiste<sup>c</sup>, est le seul indicateur de cette section qui ne relève pas de la compétence des entités fédérées. Les résultats sont franchement mauvais, puisque 50 % de la population ne va pas régulièrement chez le dentiste, ce taux étant plus élevé encore en Wallonie (56 %).

Ces taux de fréquentation très bas malgré le fait que la majorité des soins dentaires préventifs et conservateurs sont entièrement remboursés pour tous les enfants de moins de 18 ans (depuis mai 2009) posent la question des facteurs empêchant l'accès aux soins bucco-dentaires (préventifs). Les taux de fréquentation observés pour les adolescents (68% – données non reprises dans le Tableau 2 – voir [le Supplément du rapport](#)) doivent principalement être attribués aux traitements orthodontiques fréquents dans cette tranche d'âge.

### Conclusion

Les indicateurs de performance des soins préventifs en Belgique dressent un tableau relativement sombre. Les résultats pour la vaccination sont hétérogènes : couverture en-deçà du seuil critique pour la rougeole dans toutes les régions et pour la coqueluche en Wallonie, vaccination insuffisante des personnes âgées contre la grippe, mais bons résultats pour l'immunisation contre l'hépatite B et les premières doses de DTP. Le taux de dépistage des trois cancers sélectionnés (sein, col de l'utérus et côlon) est relativement faible en comparaison avec les objectifs fixés et avec les résultats obtenus dans d'autres pays. La proportion de patients ayant des contacts réguliers avec le dentiste, enfin, reste trop faible.

---

<sup>c</sup> L'absence de contacts réguliers avec un dentiste étant définie comme le fait de ne pas avoir eu au moins deux contacts dans deux années différentes au cours des trois années précédentes.



Tableau 2 – Indicateurs des soins préventifs

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Cible	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
<b>Couverture vaccinale</b>										
<b>P-1</b>	Vaccination contre la polio, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche chez les enfants (% , 3 <sup>e</sup> /4 <sup>e</sup> dose)	⊖	3d : 99,0 4d : 92,0	2012	OMS : 90 BE : 95	4d : 93,2	4d : 90,4	4d : 91,1	ISP	3d : 96,2 <sup>(1)</sup> 4d : ---
<b>P-2</b>	Vaccination contre la rougeole chez les enfants (% , 1 <sup>e</sup> /2 <sup>e</sup> dose)	⊕	1d : 95,5 2d : 85,0	2012	1d : 95 2d : 95	1d : 96,6 2d : 92,5	1d : 94,4 <b>2d : 75,5</b>	1d : 94,1 <b>2d : 75,5</b>	ISP	1d : 92,9 <sup>(1)</sup> 2d : --
<b>P-3</b> <b>NEW</b>	Vaccination contre l'hépatite B chez les enfants (% , 3 <sup>e</sup> /4 <sup>e</sup> dose)	⊕	3d : 97,8 4d : 91,3	2012	4d : 90	4d : 93,0	4d : 89,2	4d : 89,6	ISP	3d : 91,3 <sup>(1)</sup> 4d : ---
<b>P-4</b>	Vaccination contre la grippe (% pop de + de 65 ans) <sup>a</sup>	⊖	56,4	2013	75	60,6	<b>50,1</b>	<b>47,8</b>	AIM	55,0 <sup>(1)</sup>
<b>Incidence des maladies infectieuses évitables par la vaccination</b>										
<b>P-5</b> <b>NEW</b>	Incidence de la rougeole (nouveaux cas/million pop)	⊕	6,1	2014	1 par million	7,8 <sup>b</sup>	1,9	8,6 <sup>b</sup>	ISP	---
<b>Dépistage du cancer<sup>c</sup></b>										
<b>P-6</b>	Dépistage du cancer du sein (% femmes 50-69 ans)	●	62,7	2012	75	68,0	<b>55,6</b>	<b>52,9</b>	AIM	64,3 <sup>(1)</sup>
<b>P-7</b> <b>NEW</b>	Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% femmes 50-69 ans)	●	32,5	2012	75	49,6	<b>7,2</b>	<b>10,2</b>	AIM	---
<b>P-8</b>	Dépistage du cancer du col de l'utérus (% femmes 25-64 ans)	⊖	53,6	2012	-	52,3	56,0	52,9	AIM	60,1 <sup>(1)</sup>
<b>P-9</b> <b>NEW</b>	Dépistage du cancer colorectal (FOBT) (% pop âgée de 50 à 75 ans)	⊕	16,5	2013	-	<b>16,2</b>	<b>16,4</b>	19,9	HIS	---
<b>Sur-dépistage du cancer</b>										
<b>P-10</b>	Dépistage du cancer du sein en-dehors du groupe cible (% femmes 40-49 ans)	●	35,1	2013	-	28,3	<b>45,6</b>	<b>44,2</b>	AIM	---
<b>Santé bucco-dentaire – contacts avec un dentiste</b>										
<b>P-11</b> <b>NEW</b>	Absence de contacts réguliers avec un dentiste <sup>d</sup> (% pop de + de 3 ans)	●	50,8	2012	-	47,3	56,0	55,3	AIM	---

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

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.

FOBT= recherche de sang occulte dans les selles.

<sup>a</sup> À l'exclusion des résidents des MRPA/MRS ; <sup>b</sup> Les différences régionales observées durant une année spécifique ne sont pas mises en valeur ici, car les maladies épidémiques chez les enfants présentent des fluctuations qui se reflètent mal dans un tel « cliché instantané » ; <sup>c</sup> Au cours des 2 dernières années pour les cancers du sein et du côlon, au cours des 3 dernières années pour le cancer du col de l'utérus ; <sup>d</sup> Absence de contacts réguliers avec un dentiste : moins de deux contacts dans deux années différentes au cours des trois années précédentes.

Source des résultats pour la comparaison internationale : <sup>(1)</sup> statistiques de santé de l'OCDE pour 2015.



## 4. SOINS CURATIFS

### 4.1. 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.<sup>22</sup> L'accessibilité est un prérequis indispensable à un système de santé qualitatif et efficient.

Dans ce rapport, nous avons défini 9 indicateurs pour évaluer l'accessibilité du système de soins (Tableau 3). Certains concernent les ressources humaines et la disponibilité du personnel soignant, d'autres évaluent l'accessibilité financière et un dernier examine si le système permet aux patients d'accéder aux soins en temps utile.

#### Accessibilité financière des soins de santé

L'accessibilité financière des soins comporte trois grandes dimensions : la couverture de la population, les services inclus et la proportion des coûts assumée par l'assurance maladie.

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. Rappelons toutefois que la « population » au sens de cet indicateur ne comprend pas les personnes non affiliées à une mutuelle (p.ex. migrants en situation illégale). 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 couvertes.

En dépit de la couverture universelle par un système public d'assurance maladie, environ 8 % des ménages belges déclarent 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). Dans l'enquête de santé (HIS) de 2008, ce pourcentage était de 14%. L'enquête EU-SILC (individus de 16 ans et plus) comprend également une question sur les besoins non rencontrés en matière de soins médicaux ou dentaires. La proportion d'individus qui reportent des soins de santé ou des soins dentaires en raison de leurs coûts est beaucoup plus faible dans l'enquête EU-SILC que dans la HIS, mais

cette enquête inclut moins d'items. Les résultats de l'enquête EU-SILC montrent une tendance à la croissance des reports de soins, spécialement pour les personnes appartenant au premier quintile des revenus. Il existe de fortes différences entre les trois régions du pays ; à Bruxelles, plus d'un foyer sur cinq a dû reporter des soins pour des raisons financières. Des recherches plus poussées sont nécessaires pour mieux comprendre l'importance et les fluctuations de cet indicateur d'une année à l'autre et d'une enquête à l'autre.

La **contribution personnelle** correspond aux dépenses supportées directement par le bénéficiaire parce que l'assurance maladie ne couvre pas (entièrement) le produit ou service utilisé. La fraction à charge du patient dans le coût total des soins est restée à peu près inchangée cette dernière décennie ; pour 2013, elle s'élève à 17,9%. Replacé dans un contexte international, ce chiffre montre que le montant à charge du patient représente en Belgique une fraction relativement importante du coût total des soins en comparaison avec la moyenne UE-15 (16,6 %). Le montant par habitant a pour sa part substantiellement augmenté, passant de 656 US \$ (PPA – Parité du pouvoir d'achat) en 2008 à 760 US \$ (PPA) en 2013. Il est donc beaucoup plus élevé que la moyenne européenne (US \$ 595 PPA). Certains doutes ont été émis sur la fiabilité des données belges relatives aux contributions personnelles.<sup>23</sup>

Le tableau est légèrement plus positif en ce qui concerne le montant et l'évolution du **ticket modérateur** à charge du patient pour des produits ou services (partiellement) remboursés. Ces résultats plus favorables pour le ticket modérateur que pour le montant global à charge du patient pourraient s'expliquer par le fait que des filets de sécurité tels que le maximum à facturer ou l'intervention majorée visent uniquement à protéger les patients contre les tickets modérateurs élevés. Les autres coûts qu'ils assument de leur poche (médicaments en vente libre, suppléments...), échappent au champ de ces mesures.

Étant donné que les contributions personnelles utilisent des ressources qui seraient autrement utilisées pour acquérir d'autres biens et services, ces sommes devraient être comparées à la consommation totale des ménages afin de mesurer la 'protection financière en matière de santé'. Le *Household Budget Survey* (2014) montre que la partie de la consommation des ménages attribuée aux contributions personnelles est en moyenne de 4,6 %.<sup>24</sup> Les ménages à revenus plus élevés dépensent proportionnellement





davantage en soins de santé que les ménages à revenu modeste. La partie de la consommation des ménages attribuée aux frais médicaux (en excluant les frais liés à des soins chroniques, de manière à rendre les résultats comparables entre pays) s'élève à 3,0 % en 2013.<sup>14</sup>

En ce qui concerne la couverture du service (la gamme des services entièrement ou partiellement remboursés par l'assurance maladie), aucun indicateur n'a été défini. Les services inclus, définis comme la partie couverte par l'assurance primaire (de base) dans les dépenses totales en soins de santé, varient largement selon le type de soins: 84 % pour les patients hospitalisés, 78 % pour les soins ambulatoires primaires et spécialisés, 57 % pour les produits pharmaceutiques, 91 % pour les services auxiliaires (principalement biologie clinique et imagerie médicale) et 49 % pour les soins et prothèses dentaires.<sup>25</sup>

### Disponibilité de personnel qualifié

L'accès aux soins de santé dépend également de la disponibilité de travailleurs qualifiés. 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.

En 2013, la densité des médecins en activité en Belgique (2,95/1000 hab.) est inférieure à la moyenne UE-15 (3,41/1000 hab.). Jusqu'en 2009, le calcul de la densité médicale prenait en compte l'ensemble de médecins enregistrés (plutôt que les praticiens en activité, définis comme les médecins ayant au moins 1 contact-patient par an), ce qui explique pourquoi la Belgique a longtemps affiché une densité médicale parmi les plus élevées d'Europe (4,03 pour 1000 habitants).

La densité des infirmiers en activité en Belgique (9,51/1000 hab. – chiffres de 2012) est également inférieure à la moyenne de l'UE-15 (10,77/1000 hab.). Ce chiffre désigne les « infirmiers travaillant dans le secteur des soins de santé », ce qui correspond à 105 872 infirmiers – majoritairement salariés dans un hôpital (53 %), dans les soins résidentiels aux personnes âgées (14 %) et dans les soins infirmiers à domicile (7 %).

Un grand nombre d'offres d'emploi pour des infirmiers peut également trahir un problème d'accès aux soins. En 2013, on note 2058 offres d'emploi ciblant les infirmiers hospitaliers (pour replacer ce chiffre dans son contexte :

en 2009, le secteur hospitalier employait 66 800 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 hospitaliers – révèlent une augmentation constante du nombre d'offres d'emploi pour des infirmiers entre 2006 et 2011, suivie d'une légère baisse dans les années ultérieures. Même si un poste vacant n'est pas en soi un indicateur de pénurie, les postes en personnel infirmier sont difficiles à pourvoir et peuvent donc être interprétés comme faisant référence à de possibles problèmes d'accès.

Enfin, une étude européenne récente portant sur les données de 300 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) et qu'il y a une corrélation entre ce paramètre et le taux de mortalité hospitalière.<sup>26</sup> Cet indicateur peut donc nous fournir des informations indirectes sur la qualité des soins dans les hôpitaux. La robustesse de cette association a été confirmée par l'analyse de sensibilité incluant le personnel non infirmier (p.ex. aides-soignants). De plus, le nombre de patients par infirmier rapporté en Belgique varie de 7,5 à 15,9 en fonction des hôpitaux.

### Délais d'attente

Les délais pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste peuvent être un obstacle à l'accès aux soins en temps opportun. 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 sondés 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 4.2.4 (indicateur MH-3). En 2013, 37 % des patients ont dû attendre un mois ou davantage pour un premier contact avec un tel centre.



## Conclusion

Le pourcentage de foyers ayant dû reporter des soins de santé pour des raisons financières reste substantiel, surtout pour le groupe de revenus le plus bas. De plus, les données reprises au Tableau 3 ne concernent que les affiliés des mutuelles. Pour évaluer pleinement la protection assurée par un système d'assurance maladie, il faudrait prendre en compte simultanément la couverture de la population, les services inclus et la proportion des coûts prise en charge par l'assurance.

La *densité* en médecins et en infirmiers est un indicateur contextuel de l'accessibilité des soins, mais ne permet pas à elle seule de déterminer si des ressources humaines suffisantes sont disponibles pour couvrir les besoins de la population. D'autres éléments, comme par exemple la *répartition* des travailleurs de la santé, en particulier dans les régions rurales, ont également un impact sur l'accès aux soins. Les comparaisons internationales sont compliquées par la variabilité des méthodologies utilisées pour le calcul de la densité des travailleurs de la santé et par des différences parfois considérables dans la distribution des tâches entre infirmiers, médecins et autres prestataires. Néanmoins, tous les indicateurs concernant la densité infirmière laissent entendre que la Belgique est à la traîne des autres pays d'Europe pour gérer les évolutions démographiques et épidémiologiques (p.ex. vieillissement, prévalence accrue de polymorbidités chroniques).



Tableau 3 – Indicateurs de l'accessibilité des soins

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
<b>Accessibilité financière</b>									
<b>A-1</b>	Couverture de l'assurance maladie (% de la population)	●	98,9	2014	99,4	99,2	97,8	INAMI	---
<b>A-2</b>	Contribution personnelle (% des dépenses de santé totales)	●	17,9	2013	---	---	---	SHA	16,6 <sup>(1)</sup>
<b>A-3</b>	Contribution personnelle (en US \$ PPA/hab.)	■	760	2013	---	---	---	SHA	595 <sup>(1)</sup>
<b>A-4</b>	Report déclaré des contacts avec les services de santé pour raisons financières (% des foyers)	●	8,0	2013	5,0	<b>9,0</b>	<b>22,0</b>	HIS	---
<b>Ressources humaines</b>									
<b>A-5</b>	Médecins en activité (/1000 hab.)	<b>C</b>	2,95	2013	---	---	---	INAMI	3,41 <sup>(1)</sup>
<b>A-6</b>	Infirmiers en activité (/1000 hab.)	<b>C</b>	9,51	2012	---	---	---	Cadastre <sup>a</sup>	10,77 <sup>(1)</sup>
<b>A-7</b>	Nombre d'offres d'emploi pour des infirmiers	<b>C</b>	2058	2013	---	---	---	SPF	---
<b>NEW</b>									
<b>A-8</b>	Nombre de patients par infirmier	●	10,7	2010	---	---	---	RN4CAST	9,0 <sup>(2)</sup>
<b>NEW</b>									
<b>Délais d'attente</b>									
<b>A-9</b>	Délai de plus de 2 semaines pour voir un spécialiste (% de la population sollicitant un rendez-vous)	●	38,4	2013	38,6	38,9	36,0	HIS	---
<b>NEW</b>									

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

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. PPA = parité du pouvoir d'achat.<sup>a</sup> Les dernières données disponibles pour les infirmiers se basent sur le cadastre des professions de santé pour 2009. Une extrapolation pour les années suivantes a été réalisée par la Belgique en collaboration avec l'OCDE.

Sources des résultats pour les comparaisons internationales : <sup>(1)</sup> Statistiques de santé 2015 de l'OCDE ; <sup>(2)</sup> étude RN4CAST.



## 4.2. 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 ». <sup>27</sup> Dans ce rapport, cette notion recouvre 5 sous-dimensions : efficacité, pertinence, sécurité, continuité et approche centrée sur le patient.

### 4.2.1. 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 ». <sup>22</sup> Les indicateurs d'efficacité sont typiquement des indicateurs de résultats – résultats rapportés par le patient (*patient reported outcomes* ou PROMs), effets indésirables (mortalité, hospitalisations évitables, incidence de la résistance bactérienne...) et événements sentinelles (p.ex. erreur de site chirurgical). Six paramètres ont été sélectionnés parmi les indicateurs publiés à l'échelon international en vue d'évaluer l'efficacité des soins (Tableau 4).

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

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 de la septicémie après chirurgie abdominale (QS-4) ; prévalence des escarres nosocomiales de catégorie II-IV (QS-5) ;
- Indicateurs de santé mentale : mortalité par suicide (MH-1) ; taux d'hospitalisation dans un service de psychiatrie (MH-4) ;
- Indicateurs des soins préventifs : incidence de la rougeole (P-5) ; taux de survie des cancers faisant l'objet d'un programme de dépistage (cancer du sein, QE-3, cancer colorectal, QE-4).

## 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<sup>e</sup> ligne et de mauvaise coordination de la continuité des soins. <sup>28</sup>

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 (essentiellement chez les femmes) ; cette évolution s'observe également dans les autres pays de l'UE-15.

## Survie après cancer

Les taux de survie 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 la dernière étude en date comparant nos résultats à ceux d'autres pays, <sup>29</sup> 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. 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 88,3 % et 64,8 % dans une cohorte de patients diagnostiqués en 2008. En comparaison avec des patients diagnostiqués en 2004, le taux de survie est resté stable pour le cancer du sein et a connu une progression modérée pour le cancer



colorectal. Une augmentation notable de la survie est observée plus spécifiquement chez les patients atteints d'un cancer colorectal au stade II ou III (résultats présentés dans l'annexe).

### **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 2012 – une tendance qui s'observe également dans d'autres pays d'Europe.<sup>28</sup> Cette amélioration peut probablement être attribuée en partie à une meilleure prise en charge, en particulier au cours de la phase aiguë de l'infarctus du myocarde. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer les causes du taux de plus élevé observé en Wallonie et à Bruxelles en comparaison avec la Flandre.

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*).<sup>28</sup> Dans la lignée des tendances observées ailleurs en Europe, le taux de mortalité après AVC ischémique a légèrement diminué en Belgique entre 2000 et 2004, mais il s'est stabilisé ces dernières années. Les résultats sont similaires dans les trois régions du pays.

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

### **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 PROMs). Ces données permettent de mesurer le fonctionnement des patients par rapport à un problème de santé donné et à sa prise en charge (p.ex. prothèse de hanche ou de genou, contrôle de la douleur en fin de vie).<sup>30</sup> Rapportées en routine dans le rapport de performance néerlandais<sup>31</sup>, ces PROMs ne sont collectées en Belgique que dans le cadre de quelques initiatives locales.

Le sous-ensemble d'indicateurs d'efficacité des soins a été choisi parmi des 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 supérieurs. Les comparaisons internationales doivent toutefois être interprétées avec prudence à cause de certains problèmes méthodologiques. Les tendances au fil du temps sont de plus en plus fiables et livrent donc des informations précieuses pour les décideurs politiques :

- Les deux indicateurs touchant aux hospitalisations évitables (asthme et diabète) affichent une tendance à la baisse qui pourrait être liée à une amélioration de la qualité des soins primaires.
- La survie relative à 5 ans après cancer colorectal a connu une augmentation notable pour les patients aux stades II-III.
- Les taux de mortalité après IAM ont diminué ces dernières années, comme dans d'autres pays d'Europe.
- Les indicateurs repris dans d'autres dimensions (sécurité, prévention, etc.) affichent une évolution positive.



Tableau 4 – Indicateurs de l'efficacité des soins

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne) [BELGIQUE]	
<b>Efficacité des soins primaires – hospitalisations évitables</b>									
<b>QE-1</b> <b>NEW</b>	Hospitalisations liées à l'asthme chez l'adulte (/100 000 hab.)	●	38	2012	36	36	55	RHM	35 <sup>(1)</sup> [BE : 37,9]
<b>QE-2</b> <b>NEW</b>	Hospitalisations liées aux complications du diabète chez l'adulte (/100 000 hab.)	+	177	2012	167	189	195	RHM	176 <sup>(2)</sup> [BE : 181]
<b>Efficacité des soins hospitaliers – résultats de santé</b>									
<b>QE-3</b>	Taux de survie relative à 5 ans après cancer du sein (%)	●	88,3	2008	88,9	89,6	88,6	Registre du Cancer	83,6 <sup>(3)</sup> [BE : 82,7]
<b>QE-4</b>	Taux de survie relative à 5 ans après cancer colorectal (%)	+	64,8	2008	66,4	64,4	62,5	Registre du Cancer	58,9/58,4 <sup>(3)(4)</sup> [BE : 1,7/62,9]
<b>QE-5</b> <b>NEW</b>	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour IAM (pop. +45 ans, sur la base des hospitalisations, %)	+	7,3	2012	6,5	9,3	8,0	RHM	7,0 <sup>(1)</sup> [BE : 7,6]
<b>QE-6</b> <b>NEW</b>	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour AVC ischémique (pop. +45 ans, sur la base des hospitalisations, %)	●	8,9	2012	9,1	8,7	8,9	RHM	8,0 <sup>(1)</sup> [BE : 9,2]

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

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. IAM = infarctus aigu du myocarde. AVC=accident vasculaire cérébral.

Source des résultats pour les comparaisons internationales : <sup>(1)</sup> statistiques de santé 2015 de l'OCDE – les résultats pour la Belgique concernent l'année 2009 ; <sup>(2)</sup> OCDE, Health at a Glance 2014 ; <sup>(3)</sup> étude EUROCARE-5, cohorte 1999-2007, les résultats pour la Belgique (Flandre) sont indiqués entre [ ] ; <sup>(4)</sup> les résultats pour les cancers du côlon et du rectum sont présentés séparément dans l'étude EUROCARE-5.



#### 4.2.2. Adéquation des soins

L'adéquation des soins – comprenez, 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 ».<sup>22</sup> Elle peut être évaluée par différents moyens, dont le plus robuste consiste à examiner dans quelle mesure la pratique médicale est conforme aux **recommandations des directives cliniques**. Une autre méthode fréquemment utilisée est l'analyse de la **variabilité géographique**.

Six indicateurs touchant aux soins aigus et chroniques ont été retenus (Tableau 5). Ils concernent l'application des directives (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 2, vaccination et dépistage), sur la santé mentale (Tableau 9, prescription et consommation de médicaments) et sur les soins de fin de vie (Tableau 12, agressivité des soins en fin de vie).

#### 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.<sup>d</sup> Ce paramètre est relativement stable et 68 % des diabétiques insulinodépendants sont actuellement suivis conformément aux recommandations des directives cliniques. Ce chiffre est plus faible pour les diabétiques non-insulinodépendants (43 %). Il existe également des différences régionales pour les deux sous-groupes : la différence entre Flandre et Wallonie atteint près de 10 % pour les diabétiques insulinodépendants, tandis que le taux de couverture le plus élevé est observé à Bruxelles pour les patients sous antidiabétiques oraux. Dans les deux groupes, le problème semble se situer surtout au niveau de l'examen de la rétine chez l'ophtalmologue, en particulier pour les habitants des structures de soins résidentiels.

<sup>d</sup> En ce qui concerne le suivi des diabétiques, les directives recommandent un contrôle de l'hémoglobine glyquée, de l'albumine et de la créatinine de

#### 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 directives.

La Belgique se trouve dans le haut des classements internationaux pour la prescription d'antibiotiques, avec une consommation du même niveau que p.ex. en France mais environ 2,5 fois plus élevée qu'aux Pays-Bas. En 2013, une proportion importante de la population totale (environ 42 %, stable dans le temps) a reçu au moins une prescription d'antibiotiques ; ce taux est plus élevé en Wallonie (44,5 %) qu'en Flandre (41,1 %) et à Bruxelles (36,4 %). Le phénomène est également beaucoup plus marqué dans les soins résidentiels (62,1 %) et chez les personnes âgées recevant des soins à domicile (60,1 %) que chez les seniors ne bénéficiant pas de soins de longue durée (43,4 %, voir QA-4 dans le Tableau 11), mais cet écart pourrait simplement s'expliquer par des différences entre ces populations. Par ailleurs, 55 % des antibiotiques prescrits sont des produits de seconde ligne (vs. 17 % aux Pays-Bas<sup>32</sup>). Cet indicateur affiche également de piètres scores chez les enfants (> 38 %).

#### Utilisation de techniques d'imagerie médicale inappropriées

L'exposition aux radiations médicales est particulièrement élevée en Belgique, essentiellement du fait d'un recours très important aux examens d'imagerie médicale. Des campagnes nationales organisées par le SPF et l'INAMI sont parvenues à inverser cette tendance entre 2009 et 2012 et à ramener les chiffres au niveau de 2006, mais les doses de radiation actuelles restent dans le haut du tableau européen.<sup>33</sup> La situation a atteint un plateau depuis 2012, essentiellement attribuable à l'augmentation persistante du recours à l'examen CT de la colonne lombaire. En 2013, 50 % des irradiations médicales sont encore le fait de ces techniques inappropriées. Un rapport récent a également montré que la prescription

préférence une fois par an, et au minimum tous les 15 mois. Un examen du fond de l'œil annuel par un ophtalmologue est également recommandé afin d'identifier les complications oculaires précoces.



d'examens d'imagerie impliquant des irradiations importantes est plus fréquente en Wallonie.<sup>34</sup>

### 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 domine le tableau de l'UE-15).<sup>34</sup>

Alors que l'OMS estime que le taux de césariennes ne devrait pas dépasser 10-15 %, <sup>35</sup> on observe dans la région UE-15 que les chiffres, déjà élevés, continuent à augmenter (23,4 % des naissances vivantes). Les taux belges sont inférieurs à cette moyenne (20,4%) et stables ces dernières années, mais très variables d'un hôpital à l'autre.<sup>36</sup>

### 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 11), le dépistage du cancer du sein semble se faire d'une manière inappropriée : alors que le taux de participation aux programmes de screening organisé est faible (en particulier en Wallonie et à Bruxelles), il n'est pas rare que des femmes qui n'appartiennent pas au groupe d'âge visé soient soumises à un examen de dépistage.

Dans le domaine de la **santé mentale**, les résultats laissent entrevoir des prescriptions médicamenteuses de durée inappropriée, en ce sens que la durée minimale recommandée pour le traitement antidépresseur (au moins trois mois) n'est souvent pas respectée.

### Conclusion

Plusieurs 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 nombre d'indicateurs, la Belgique affiche des résultats décevants en comparaison avec d'autres pays, et ne semble en outre enregistrer que de 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. L'exposition aux radiations médicales à la suite d'examens d'imagerie inappropriés ne diminue plus, à cause du recours croissant aux CT scans lombaires.

Des soins inappropriés (abus, sous-utilisation et utilisation à mauvais escient des ressources disponibles) ont des conséquences sur plusieurs 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.





Tableau 5 – Indicateurs de l'adéquation des soins

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Cible	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
<b>Soins primaires – malades chroniques (directives)</b>									
<b>QA-1</b> Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat <sup>a</sup> (% des diabétiques sous insuline)	●	67,8	2013	71,6	61,5	66,6	AIM	---	
<b>QA-2</b> Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat <sup>a</sup> (% des patients de +50 ans sous antidiabétiques oraux uniquement)	●	43,4	2013	43,5	42,2	47,9	AIM	---	
<b>Soins primaires – habitudes de prescription (directives)</b>									
<b>QA-3</b> Recours aux antibiotiques (total des DDD/1000 hab/jour)	●	28,7	2012	--	--	--	Pharmanet	21,8 <sup>(1)</sup>	
<b>QA-4</b> Recours aux antibiotiques au moins 1x dans l'année (% de la population)	●	41,7	2013	41,1	<b>44,5</b>	36,4	AIM	---	
<b>QA-5</b> Recours aux antibiotiques de 2 <sup>e</sup> intention <sup>b</sup> (% du total des DDD d'antibiotiques)	●	55,4	2013	54,9	59,2	53,2	AIM	---	
<b>Imagerie médicale inappropriée</b>									
<b>QA-6</b> <b>NEW</b> Exposition aux radiations médicales suite à l'utilisation d'examens d'imagerie inappropriés (mSv/hab./an)	+	0,90	2014	--	--	--	INAMI	--	
<b>Soins aigus – variabilité des procédures chirurgicales</b>									
<b>QA-7</b> Césariennes (/100 naissances vivantes)	●	20,4	2012	10-15	19,7	21,0	20,3	RHM	23,4 <sup>(1)</sup>

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

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. DDD = defined daily dose

<sup>a</sup> Un suivi approprié étant défini comme la réalisation régulière d'examens de rétine et de tests sanguins (hémoglobine glyquée et créatinine sérique) ; <sup>b</sup> Antibiotiques de seconde intention : amoxicilline + acide clavulanique, macrolides, céphalosporines et quinolones.

Source des résultats pour les comparaisons internationales : <sup>(1)</sup> statistiques de santé de l'OCDE pour 2015.



### 4.2.3. Sécurité des soins

La sécurité peut se définir comme « la mesure dans laquelle le système ne nuit pas au patient ». <sup>22</sup> 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 6).

#### Infections associées aux soins (nosocomiales)

La prévalence des infections nosocomiales chez les patients hospitalisés s'élève à 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 supérieur à la moyenne de l'UE (5,7 %). Il reste donc des progrès à faire en matière d'infections nosocomiales.

Le second indicateur est l'incidence du MRSA 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 2004. Les recommandations nationales pour le contrôle du MRSA, publiées en 2003, sont probablement l'un des facteurs ayant contribué à ce résultat positif. L'incidence du MRSA nosocomial reste toutefois plus élevée en Wallonie que dans les autres régions.

#### Complications après chirurgie

Les complications après chirurgie, enregistrées dans le RHM, sont compilées dans les indicateurs de sécurité des patients des *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 et des résultats stables pour les septicémies postopératoires après chirurgie abdominale. Il existe également des différences régionales, l'incidence des complications après chirurgie étant la plus faible en Flandre. Les résultats pour les deux indicateurs sont moins bons que la moyenne UE-15, mais les méthodologies utilisées sont légèrement différentes.

#### 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 récente du Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière a observé 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

Le dernier type d'indicateurs concerne la polymédication chez les patients âgés – un phénomène qui peut avoir un impact négatif sur leur santé, notamment à cause d'un risque accru d'interactions médicamenteuses. Deux indicateurs ont été sélectionnés pour surveiller ce phénomène : la polymédication (au moins 5 médicaments différents/jour) et la polymédication excessive (au moins 9 médicaments différents/jour). À noter que l'expression « polymédication excessive » utilisée dans ce contexte n'a pas de connotation négative quant à la pertinence de cette polymédication.

Les résultats de l'enquête de santé (HIS) révèlent une tendance à la baisse depuis 2008 pour ces deux indicateurs, avec de très faibles variations régionales. Ces résultats positifs sont quelque peu en contradiction avec l'augmentation globale de la consommation de médicaments,<sup>37</sup> et les raisons de ces divergences (HIS vs données de facturation) devraient faire l'objet de recherches plus poussées. Précisons par ailleurs que la prévalence de la polymédication excessive est plus élevée parmi les « grands vieillards » (+85 ans). Ce groupe mérite une attention toute particulière étant donné le risque accru d'effets secondaires associé à des fonctions rénale et hépatique potentiellement réduites.

#### Conclusion

Les résultats obtenus sont moyens pour la majorité des indicateurs de sécurité, à l'exception de la prévalence des infections nosocomiales, qui est plus élevée que prévu et doit indéniablement être améliorée. Les tendances favorables enregistrées au fil du temps (lorsque cette information est disponible) sont à confirmer dans les années à venir.



Tableau 6 – Indicateurs de la sécurité des soins

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
<b>Infections nosocomiales</b>									
<b>QS-1</b> <b>NEW</b>	Prévalence des infections contractées à l'hôpital (% des patients hospitalisés)	●	7,1	2011	---	---	---	NSIH	5,7 <sup>(1)</sup>
<b>QS-2</b>	Incidence des infections à MRSA contractées à l'hôpital (/1000 séjours hospitaliers)	+	1,2	2013	0,7	<b>1,5</b>	<b>0,9</b>	NSIH	---
<b>Complications après chirurgie <sup>a</sup></b>									
<b>QS-3</b> <b>NEW</b>	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)	+	472	2012	330	<b>720</b>	<b>595</b>	RHM	385 <sup>(2)</sup>
<b>QS-4</b>	Incidence des septicémies postopératoires après chirurgie abdominale (/100 000 sorties d'hôpital après chirurgie abdominale)	+	2114	2012	1780	<b>2267</b>	<b>3118</b>	RHM	1736 <sup>(2)</sup>
<b>Complications pendant une hospitalisation – qualité des soins infirmiers</b>									
<b>QS-5</b>	Prévalence des escarres cat II-IV survenues à l'hôpital (% des patients hospitalisés)	●	5,1	2012	4,0	<b>7,7</b>	<b>5,9</b>	CFQAI	---
<b>Polymédication</b>									
<b>QS-6</b> <b>NEW</b>	Polymédication (5 médicaments différents ou plus au cours des dernières 24 heures) (% pop. de +65 ans)	+	27,4	2013	27,2	27,2	29,2	HIS	---
<b>QS-7</b> <b>NEW</b>	Polymédication excessive (9 médicaments différents ou plus au cours des dernières 24 heures) (% pop. de +65 ans)	●	5,6	2013	<b>6,0</b>	4,9	4,7	HIS	---

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

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. MRSA = *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ; CFQAI = Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière ; NSIH = Surveillance Nationale des Infections Nosocomiales (ISP).

<sup>a</sup> Patient Safety Indicators

Sources des résultats pour la comparaison internationale : <sup>(1)</sup> Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies, sur la base de l'UE-30; <sup>(2)</sup> OECD Health at a Glance 2014 (la méthodologie n'est toutefois pas parfaitement comparable).



#### 4.2.4. 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, et la mesure dans laquelle le cours de la maladie est couvert dans son entièreté ». <sup>22</sup>

Nous avons distingué quatre facettes de la continuité : la **continuité de l'information** (la disponibilité et l'utilisation des données touchant à des événements antérieurs au cours des contacts actuels avec le patient), la **continuité relationnelle** (l'existence d'une relation durable entre les patients et un ou plusieurs dispensateurs de soins), la **continuité de la gestion des soins** (leur dispensation cohérente par différents dispensateurs de soins dans des cadres différents) 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 (Tableau 7).

##### 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.

En 2013, 62 % des patients qui ont eu au moins un contact avec leur MG au cours des trois dernières années ont un DMG (QC-1) – un résultat qui reste améliorable, en particulier en Wallonie et à Bruxelles où ce taux de couverture est plus faible. L'utilisation du DMG progresse toutefois peu à peu depuis son introduction en 2001 ; plus de 82 % des plus de 75 ans sont aujourd'hui couverts.

Une limitation de cet indicateur est que l'absence de DMG ne permet pas de conclure à l'absence de continuité dans l'information, puisqu'il est possible qu'il existe un dossier médical non enregistré dans ce système.

##### Continuité relationnelle avec un MG

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

En 2012-2013, près de 70 % des patients ont vu leur MG habituel pour au moins trois contacts sur quatre avec un MG (UPC  $\geq$  0,75). Ce pourcentage est resté assez stable depuis 2008 et est plus élevé parmi les 65-84 ans et en Wallonie.

##### Continuité des soins entre l'hôpital et la médecine générale

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 54,6 % des patients âgés (+ de 65 ans) en 2013. Cette proportion a légèrement diminué depuis 2008 et est plus élevée en Flandre et en Wallonie qu'à Bruxelles, ainsi que chez les patients habitant dans une structure de soins résidentiels (QC-3, Tableau 11).

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.

##### 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).

La majorité (91 %) des patients diabétiques insulino-dépendants sont couverts par l'un de ces systèmes (principalement la convention), ce qui contraste nettement avec le taux très faible enregistré parmi les patients sous antidiabétiques oraux (16 %, moitié passeport diabète, moitié trajet de soins). Cette proportion est plus élevée en Flandre pour les deux groupes, mais une tendance positive est observée dans toutes les régions. Les résultats sont moins bons 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 (QE-2, Tableau 4) – 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 cancéreux**

Nombre de pays ont introduit les concertations d'oncologie 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.

Globalement, environ 84 % des patients cancéreux ont fait l'objet d'une réunion en COM en 2012. Bien que l'on observe une tendance à la hausse dans toutes les régions, ce pourcentage reste plus élevé en Flandre (86 %) qu'à Bruxelles (83 %) et en Wallonie (80%).

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 cancéreux devant être examinés en COM, mais décevants pour les diabétiques non-insulinodépendants. Dans cette population, il semble qu'une structure favorisant la coordination des soins existe mais ne soit que peu utilisée.

Les trois autres indicateurs concernent les MG et livrent des résultats moyens : l'utilisation du DMG doit encore augmenter, la continuité relationnelle telle que mesurée par l'indice UPC reste améliorable mais est assez bonne pour les patients les plus vulnérables (personnes âgées, groupes socio-économiquement défavorisés) et le pourcentage de contacts avec les patients âgés après leur sortie d'hôpital est décevant.

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 7 – Indicateurs de la continuité des soins

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
<b>Continuité de l'information en médecine générale</b>									
<b>QC-1</b>	Couverture par le DMG (% pop ayant eu au moins un contact avec son MG au cours des 3 dernières années)	+	62	2013	73	<b>48</b>	<b>44</b>	INAMI AIM	---
<b>Continuité relationnelle en médecine générale</b>									
<b>QC-2</b>	Usual Provider Continuity index $\geq 0,75$	●	69,6	2013	68,5	73,1	65,2	AIM	---
<b>Continuité de la gestion entre l'hôpital et le MG</b>									
<b>QC-3</b>	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% de patients de +65 ans)	-	54,6	2013	57,5	52,8	<b>38,6</b>	AIM	---
<b>Coordination dans les soins ambulatoires</b>									
<b>QC-4</b>	Proportion de diabétiques adultes (insulinodépendants) avec convention/passeport/trajet de soins (% de patients)	+	90,8	2013	91,5	90,6	87,7	AIM	---
<b>NEW</b>									
<b>QC-5</b>	Proportion de diabétiques adultes (sous antidiabétiques oraux) avec convention/passeport/trajet de soins (% de patients de +50 ans)	+	16,1	2013	21,8	<b>9,2</b>	<b>12,8</b>	AIM	---
<b>NEW</b>									
<b>Coordination dans les soins hospitaliers</b>									
<b>QC-6</b>	Patients oncologiques discutés lors d'une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) (%)	+	83,6	2012	85,8	79,7	83,4	Registre du Cancer + AIM	---

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

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.

MG = médecin généraliste



#### 4.2.5. Soins centrés sur le patient

Une prise en charge centrée sur le patient se définit comme « des soins respectueux et attentifs aux préférences, besoins et valeurs du patient, et qui veillent à ce que ces dernières guident la prise de décision clinique ». <sup>38</sup> 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 dispensateur de soins (qui suppose une série de compétences telles que l'écoute, la capacité à donner des explications, la courtoisie) et sur l'implication des patients et de leurs proches dans les soins (leur donner la possibilité de gérer leur prise en charge et de prendre des décisions informées concernant leurs options thérapeutiques). Mesurer ces aptitudes représente toutefois un réel défi. En Belgique, l'Institut Scientifique de Santé publique (ISP) a repris dans son enquête de santé (HIS) 2013 <sup>39</sup> l'outil de l'OCDE consacré à l'expérience qu'a le patient des soins de 1<sup>e</sup> ligne <sup>40</sup>.

De façon générale, la satisfaction des patients vis-à-vis des quatre aspects sélectionnés est élevée (plus de 90 % pour les indicateurs QP-1 à QP-4), tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée. Une comparaison portant sur 13 pays d'Europe a révélé que Belgique se situe en haut du tableau pour chacun de ces 4 indicateurs.

Les patients présentant un niveau d'éducation plus faible semblent légèrement moins satisfaits de leurs contacts avec le spécialiste que ceux qui ont un niveau d'éducation élevé, mais ce n'est pas le cas pour les contacts avec le MG.

Le degré de satisfaction est également plus faible à Bruxelles pour deux indicateurs : le temps consacré au patient par le MG ou le spécialiste (QP-1) et la possibilité de poser des questions au spécialiste (QP-3).

#### Conclusion

Les 4 nouveaux indicateurs consacrés aux soins axés sur le patient, basés sur la dernière enquête de santé (2013), s'intéressent à l'expérience du bénéficiaire des soins. Cet aspect était jusqu'ici mesuré au travers de questions relatives à sa satisfaction, mais cette approche était très critiquée tant pour la validité du concept que pour la précision des mesures.

Les médecins belges actifs dans le secteur ambulatoire semblent 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. Néanmoins, plusieurs limitations subsistent. Premièrement, il existe des limites à la représentativité de la HIS, notamment en ce qui concerne les patients maîtrisant mal les langues nationales. Deuxièmement, ces indicateurs ne portent que sur les soins ambulatoires. Dans la section sur les soins de fin de vie, un indicateur comme le pourcentage de patients cancéreux terminaux décédant à leur domicile (EOL-4, Tableau 12) permet également une bonne appréciation de l'approche centrée sur le patient, mais les résultats à ce niveau sont moins positifs que pour l'expérience des soins ambulatoires. Enfin, les initiatives visant à améliorer l'approche centrée sur le patient sont morcelées et difficilement identifiables. Des données à grande échelle mesurant la performance à ce niveau font défaut dans tous les contextes.



Tableau 8 – Indicateurs de la place centrale accordée au patient

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)
<b>Les soins ambulatoires dans l'expérience du patient</b>							
<b>QP-1</b> <b>NEW</b> 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 <sup>(1)</sup>
<b>QP-2</b> <b>NEW</b> 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 <sup>(1)</sup>
<b>QP-3</b> <b>NEW</b> Le médecin donne l'occasion au patient de formuler 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 <sup>(1)</sup>
<b>QP-4</b> <b>NEW</b> 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 <sup>(1)</sup>

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

MG = médecin généraliste ; MS = médecin spécialiste.

Source des résultats pour la comparaison internationale : <sup>(1)</sup> statistiques de santé de l'OCDE pour 2015.





## 5. SOINS DE SANTÉ MENTALE

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

Au cours de la dernière décennie du 20<sup>e</sup> siècle, le secteur de la santé mentale a connu en Belgique, comme dans la plupart des pays industrialisés<sup>41</sup>, plusieurs vagues de réformes marquées par une forte volonté de désinstitutionalisation. Ce mouvement insistait sur l'importance de la réintégration des patients psychiatriques dans la société en évoluant d'un système basé sur de grands hôpitaux psychiatriques vers une offre de services alternatifs au sein de la communauté.<sup>42</sup> Toutefois l'insuffisance de données disponibles entrave l'évaluation adéquate de la performance dans le secteur des soins de santé mentale. Étant donné cette limitation, il n'a pas été possible de développer des indicateurs pertinents pour le suivi de ces évolutions (p.ex. gestion de cas). À défaut, nous nous sommes donc appuyés sur des indicateurs généraux (p.ex. taux de suicide) ou concernant les hospitalisations psychiatriques (p.ex. nombre de jours d'hospitalisation dans un centre psychiatrique, admissions sous contrainte).

Ce rapport comprend 10 indicateurs qui tentent de cerner la 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, lorsque l'on replace les données belges dans un contexte international, le taux de suicide (18,3/100 000 hab.) semble considérablement plus élevé que dans d'autres pays d'Europe (10,6 dans l'UE-15). 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 récent des mutualités socialistes révèle 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 MG ou un psychiatre au cours des 3 mois suivant la sortie.<sup>43</sup> En dépit d'un léger recul des taux de suicide, les résultats observés témoignent qu'il faut continuer à soutenir les actions

concertées dans ce domaine<sup>44</sup> pour accélérer cette progression. Deuxièmement, il existe des différences marquées entre régions, avec un taux de suicide sensiblement plus élevé en Wallonie (21,9/100 000 hab.) qu'à Bruxelles (11,9) et en Flandre (17,4). 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 (71 DDD/1000 hab./jour) restent considérablement plus élevés que la moyenne des autres pays européens (64,6). On observe par ailleurs une consommation nettement plus élevée en Wallonie (88,1) qu'en Flandre (65,1) ou à Bruxelles (54,7) ; 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 directives *evidence-based*...).

Par rapport au précédent rapport (2012), deux indicateurs supplémentaires livrent des informations concernant la prescription d'antidépresseurs. Le premier est le pourcentage d'adultes ayant pris des antidépresseurs au cours de l'année écoulée (MH-7); il révèle que la progression de ce pourcentage s'est ralentie ces dernières années (passant p.ex. de 12,3 % en 2006 à 13,3 % en 2008) et est aujourd'hui relativement stable (13,4 % en 2013). Les taux de prescription les plus élevés sont observés parmi les seniors bénéficiant de soins de longue durée (Tableau 11 : 37,4 % chez les patients traités à domicile, 47 % chez les patients vivant en MRS/MRPA et 16,6 % chez ceux qui ne reçoivent pas de soins de longue durée).

Le second indicateur supplémentaire est une mesure du respect des recommandations (MH-8). Alors que la dépression majeure nécessite au moins trois mois de traitement par antidépresseurs, un pourcentage élevé d'adultes – 47,4 % en 2013 – prennent ces médicaments pendant une période plus brève (< 3 mois). Ce taux élevé de prescriptions à court terme reste assez stable dans le temps. Enfin, la prescription d'antidépresseurs connus pour leurs effets secondaires anticholinergiques chez les personnes âgées (cause potentielle de chutes) semble également se stabiliser à environ 15 %. La consommation (in)appropriée d'antidépresseurs représente donc un point d'attention important dans le contexte belge.



### **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 304 pour 1000 habitants en 2000 à 336 en 2012. Deux variables contextuelles 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 (1,5 % des admissions aux urgences dans les hôpitaux généraux en 2008 et 2012) et le nombre d'hospitalisations sous contrainte dans une structure psychiatrique (6,8 pour 10 000 habitants en 2008 ; 7,0 en 2012).

La Flandre affiche par ailleurs un nombre plus élevé de jours d'hospitalisation en psychiatrie que les autres régions. Nous ne savons pas si ces admissions 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 flamandes révèlent à cet égard qu'une proportion non négligeable de patients (37 % en 2013) doivent attendre un mois ou plus pour un premier contact avec un centre de santé mentale ambulatoire, et que ce nombre a légèrement augmenté au fil du temps.

### **Conclusion**

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.



Tableau 9 – Indicateurs de la santé mentale et des soins de santé mentale

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
<b>Etat de santé</b>									
<b>MH-1</b>	Mortalité par suicide (/100 000 hab.)	●	18,3	2012	17,4	21,9	11,9	Statistics Belgium	10,6 <sup>(1)</sup>
<b>Accessibilité des soins</b>									
<b>MH-2</b> <b>NEW</b>	Psychiatres en activité (/1000 hab.)	C	0,17	2013	---	---	---	INAMI	0,18 <sup>(1)</sup>
<b>MH-3</b> <b>NEW</b>	Délais d'attente de plus d'un mois pour un 1 <sup>er</sup> contact avec un centre ambulatoire de santé mentale (% pop ayant eu un contact avec les SSM ambulatoires)	●	---	2013	37	---	---	VAZG	---
<b>Pertinence des soins</b>									
<b>MH-4</b>	Taux d'hospitalisation sous contrainte dans un service de psychiatrie (/10 000 hab.)	C	7,0	2012	6,8	5,8	<b>9,8</b>	RPM	---
<b>MH-5</b> <b>NEW</b>	Passage aux urgences pour un problème social, mental ou psychologique (% des admissions aux urgences des hôpitaux généraux)	●	1,5	2012	1,5	1,3	<b>1,8</b>	RHM	---
<b>Pertinence des habitudes de prescription chez les patients ambulatoires</b>									
<b>MH-6</b>	Prise d'antidépresseurs (total DDD/1000 hab./an)	⊖	71	2013	65,1	<b>88,1</b>	54,7	Pharmanet	64,6 <sup>(1)</sup>
<b>MH-7</b>	Prise d'antidépresseurs (% pop. adulte, au moins 1x/an)	●	13,4	2013	11,9	<b>16,6</b>	<b>14,7</b>	AIM	---
<b>MH-8</b> <b>NEW</b>	Pourcentage de patients recevant un traitement antidépresseur bref (< 3 mois) (% de la pop. sous antidépresseurs)	●	47,4	2013	47,1	47,5	48,3	AIM	---
<b>Sécurité des habitudes de prescription chez les patients ambulatoires</b>									
<b>MH-9</b>	Prescription d'antidépresseurs à effet anticholinergique chez les patients de plus de 65 ans (%)	●	15,4	2013	<b>18,5</b>	12,2	10,3	AIM	---
<b>Indicateur contextuel</b>									
<b>MH-10</b> <b>NEW</b>	Nombre de jours d'hospitalisations en psychiatrie (/1000 hab.)	C	336	2012	<b>363</b>	284	261	RPM	---

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

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. Source des résultats pour la comparaison internationale : <sup>(1)</sup> statistiques de santé de l'OCDE pour 2015.



## 6. SOINS DE LONGUE DURÉE AUX PERSONNES ÂGÉES

On définit les soins de longue durée comme un éventail de services nécessaires aux personnes atteintes d'un handicap fonctionnel, physique ou cognitif qui ont besoin d'une aide dans les activités de la vie quotidienne (*activities of daily life* - ADL) pendant une période prolongée. Ils sont souvent associés à des services médicaux de base (p.ex. soins infirmiers), à une aide-ménagère ou à une aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL).<sup>45</sup> Pour les personnes âgées, on distingue deux grands types de **structures résidentielles** : les **maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)**, qui assurent des soins infirmiers et personnels à des seniors majoritairement confrontés à des limitations légères ou modérées, et les **maisons de repos et de soins (MRS)**, destinées aux personnes fortement dépendantes mais ne nécessitant pas de soins hospitaliers permanents.

Pour les personnes qui présentent des limitations légères à sévères dans les ADL et/ou dans leurs facultés cognitives, quel que soit leur âge, il existe également une offre de **soins à domicile**. Les infirmiers à domicile assurent des interventions infirmières techniques et des soins de base (principalement des soins d'hygiène chez les patients qui connaissent des difficultés dans les ADL).<sup>46</sup>

### Accessibilité des services de soins à long terme

D'après les projections démographiques les plus récentes du Bureau fédéral du Plan (2015), la part des seniors (65 ans ou plus) dans la population générale devrait passer de 18 % en 2014 à 25 % en 2060, ce qui débouchera sur un besoin accru de soins de longue durée.<sup>47</sup> L'évolution du nombre de bénéficiaires de ces soins prolongés représente donc un indicateur important de l'accessibilité mais aussi de la soutenabilité du système de santé.

Dans les chiffres de 2013, les personnes âgées sont plus nombreuses à recevoir des soins de longue durée dans le cadre d'une structure résidentielle (8,4 %, LT-1) que dans le cadre des soins à domicile (4,9 %, LT-2). Cette différence est particulièrement prononcée à Bruxelles (10,1 % vs 3,2 %).

Dans la dernière HIS, 9 % de la population de plus de 15 ans déclaraient être amenés à dispenser des soins informels. Ce chiffre était plus élevé à Bruxelles (18 %, LT-3) et dans les groupes plus âgés : d'après la dernière enquête SHARE (Enquête sur la Santé, le Vieillessement et la Retraite en Europe), 20 % des Belges de plus de 55 ans seraient des aidants informels – un taux record parmi les pays participants.

### Les chutes chez les personnes âgées

Les chutes sont une cause fréquente de morbi-mortalité chez les seniors. D'après la dernière HIS, 20 % d'entre eux rapportaient au moins un incident de ce type dans les 12 mois écoulés (LT-4), avec une fréquence moyenne de deux chutes par an. Une tendance à la baisse est toutefois observée dans les trois régions du pays.

### La sécurité dans les soins résidentiels

Un (nouvel) indicateur évalue la **sécurité des soins dans les structures résidentielles** par le biais de la **prévalence des escarres** chez les personnes qui y vivent. D'après une enquête dans les maisons de repos flamandes pour personnes âgées, ce type de lésion était présent chez 4 % des résidents (LT-5), ce qui reflète bien la nécessité de mesures préventives pour réduire le risque d'escarres et pour éviter de créer les conditions qui leur permettraient d'évoluer vers des formes graves voire létales.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de données nationales, internationales ou concernant l'évolution dans le temps de cette problématique, mais on peut espérer que l'implémentation de l'outil d'évaluation des résidents **interRAI** permettra de remédier à cette lacune.

Le second indicateur de la sécurité des soins résidentiels montre que 12% des résidents sont **porteurs du MRSA** (LT-6). Ce chiffre est toutefois en diminution, surtout en Flandre.

### Les plus de 65 ans dans les indicateurs d'autres sections

Le Tableau 11 compare, pour plusieurs indicateurs repris dans d'autres sections, la situation des seniors sans soins de longue durée, bénéficiant de soins à domicile ou résidant dans une structure résidentielle.



Globalement, le séjour dans une structure résidentielle est associée à un taux plus élevé de vaccination contre la grippe (P-4), à davantage de contacts avec le MG (QC-2 and QC-3), à moins de contacts avec l'ophtalmologue chez les diabétiques (QA-1 and QA-2), à une consommation accrue de médicaments (antibiotiques QA-4, antidépresseurs MH-8, polymédication QS-7 et QS-8) et à une consommation moindre d'antidépresseurs anticholinergiques (MH-10).

### Conclusion

La qualité des soins en MRPA/MRS affiche des résultats variables : le portage du MRSA est en recul et la prévalence des escarres est relativement basse, mais l'accès à la médecine spécialisée reste améliorable et le nombre de patients polymédiqués est toujours élevé.

**Tableau 10 – Indicateurs des soins de longue durée aux personnes âgées (+65ans)**

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne) [BELGIQUE]
<b>Recours aux soins de longue durée</b>							
<b>LT-1</b> Soins de longue durée en MRPA/MRS (% pop. +65 ans)	<b>C</b>	8,4	2013	7,8	9,1	10,1	AIM 8,7 <sup>(1)</sup>
<b>LT-2</b> Soins de longue durée à domicile <sup>a</sup> (% pop. +65 ans)	<b>C</b>	4,9	2013	5,2	4,7	3,2	AIM 4,1 <sup>(1)</sup>
<b>LT-3</b> Aidants informels (% pop. +15ans)	<b>C</b>	9	2013	8	8	18	HIS 15,6 <sup>(2)</sup> [BE : 20,6]
<b>Sécurité des personnes âgées</b>							
<b>LT-4 NEW</b> Chutes au cours des 12 derniers mois (% pop. +65 ans)	<b>C</b>	20	2013	19	19	<b>28</b>	HIS ---
<b>Sécurité dans les soins résidentiels</b>							
<b>LT-5 NEW</b> Prévalence des escarres (grade II-IV) dans les MRPA <sup>a</sup> (% de résidents)	●	---	2013	3,97	---	---	VAZG ---
<b>LT-6 NEW</b> Prévalence du portage du MRSA en MRPA/MRS (% de résidents)	+	12,2	2011	7,9	<b>18,3</b>	<b>14,7</b>	ISP ---

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

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.

<sup>a</sup> Les données des soins infirmiers à domicile de longue durée se basent sur la facturation des forfaits journaliers.

Sources des résultats pour les comparaisons internationales : <sup>(1)</sup> OECD Health at a Glance 2013, mais aucune donnée publiée pour la Belgique ; <sup>(2)</sup> statistiques OCDE pour 2015 sur la base de l'enquête SHARE, portant sur la population de plus de 55 ans.

Tableau 11 – Indicateurs déjà rapportés dans d'autres sections, spécifiquement pour la population des personnes âgées (+65ans)

(ID)	Indicateur	Année	Source	Aucun (+65 ans)	Soins à domicile (+65 ans)	MRS/MRPA (+65 ans)	
<b>Prévention</b>							
P-4	Vaccination contre la grippe (% pop +65 ans)	2013	AIM	49*	64,5*	82,2*	●
<b>Respect des directives</b>							
QA-1	Proportion de diabétiques adultes (insulinodépendants) adéquatement suivis (% de patients)	2013	AIM	74,8	58,1	41,3	●
QA-2	Proportion de diabétiques adultes (sous antidiabétiques oraux uniquement) adéquatement suivis (% de patients de +50 ans)	2013	AIM	47	37,4	26,2	●
QA-4	Prise d'antibiotiques (% de la pop., au moins 1 fois/an)	2013	AIM	43,4	60,1	62,1	●
QA-5	Recours aux antibiotiques de 2 <sup>e</sup> intention (% du total des DDD d'antibiotiques)	2013	AIM	60	58,2	53,4	●
<b>Sécurité des habitudes de prescription</b>							
QS-6	Polymédication (5 médicaments différents ou plus dans les dernières 24h) (% pop +65 ans)	2013	HIS	Vivant seul : 31,3 Cohabitant : 24,3	-	40,2	●
QS-7	Polymédication excessive (9 médicaments différents ou plus dans les dernières 24h) (% pop +65 ans)	2013	HIS	Vivant seul : 3,8 Cohabitant : 5,4	-	17	●
<b>Continuité des soins</b>							
QC-2	Indice UPC >0,75	2013	AIM	85,7	86,9	82,1	●
QC-3	Contact avec le MG dans les 7j suivant la sortie d'hôpital (% +65 ans)	2013	AIM	48,4	67,7	69	●
<b>Caractère approprié et sécurité des habitudes de prescription</b>							
MH-7	Prise d'antidépresseurs (% de la pop., au moins 1 fois/an)	2013	AIM	16,6	37,4	46,8	●
MH-8	Pourcentage de patients sous traitement antidépresseur de courte durée (< 3 mois) (% de la pop. sous antidépresseurs)	2013	AIM	48,6	41,8	28,7	●
MH-9	Prescription d'antidépresseurs à effet anticholinergique chez les patients de plus de 65 ans (%)	2013	AIM	17,7	14,9	8,6	●

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

Aucune tendance au cours du temps n'a été évaluée dans ce tableau.

MRPA : maison de repos pour personnes âgées ; MRS : maison de repos et de soins ; « Aucun » = ni MRS/MRPA, ni soins à domicile. 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 MRS/MRPA en Wallonie et à Bruxelles uniquement (résultats pour le Flandre non disponibles dans les données AIM) ;

DDD = dose quotidienne déterminée.



## 7. SOINS DE FIN DE VIE

Les soins palliatifs sont « 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) ». <sup>48</sup> 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. <sup>49</sup> Elle s'est également dotée d'une législation sur l'euthanasie des adultes et des enfants. <sup>50</sup>

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, en accord avec des experts belges, quelques indicateurs pouvant servir de signaux pour la pratique clinique et les décideurs politiques. Une limitation majeure est que nous disposons uniquement de données sur la fin de vie pour les patients oncologiques terminaux ; il n'est pas certain que ces résultats puissent être généralisés à toutes les situations de fin de vie.

### Accès et timing

Plus de la moitié des patients cancéreux terminaux ont reçu des soins palliatifs chez eux ou à l'hôpital<sup>e</sup> en 2012 (EOL-1). Ce pourcentage a légèrement augmenté avec le temps et est plus élevé en Flandre.

Précisons que ce chiffre sous-estime probablement la réalité, car les patients peuvent avoir bénéficié à l'hôpital de soins palliatifs n'ayant pas fait l'objet d'une facturation spécifique.

L'indicateur sur l'introduction (trop tardive) des soins palliatifs laisse à penser que les initiatives politiques n'attirent peut-être pas suffisamment l'attention des patients et des soignants sur l'importance d'initier cette prise en charge en temps utile : 20 % des patients cancéreux terminaux sont décédés dans la semaine suivant l'introduction des soins palliatifs (EOL-2).

### Agressivité des soins en fin de vie

L'agressivité des soins durant la dernière phase de la vie (p.ex. traitements inappropriés) est une autre donnée importante pour les soignants et les décideurs politiques. <sup>51</sup> Environ 11 % des patients cancéreux terminaux ont encore reçu une chimiothérapie au cours des 14 derniers jours de leur vie (EOL-3), 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.

### 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, 65 % des patients cancéreux décèdent à l'hôpital, 23,6 % à la maison et 6 % dans une structure de soins résidentiels (= 29,6 % de décès au lieu de résidence habituel, EOL-4). La proportion de patients décédés à l'hôpital est plus élevée à Bruxelles. L'analyse des tendances prédit que, d'ici à 2040, le nombre de décès en MRPA/MRS devrait plus que doubler, tandis que le nombre de décès à la maison et à l'hôpital devrait diminuer. <sup>52</sup>

<sup>e</sup> 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.



## Conclusion

Les 4 indicateurs consacrés aux soins de fin de vie ne donnent qu'une image partielle de la réalité belge actuelle et se concentrent sur le timing, l'agressivité du traitement et les soins centrés sur le patient chez les patients cancéreux. 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<sup>53</sup>, 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.

**Tableau 12 – Indicateurs sur la fin de vie des patients cancéreux terminaux**

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
<b>EOL-1</b> <i>NEW</i> Patients ayant bénéficié de soins palliatifs <sup>a</sup> (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)		51,0	2012	55,9	44,9	<b>42,6</b>	Registre du Cancer + AIM	---
<b>Soins palliatifs trop tardifs</b>								
<b>EOL-2</b> 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)		19,6	2012	17,4	<b>22,6</b>	20,1	Registre du Cancer + AIM	---
<b>Agressivité des soins en fin de vie</b>								
<b>EOL-3</b> Chimiothérapie moins de 14 jours avant le décès (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)		11,2	2012	9,7	<b>12,6</b>	10,0	Registre du Cancer + AIM	---
<b>Soins centrés sur le patient</b>								
<b>EOL-4</b> Décès au lieu de résidence habituel (domicile ou MRS/MRPA) (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)		29,6	2012	29,9	27,6	<b>18,2</b>	Registre du Cancer + AIM	---

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

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.

<sup>a</sup> 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.





## 8. EFFICIENCE DU SYSTÈME DE 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 intermédiaires (p.ex. nombre de patients traités, délais d'attente) ou les résultats de santé 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 intermédiaires<sup>54</sup>, 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.<sup>55</sup> La littérature comporte nombre de définitions de l'efficacité des soins (voir la section 11 du [Supplément du rapport](#) pour ces définitions), qui diffèrent principalement par la manière dont elles capturent la notion de qualité.<sup>56</sup>

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.<sup>57</sup>

### Mesurer l'efficacité

L'efficacité des soins de santé est habituellement mesurée à trois niveaux<sup>58</sup> : 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 à certaines maladies, ils existent mais leur couplage aux inputs reste un défi considérable.

### Indicateurs d'efficacité sélectionnés dans le cadre de ce rapport

Trois indicateurs ont été sélectionnés pour évaluer l'efficacité du système de soins de santé (Tableau 13) ; tous trois portent 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. Ces trois indicateurs sont : l'augmentation du recours aux médicaments bon marché, le recours croissant à l'hôpital de jour en lieu et place de l'hospitalisation chirurgicale classique (au moins une nuit) et la 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 dépit de cette baisse, la durée de séjour après accouchement normal reste supérieure à la moyenne UE-15.

**Tableau 13 – Indicateurs de l'efficacité des soins de santé**

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
<b>E-1</b>	Hospitalisations chirurgicales d'un jour (% du total des hospitalisations chirurgicales)	+	48,5	2012	50,6	43,2	50,8	RHM	---
<b>E-2</b>	Durée moyenne du séjour après accouchement normal (jours)	+	4,0	2012	3,9	4,0	4,0	RHM	3,0 <sup>(1)</sup>
<b>E-3</b>	Recours aux médicaments bon marché (% du total des DDD ambulatoires)	+	54,8	2014	55,3	54,1	54,7	Pharmanet	---

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

DDD = Dose quotidienne déterminée.

Source des résultats pour la comparaison internationale : <sup>(1)</sup> statistiques de santé de l'OCDE pour 2015.

### Autres indications de l'(in)efficacité

Si les indicateurs repris au Tableau 13 dressent un tableau positif de l'efficacité du système de soins de santé belge, ils ne recouvrent toutefois qu'une partie de cette notion. D'autres indicateurs analysés ou mentionnés dans ce rapport livrent également des indications sur l'efficacité (technique) du système : l'utilisation inefficace des ressources (inputs) peut en effet concerner un grand nombre de facteurs. Les variations géographiques inexplicables en termes de quantité ou de coût des soins (qui peuvent trahir des indications inappropriées), le dépistage en dehors des groupes-cibles,

le recours excessif à certains examens/équipements ou à certains traitements inadéquats sont autant d'exemples fréquemment analysés dans la littérature internationale.

Le Tableau 14 reprend un indicateur pour chacun de ces quatre exemples d'inefficacité. Ces indicateurs ont déjà été commentés dans d'autres sections de ce rapport (cf. ID des différents indicateurs) et sont détaillés dans [le Supplément du rapport](#). Gardons également à l'esprit que de très nombreux autres indicateurs traités ailleurs dans ce rapport peuvent être réinterprétés sous l'angle de l'efficacité.

**Tableau 14 – Exemples d'indications d'un manque d'efficacité**

Cause du manque d'efficacité	Indicateur	ID	Résultat pour la Belgique
Variation géographique inexplicée	Variation dans le recours à l'arthroscopie du genou et au cathétérisme cardiaque (coefficient de variation mesuré à l'échelon provincial)	---	0,36 (arthroscopie du genou) 0,24 (cathétérisme)
Dépistage en dehors du groupe-cible	Dépistage du cancer du sein en dehors du groupe d'âge visé : femmes de 40 à 49 ans dépistées dans les 2 dernières années (%)	P-10	33,3
Sur-utilisation d'exams/équipements	Exposition aux radiations médicales découlant d'exams inadaptés dans la population belge (mSv/hab./an)	QA-6	0,90
Traitement inadapté	Pourcentage de patients sous traitement antidépresseur de courte durée (< 3 mois) (% de la population sous antidépresseurs)	MH-7	59

<sup>a</sup> Cet indicateur n'a pas d'ID parce qu'il n'a pas été décrit dans d'autres tableaux. Nous l'avons retenu ici à titre d'illustration uniquement.



## 9. SOUTENABILITÉ

La soutenabilité du système peut se définir comme sa capacité :<sup>59</sup>

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

La soutenabilité telle que nous la présentons dans ce rapport est une notion aussi large qu'hétérogène. L'ensemble de sous-dimensions proposé 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.

Au total, 13 indicateurs spécifiques ont été retenus pour évaluer ces quatre facettes de la soutenabilité (Tableau 15).

### 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. La soutenabilité fiscale désigne la capacité à récolter suffisamment de fonds publics (impôts et cotisations sociales) pour couvrir les dépenses publiques.<sup>60</sup> Les dépenses de santé totales (S-1) et publiques (S-3) sont donc deux données complémentaires pour évaluer la soutenabilité financière du système.<sup>60</sup> Le 3<sup>e</sup> indicateur (S-2), les dépenses par habitant, se prête à la réalisation de comparaisons internationales.

En Belgique comme dans les autres pays, les dépenses de santé totales (8,0 % du PIB en 2000, 10,2 % en 2013 – soit € 40,6 milliards en chiffres absolus ou € 3.619 par habitant) et publiques (6,0 % en 2000, 8,0% en 2013) sont en augmentation.<sup>61</sup>

Le 3<sup>e</sup> indicateur est une mesure de la capacité du système à rester financé par des fonds publics (S-3) : 78 % des dépenses de santé sont actuellement financées par le secteur public. Ces dépenses de santé correspondent à 15% du budget total des dépenses publiques, tous secteurs confondus.

### Ressources humaines

Une seconde 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 (S-4, S-8), la part des travailleurs qui prendront leur retraite dans un avenir proche (S-7, S-10) et le degré de spécialisation (S-5, S-9) sont des indicateurs qui permettent spécifiquement de mesurer la soutenabilité du système en termes de ressources humaines.

L'accessibilité, mesurée au travers de la densité en médecins et infirmiers en activité (A-5, A-6, Tableau 3), pourrait devenir problématique si une pénurie de nouveaux diplômés devait intervenir dans ces sous-secteurs.

#### Médecins

Le pourcentage de nouveaux médecins diplômés par 100 000 habitants est passé de 7,1 à 10,2 entre 2008 et 2014 (S-4). Le *numerus clausus* a fait sentir ses premiers effets en 2004 (835 jeunes diplômés en 2004 vs. 1193 en 2003). Un système de « lissage » a toutefois été mis en place pour permettre aux universités de puiser dans leurs quotas futurs pour assurer un agrément aux étudiants actuels, ce qui explique l'« excédent » enregistré en 2014 (1289).

Convaincre les jeunes diplômés de s'orienter vers la médecine générale reste toutefois problématique. Même si la part des jeunes médecins qui s'engagent dans cette voie est passée de 24 % de l'ensemble des spécialités médicales en 2008 à 28 % en 2013 (S-5), cette progression reste faible compte tenu des importants efforts consentis depuis 2008 pour accroître l'attrait de la profession. D'après la Commission de Planification, la proportion de MG dans l'ensemble des jeunes médecins devrait idéalement atteindre environ 40 %.<sup>62</sup> En conséquence, l'âge moyen de ce groupe est actuellement le plus élevé, alors qu'il était similaire à celui des autres spécialités en l'an 2000 (S-6).



### Infirmiers

En 2014, 5.325 jeunes diplômés sont sortis des filières belges de formation en soins infirmiers. Avec 47,1 jeunes diplômés pour 100 000 habitants (S-8), la Belgique se situe au-dessus de la moyenne de 42,2/100 000 hab. enregistrée dans l'UE-15, mais cette comparaison est biaisée par la proportion substantielle d'étrangers qui viennent étudier en Communauté française et qui quittent généralement le pays après la fin de leurs études. Nous ne disposons pas de données pour la Communauté flamande.

Les infirmiers fraîchement diplômés sont plus nombreux à avoir un diplôme de bachelier (S-9) en Communauté française (61,3 %) qu'en Communauté flamande (53,5 %). Certaines indications laissent à penser que la proportion d'étudiants infirmiers titulaires d'un diplôme de bachelier aurait légèrement diminué ces dernières années – une tendance à surveiller de près pour garantir la disponibilité d'un contingent infirmier correctement formé dans le futur.

La proportion de titulaires d'un diplôme de bachelier parmi les infirmiers travaillant en Belgique a légèrement augmenté entre 2004 et 2009. Avec 56 % d'infirmiers hospitaliers titulaires d'un bachelier, la Belgique se classe en 5<sup>e</sup> position parmi les 12 pays européens pour lesquels cette information est disponible (données reprises dans le [Supplément du rapport](#)).

### **Utilisation des installations : nombre de jours-lits aigus**

Le nombre de jours-lits en soins aigus par habitant donne une indication des besoins de la population en lits aigus et donc de l'infrastructure nécessaire. En 2012, 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 qui correspond également à la moyenne européenne (S-11). Il est resté stable depuis 2003, mais la durée moyenne du séjour a fortement diminué au cours de la même période tandis que le nombre d'hospitalisations classiques progressait de 11%.<sup>63</sup> 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 efficacité accrue du secteur hospitalier au niveau macro.

### **Innovation**

Le délai qui sépare l'autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne et l'accès aux médicaments innovants à l'échelon national (S-12) est un indicateur important à surveiller, car il reflète non seulement l'accessibilité du système de santé (plus ce délai est court, plus les patients auront rapidement accès aux traitements innovants) mais aussi sa soutenabilité générale, au travers de sa capacité à intégrer l'innovation.

Sur la base d'une analyse de 70 nouveaux médicaments ayant obtenu leur AMM européenne entre 2010 et 2012, la Belgique obtient des scores très faibles pour les deux indicateurs concernant l'accès à ces produits : le pourcentage de médicaments disponibles (63 %) est inférieur à la moyenne de l'UE-8 (79 %) et le délai pour y accéder est supérieur à la moyenne européenne (368 jours vs. 278 jours, S-12). Ce délai a toutefois diminué depuis la première mesure de cet indicateur (2005-2007).

Le recours aux nouvelles technologies est un autre indicateur d'un système innovant. En 2014, trois-quarts (76,7 %) des MG en activité utilisent un dossier électronique et un logiciel agréé pour gérer les données de leurs patients (S-13). Ce chiffre n'a que légèrement progressé depuis 2008 (72,1 %) et est plus élevé en Flandre (84 %). La tenue d'un dossier-patient électronique n'est probablement pas l'indicateur le plus actuel du recours aux nouvelles technologies, mais nous devrions disposer sous peu de données concernant l'utilisation de la plateforme eHealth, qui représente à cet égard une mesure plus appropriée.<sup>64</sup>

### **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) MG dans l'ensemble des spécialités, celle des étudiants en soins infirmiers titulaires d'un diplôme de bachelier, le délai entre AMM européenne et accessibilité nationale des médicaments innovants et l'utilisation du dossier médical électronique.



Tableau 15 – Indicateurs de la soutenabilité du système de santé

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
<b>Dépenses de santé et financement</b>									
S-1	Dépenses de santé totales (% du PIB)	C	10,2	2013		N/A	SHA	9,5 <sup>(1)</sup>	
S-2	Dépenses de santé totales (€/hab.)	C	3619	2013		N/A	SHA	3860 US \$ PPP <sup>(1)</sup> [BE: 4256\$]	
S-3	Dépenses de santé totales (% financé par le secteur public)	C	77,8	2013		N/A	SHA	77,0 <sup>(1)</sup>	
<b>Contingent futur des travailleurs de la santé (flux entrant, flux sortant)</b>									
S-4	Nouveaux diplômés en médecine (/100 000 hab.)	C	10,2	2014	---	---	---	Cadastre	12,1 <sup>(1)</sup>
S-5	Nouveaux diplômés en médecine devenant MG (% des diplômés avec spécialisation médicale)	+	28	2013	29 <sup>b</sup>	26 <sup>b</sup>	---	INAMI	---
S-6	Âge des MG en exercice (ETP, âge moyen)	-	52,8	2013	---	---	---	INAMI	---
S-7	Médecins de +55 ans (% des médecins en activité)	-	43,2	2013	---	---	---	INAMI	34,8 <sup>(1)</sup>
S-8	Nouveaux diplômés infirmiers (/100 000 hab.)	C	47,1	2014	---	---	---	Cadastre	42,2 <sup>(1)</sup>
S-9	Étudiants infirmiers dans une formation de bachelier (% des nouveaux diplômés)	C	---	2014	53,5 <sup>b</sup>	61,3 <sup>b</sup>	---	Cadastre	----
S-10	Infirmiers de +50 ans (% des infirmiers en activité)	C	25,4	2009	23,7	25,1	28,2	Cadastre	---
<b>Utilisation des installations</b>									
S-11	Nombre de jours-lits en hôpitaux aigus (nombre/hab.)	●	1,1	2012	1,1	1,2	1,0	RHM	1,1 <sup>(1)</sup>
<b>Innovation</b>									
S-12	Indicateur W.A.I.T pour les médicaments innovants <sup>a</sup> (en jours)	+	368	2012	---	---	---	EFPIA	278 <sup>(2)</sup>
S-13	MG utilisant un dossier médical électronique (% des MG en activité)	+	76,7	2014	84,1	63,6	62,1	INAMI	---

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

PIB = produit intérieur brut ; PPA = parité du pouvoir d'achat ; SHA = Système de comptes de la santé ; ETP = équivalent temps plein ; MG = médecin généraliste ; EFPIA = European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.

<sup>a</sup>Indicateur W.A.I.T : nombre moyen de jours séparant l'AMM et l'accès du patient au produit ; <sup>b</sup> Données par communauté (plutôt que par région).

Sources des résultats pour la comparaison internationale : <sup>(1)</sup> statistiques de santé de l'OCDE pour 2015 ; <sup>(2)</sup> rapports EFPIA.



## 10. ÉTAT DE SANTÉ

L'objectif ultime de tout système de santé est d'améliorer la santé des citoyens. La santé est toutefois une notion difficile à circonscrire : à ce jour, on la mesure principalement par le biais d'indicateurs négatifs (p.ex. mortalité) ou auto-rapportés (perception de la santé par l'individu). En outre, on estime généralement que la santé ne présente qu'un lien ténu avec le système de soins<sup>65-67</sup>, celui-ci n'étant qu'un élément parmi la multitude de déterminants qui la façonnent (biologie, mode de vie, conditions sociales, environnement, politiques de santé...). Nous avons repris dans notre tableau de bord 7 résultats de santé (voir Cadre 4) que nous avons interprétés comme étant susceptibles d'être influencés – entre autres – par le système de santé et/ou les politiques de promotion de la santé.

### Cadre 4 – Mortalité prématurée, évitable, découlant de causes pouvant être prévenues ou traitées

**La mortalité prématurée** recouvre les décès intervenant avant l'âge de 70 ans (et est exprimée en perte d'années de vie potentielles avant cet âge).

La notion de **mortalité évitable** repose sur l'idée que certains décès (survenant dans des groupes d'âge spécifiques et liés à des causes bien précises) auraient pu être « évités » ou que leur nombre aurait pu être réduit par des interventions médicales et de santé publique plus efficaces.<sup>68</sup>

- On parlera de **décès évitable grâce au système de soins (amenable mortality)** si, sur la base des connaissances médicales disponibles à ce point dans le temps, la majorité ou la totalité des décès attribuables à cette cause auraient pu être évités par des **soins de santé de qualité** (p.ex. mortalité due aux appendicites, aux pneumonies ou aux ulcères gastroduodénaux).

- On parlera de **décès évitable grâce aux politiques de santé (preventable mortality)** si, sur la base des connaissances des déterminants de santé disponibles actuellement, il aurait pu être évité par des **politiques de santé publique** axées sur des déterminants de santé publique plus larges tels que le mode de vie, le statut socio-économique et les facteurs environnementaux (p.ex. décès dus aux accidents de la route, aux cancers du poumon ou à l'alcool).

Ces deux types de mortalité évitable ne sont pas mutuellement exclusifs : certaines causes de décès relèvent simultanément des deux catégories (p.ex. décès par tuberculose, cancer du sein).

### Indicateurs reposant sur le nombre/les causes de décès

Quoique l'espérance de vie et la mortalité prématurée aient connu en Belgique une évolution positive, les résultats restent mauvais à l'échelon de l'UE-15.

Au niveau de la mortalité évitable grâce au système de soins, la Belgique se classe au contraire en bonne place parmi les pays de l'UE-15, surtout pour la population masculine. Ce résultat peut être interprété comme une indication d'un système de santé efficace, le taux élevé de mortalité prématurée résultant de causes non traitables.

Pour ces trois indicateurs, les résultats belges sont beaucoup plus positifs pour les femmes que pour les hommes. D'importantes disparités régionales sont par ailleurs observées en faveur de la Région flamande, avec des taux de mortalité plus élevés en Wallonie et des résultats généralement intermédiaires à Bruxelles. Nous avons observé un gradient socio-économique (moins bons résultats lorsque le statut socio-économique est plus faible) pour l'espérance de vie (sur la base de données du recensement 2001).<sup>69</sup>



**La mortalité infantile a décliné** de façon significative au cours des dernières décennies et s'est stabilisée autour de 3,5 à 4 pour 1000 naissances vivantes depuis 2009 – un chiffre proche de la moyenne UE-15. Une mortalité infantile légèrement plus élevée (de façon non significative) a été observé en Flandre en comparaison avec les autres régions depuis 2009 et devrait faire l'objet d'investigations supplémentaires ; en première instance, il conviendrait de vérifier que les données sont bien comparables. Il existe également un gradient socio-économique (résultats disponibles uniquement pour Bruxelles et la Flandre<sup>70, 71</sup>).

### Indicateurs faisant intervenir l'auto-évaluation de la santé

Nous utilisons ici deux indicateurs dont la définition repose en partie sur la santé auto-rapportée :

- le pourcentage de la population affirmant être en (très) bonne santé dans la HIS ;
- l'espérance de vie sans incapacité (nombre d'années de vie en bonne santé ou HLY). Cet indicateur relève de la famille des « espérances de santé » ; il combine l'espérance de vie avec l'incapacité auto-rapportée au travers du *Global Activity Limitation Indicator* de la HIS.

Dans la HIS de 2013, 80 % de la population évalue sa propre santé comme (très) bonne. Dans chaque édition de la HIS, les hommes jugent leur santé plus positivement que les femmes ; en 2013, cette différence entre les sexes est toutefois plus faible que les années précédentes et n'atteint plus le seuil de signification statistique. Il existe là aussi un gradient socio-économique.

**L'espérance de vie sans incapacité** à 65 ans est de 11,2 ans pour les hommes et de 12,3 ans pour les femmes. Ces dernières atteignent donc un âge plus avancé, mais ne restent pas beaucoup plus longtemps en bonne santé (en 2008, le nombre de HLY était même identique dans les deux sexes) : elles vivent simplement plus longtemps avec des limitations. Le nombre de HLY affiche par ailleurs une différence régionale en faveur de la Flandre. L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans a augmenté entre 2001 et 2013 (+2 ans environ). Il existe, là encore, un gradient socio-économique.<sup>69</sup>








### Conclusion

Les résultats des indicateurs reposant exclusivement sur la mortalité (à l'exception de la mortalité infantile) connaissent une évolution positive, sont plus favorables chez les femmes et en Région flamande, moins bons en Wallonie et généralement intermédiaires à Bruxelles. La Belgique se classe moins bien que la moyenne de l'UE-15 sauf pour la mortalité influençable par les soins de santé, qui est révélateur d'un système de santé efficace.

Les indicateurs qui reposent également sur l'état de santé auto-rapporté suggèrent un autre tableau quant aux distinctions entre les sexes : hommes et femmes affichent ici des résultats comparables, voire même à l'avantage des hommes. Les différences régionales sont les mêmes que pour les indicateurs de mortalité. Tous les indicateurs de l'état de santé présentent un gradient socio-économique.



Tableau 16 – Indicateurs de l'état de santé

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne) [BELGIQUE]
<b>Indicateurs basés sur les données de mortalité</b>								
<b>HS-1</b>	Espérance de vie à la naissance (années)	 H : 77,9 F : 82,9	2013	H : 78,9 F : 83,6	<b>H : 76,1</b> <b>F : 81,7</b>	<b>H : 77,8</b> <b>F : 82,8</b>	Statistics Belgium	H : 78,6 [BE : 77,8] F : 83,7 [BE : 83,2] <sup>(1)</sup>
<b>HS-2</b> <b>NEW</b>	Mortalité prématurée (perte d'années de vie potentielles avant 70 ans/100 000 hab. ajustée pour l'âge)	 H : 4839 F : 2709	2012	H : 4194 F : 2492	<b>H : 6095</b> <b>F : 3071</b>	H : 4747 F : 2863	Statistics Belgium	H : 3750 [BE : 4215] F : 2074 [BE : 2361] <sup>(1)</sup>
<b>HS-3</b> <b>NEW</b>	Mortalité évitable grâce au système de soins (taux/100 000 hab., ajusté pour l'âge)	 H : 119 F : 86	2012	H : 103 F : 83	<b>H : 145</b> F : 91	<b>H : 140</b> F : 91	Statistics Belgium	H : 122 [BE : 110] F : 79 [BE : 80] <sup>(1)</sup>
<b>HS-4</b> <b>NEW</b>	Mortalité évitable grâce aux politiques de santé (taux/100 000 hab., ajusté pour l'âge)	 H : 272 F : 142	2012	H : 237 F : 126	<b>H : 341</b> <b>F : 168</b>	<b>H : 273</b> <b>F : 160</b>	Statistics Belgium	H : 254 [BE : 284] F : 127 [BE : 149] <sup>(1)</sup>
<b>HS-5</b>	Mortalité infantile (décès/1000 naissances vivantes)	 3,8	2012	<b>4,1</b>	3,4	3,5	Statistics Belgium	3,2 [BE : 3,5] <sup>(2)</sup>
<b>Indicateurs basés sur la santé auto-évaluée</b>								
<b>HS-6</b>	Espérance de vie en bonne santé à 65 ans (années)	 H : 11,2 F : 12,3	2013	H : 12,1 F : 13,2	<b>H : 9,6</b> <b>F : 10,8</b>	<b>H : 9,9</b> F : 11,4	Statistics Belgium + HIS	H : 9,8 [BE : 10,8] F : 9,9 [BE : 10,9] <sup>(1)</sup>
<b>HS-7</b>	Santé perçue (% de la pop. de +15 ans se disant en (très) bonne santé)	 77,9	2013	79,8	75,0	75,1	HIS	70,2 [BE : 74,3] <sup>(3)</sup>

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

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. H = hommes ; F = femmes.

Sources des résultats pour la comparaison internationale : <sup>(1)</sup> Eurostat ; <sup>(2)</sup> statistiques de santé de l'OCDE pour 2015 ; <sup>(3)</sup> Eurostat (UE-SILC).





## 11. PROMOTION DE LA SANTÉ ET MODES DE VIE

La promotion de la santé est « **un processus consistant à conférer à la population une maîtrise accrue sur sa santé et la possibilité de l'améliorer** »<sup>72</sup>. Il s'agit, en d'autres termes, de l'ensemble des efforts consentis par la société pour améliorer la santé de ceux qui la composent. Ce processus recouvre tout un éventail d'interventions, dont la plupart **échappent largement au champ du système de (soins de) santé** (p.ex. éducation, mesures fiscales pour améliorer l'équité, sécurité routière...).

### Cadre 5 – La place du suivi de la promotion de la santé dans ce rapport

Une évaluation exhaustive du champ de la promotion de la santé nous obligerait à mesurer des dimensions cruciales des interventions dans ce domaine (« **la participation, l'autonomisation, la soutenabilité, l'approche multistratégique, l'équité et la multisectorialité** »<sup>73</sup>), ce qui sort des objectifs originaux de ce rapport.

Les autorités nous ont toutefois demandé d'examiner s'il était faisable d'intégrer la promotion de la santé à notre outil de monitoring. Au cours d'une **phase exploratoire** (décrite dans le rapport 2012), nous avons mentionné que le cadre défini par Nutbeam<sup>74</sup> semblait être un outil descriptif intéressant, dans la lignée de la charte d'Ottawa : il classe les indicateurs de promotion de la santé en plusieurs grandes catégories, des plus proximaux (actions de promotion de la santé) aux résultats sanitaires et sociaux finaux (santé physique et sociale). Néanmoins, la conclusion de cette phase exploratoire a été que **seule une description limitée de la situation en matière de promotion de la santé était possible dans le cadre de notre rapport**, et qu'une véritable évaluation nécessiterait une **étude distincte**.

Dans ce rapport, nous présentons par conséquent une description partielle de la promotion de la santé au travers de 13 indicateurs, qui illustrent la majorité des catégories du cadre de Nutbeam.<sup>74</sup> Bien que les paramètres les plus éloignés de l'action (tels que les résultats de santé ou les modes de vie) soient plus faciles à documenter, nous nous sommes efforcés d'aborder également des indicateurs plus proximaux (p.ex. connaissances en matière de santé). Lorsque c'était possible, nous avons donné la préférence aux indicateurs pour lesquels le système de santé pouvait être (au moins en partie) impliqué dans le résultat.

### Résultats de santé

Trois indicateurs de résultats ont déjà été présentés dans la section sur l'état de santé (HS-7 santé perçue par le patient, HS-6 espérance de vie sans invalidité à l'âge de 65 ans, HS-4 mortalité évitable, Tableau 16). Les dix autres indicateurs sont présentés au Tableau 17.

La prévalence de l'obésité chez les personnes adultes est proche de la moyenne UE-15 et s'est stabilisée depuis la HIS 2008. Là aussi, on observe des disparités régionales (en faveur de la Flandre) et un gradient socio-économique. La Belgique se classe plutôt bien en ce qui concerne la prévalence du surpoids chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents. Néanmoins, les chiffres restent stables en dépit des efforts de promotion de la santé pour encourager une alimentation saine et une activité physique suffisante, ce qui laisse à penser que ces efforts pourraient encore être intensifiés.

Le taux de diagnostic du VIH reste stable – un résultat qui n'est pas satisfaisant, puisque cette infection peut parfaitement être prévenue.



### Modes de vie

La prévalence du tabagisme quotidien est proche de la moyenne UE-15. Le tabagisme est en recul chez les deux sexes, ce qui est une bonne nouvelle, même si la proportion de fumeurs quotidiens reste élevée.

Même en l'absence de comparaisons internationales ou d'objectifs nationaux, nous pouvons tout de même conclure que le degré d'activité physique est nettement trop faible (et en baisse par rapport à 2008), en particulier chez les femmes.

La prévalence de la consommation d'alcool à risque n'est pas alarmante en soi, mais le problème de consommation d'une très grande quantité d'alcool en un temps très court (*binge drinking*) chez les hommes jeunes est une cause de préoccupation, d'autant qu'elle a augmenté depuis 2008.

Le tabagisme quotidien et le degré d'activité physique présentent des disparités régionales (en faveur de la Flandre) et un gradient socio-économique caractéristique. Les différences quant à la consommation d'alcool sont plus complexes, avec un gradient socio-économique chez les hommes mais un gradient inverse chez les femmes.

### Des soins de santé efficaces

Le dossier médical + est un nouveau module, ajouté au dossier médical global géré par le MG pour centraliser les données du patient. Il inclut une partie sur la promotion de la santé et les soins préventifs, pour aider le MG à gérer cette partie des soins. L'utilisation du DMG+ reste relativement faible mais a progressé au fil du temps.

### Autonomisation (connaissances en matière de santé)

Les connaissances de santé (littératie en santé) sont l'un des résultats essentiels de l'éducation à la santé. Elles représentent un facteur crucial pour l'amélioration de la santé et un facteur critique pour l'autonomisation (*empowerment*) du patient<sup>75</sup>. Une étude réalisée en 2012 par internet a livré une première idée de l'ampleur du problème de l'analphabétisme en matière de santé dans notre pays,<sup>76</sup> mettant au jour des connaissances insuffisantes chez près de 40 % de la population.

### Politique de santé

La Belgique se classe dans le milieu du tableau sur l'échelle de contrôle du tabac (*Tobacco Control Scale*), qui compare les politiques publiques visant à maîtriser la consommation tabagique dans différents pays.

### Conclusion

Aucun des indicateurs sélectionnés dans le domaine de la promotion de la santé et du mode de vie ne livre de bons résultats. Nombre d'entre eux affichent même un score médiocre voire franchement mauvais (p.ex. prévalence de l'obésité chez les adultes, proportion de fumeurs quotidiens, degré d'activité physique, consommation d'alcool à risque (*binge drinking*) chez les hommes jeunes, alphabétisation en santé problématique).



Tableau 17 – Indicateurs concernant les déterminants non médicaux de la santé et la promotion de la santé

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
<b>Résultats de santé</b>									
<b>HP-1</b>	Obésité chez l'adulte (IMC $\geq$ 30) (% pop. de +18 ans)	●	13,7	2013	12,6	<b>16,1</b>	12,9	HIS	16,2 <sup>(1)</sup>
<b>HP-2</b> <b>NEW</b>	Surpoids chez les adolescents (IMC supérieur aux limites normales <sup>a</sup> ) (% pop. de 11, 13 et 15 ans)	●	---	2010	Garçons : 11,3 <sup>e</sup> Filles : 10,3 <sup>e</sup>	<b>Garçons : 13,6<sup>e</sup></b> Filles : 9,1 <sup>e</sup>		HBSC	---
<b>HP-3</b>	Incidence du VIH (nouveaux diagnostics/100 000 hab.)	●	Total : 10 Belges : 4	2013	Total : 4,6 BE : 2,5	<b>Total : 6,5</b> <b>BE : 3,9</b>	<b>Total : 20,4</b> <b>BE : 10,2</b>	NSP HIV	EU15 : 7,6 [BE : 10,8] <sup>(2)</sup>
<b>Modes de vie</b>									
<b>HP-4</b>	Fumeurs quotidiens (% pop. +15 ans)	+	18,9	2013	17,7	<b>21,5</b>	18,3	HIS	19,2 <sup>(1)</sup>
<b>HP-5</b>	Consommation d'alcool à risque <sup>b</sup> (% pop. +15 ans)	●	5,0	2013	4,7	5,2	<b>5,8</b>	HIS	----
<b>HP-6</b>	Binge drinking <sup>c</sup> (% pop. +15 ans)	-	8,5	2013	8,7	8,0	8,6	HIS	----
<b>HP-7</b>	Activité physique quotidienne (au moins 30 min.) (% pop. 18-64 ans)	●	38,4	2013	42,3	<b>33,2</b>	<b>32,2</b>	HIS	----
<b>Services de santé efficaces</b>									
<b>HP-8</b> <b>NEW</b>	DMG+ (% pop. 45-75 ans avec dossier médical global)	+	22	2011	21	21	<b>26</b>	INAMI	----
<b>Alphabétisation en santé (autonomisation)</b>									
<b>HP-9</b> <b>NEW</b>	Connaissances en santé (d'un niveau au moins suffisant) (% pop. +18 ans)	●	58,7	2011	62,0	<b>48,7</b>	52,5	MC-UCL <sup>f</sup>	53,5 <sup>(3)</sup>
<b>Politique</b>									
<b>HP-10</b>	Échelle de contrôle tabagique <sup>d</sup>	●	47/100	2013	---	---	---	ECL	---

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

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. HBSC = Health behaviour in school-aged children ; ECL = European Cancer League ; IMC = Indice de masse corporelle ; NSP HIV = National Surveillance Programme HIV.

<sup>a</sup> Définition standard du surpoids chez les enfants <sup>(77)</sup> ; <sup>b</sup> La consommation d'alcool à risque est définie comme une consommation hebdomadaire moyenne supérieure au niveau considéré comme nocif ; <sup>c</sup> Le binge drinking est défini comme la consommation de plus de 6 unités de boissons alcoolisées à une même occasion, et ce au moins une fois par semaine ; <sup>d</sup> L'échelle de contrôle tabagique quantifie l'intensité de 6 politiques que l'OMS considère comme prioritaires pour un programme complet de maîtrise de la consommation tabagique. Un score de 100 correspond au maximum pour chacun des 6 points ; <sup>e</sup> Données par communauté (plutôt que par région) ; <sup>f</sup> Source : étude sur la littératie en santé de la Mutualité Chrétienne et de l'UCL <sup>(76)</sup>.

Sources des résultats pour la comparaison internationale : <sup>(1)</sup> Statistiques de santé de l'OCDE pour 2015 ; <sup>(2)</sup> European Centre for Disease Control and Prevention 2011 ; <sup>(3)</sup> EU Health literacy survey.



## 12. ÉQUITE ET INÉGALITÉS

### 12.1. Inégalités socio-économiques en matière de santé et de recours aux services de santé

Le terme d'inégalités socio-économiques (SE) de santé fait référence à des disparités systématiques dans les indicateurs de santé (mortalité/morbidité/déterminants/utilisation des services), le plus souvent en faveur de groupes déjà avantagés par leur position sur l'échelle sociale. La présence d'inégalités SE de santé est une réalité constante et reconnue de longue date,<sup>78, 79</sup> et tenter d'y remédier est une priorité tant pour l'OMS<sup>80</sup> que pour l'Union européenne.<sup>81</sup> Pour évaluer les avancées dans la lutte contre les inégalités socio-économiques de santé, il est important de pouvoir les mesurer et les surveiller.<sup>82</sup>

Mesurer les inégalités de santé suppose de définir les différents groupes sociaux et de quantifier l'inégalité de l'indicateur de santé au moyen d'une mesure synthétique.

<sup>f</sup> Défini sur la base de la classification internationale standard de l'éducation (ISCED) puis réparti en quatre niveaux : faible (pas de diplôme ou diplôme d'école primaire), diplôme du secondaire inférieur, diplôme du secondaire supérieur, diplôme de l'enseignement supérieur.

### Cadre 6 – Comment avons-nous mesuré les inégalités socio-économiques ?

#### Comment avons-nous défini les groupes sociaux ?

Nous avons défini le statut socio-économique (SES) au travers du niveau d'instruction<sup>f</sup> (ou parfois du quintile des revenus du ménage) pour la majorité des indicateurs issus de la HIS ou du recensement, ou au travers du statut de remboursement des dépenses médicales pour les bases de données administratives<sup>9</sup>.

#### Comment avons-nous mesuré les inégalités ?

Pour quantifier l'ampleur des inégalités, nous avons synthétisé des valeurs détaillées par SES en indices d'inégalité :<sup>83, 84</sup>

Dans ce rapport, nous avons utilisé les éléments suivants :

#### Pour l'espérance de vie/ l'espérance de vie en bonne santé :

- La *différence absolue*, en années, entre les niveaux d'instruction le plus élevé et le plus faible.
- L'*indice relatif de concentration des inégalités (CII)* : le CII est obtenu en cumulant les différences en espérance de vie/de santé de chaque niveau d'instruction par rapport au groupe ayant le niveau d'instruction le plus élevé, pondérées en fonction de la taille de chaque groupe et divisées par l'espérance de vie/santé

#### Pour les indicateurs tirés de l'enquête de santé HIS ou des bases de données administratives :

- La *différence absolue* entre le taux ajusté pour l'âge du niveau d'instruction le plus élevé et celui du niveau le plus faible.
- Le *rapport* des taux ajustés pour l'âge entre les niveaux d'instruction le plus élevé et le plus faible.

<sup>9</sup> Il existe deux statuts de remboursement : avec ou sans intervention majorée dans les dépenses médicales.



- La *Fraction Attribuable dans la Population (PAF)* : le gain relatif en termes de niveau de santé (ou de déterminants de santé) auquel on pourrait s'attendre à l'échelon de la population si tous les groupes présentaient le taux du groupe SE le plus avantageux. Cette valeur est égale à la différence entre le taux général observé dans la population et le taux du groupe le plus avantageux, divisée par le taux général de la population.

Nous présentons **uniquement les indicateurs avec un risque relatif (RR) d'au moins 1,2** (ou 0,83 en cas de gradient inverse), correspondant à un excès relatif d'au moins 20 % dans le groupe ayant le niveau d'instruction le plus faible en comparaison avec le groupe le plus élevé.

Le Tableau 18 reprend les principales inégalités SE dans les résultats de santé (espérance de vie/espérance de vie sans incapacité, santé perçue par le patient). Ces mesures épinglent des problèmes d'inégalité dans la chaîne des déterminants de santé.

On observe également des inégalités dans nombre d'indicateurs touchant au mode de vie (tabagisme, obésité, consommation d'alcool à risque chez les hommes, activité physique) et à la participation aux interventions préventives telles que le dépistage du cancer.

Malgré les mesures mises en place pour améliorer l'accessibilité financière des soins, l'indicateur « report de contacts médicaux pour raisons financières » révèle l'existence d'importantes inégalités.

Des inégalités existent aussi au niveau du respect des directives pour le suivi des patients diabétiques sous insuline.

Aucune autre inégalité n'a été observée pour les autres indicateurs relatifs aux soins pour lesquels le statut de remboursement était disponible.

Certains indicateurs abordés plus haut (non repris au Tableau 18) reflètent également des inégalités SE, p.ex. la mortalité infantile (résultats disponibles uniquement pour Bruxelles et la Flandre<sup>70, 71</sup>), les contacts avec un dentiste<sup>14</sup>, les connaissances de la population en matière de santé.<sup>76</sup>

### Limitations

Pour de nombreux indicateurs, l'absence de données concernant le statut social ne nous a pas permis d'évaluer la présence d'inégalités. Pour les paramètres tirés des bases de données administratives, le seul indicateur SE disponible (statut de remboursement) présente par ailleurs bien des limitations (limité à 2 catégories, à peine 15% de la population dans le groupe défavorisé, fortement lié à l'âge, inclut également l'intervention majorée en cas de handicap physique). Certains problèmes connus pour être associés aux inégalités SE – p.ex. le délai pour bénéficier de certaines interventions – n'ont pas été examinés dans le cadre de ce rapport. Nos conclusions pour la dimension Équité sont donc largement incomplètes.

### Conclusion

En comparaison avec le groupe SE le plus élevé, les personnes avec un statut SE plus bas (défini par un faible niveau d'éducation ou le droit à l'intervention majorée) présentent un moins bon état de santé (en termes d'espérance de vie (sans incapacité), de mortalité infantile, d'obésité), des comportements plus défavorables à la santé (en termes d'alimentation, de tabagisme, d'activité physique), de moins bonnes connaissances en matière de santé, une participation moindre au dépistage du cancer et un moins bon suivi lorsqu'elles sont diabétiques.



Tableau 18 – Indicateurs des inégalités socio-économiques au niveau de l'état de santé, du mode de vie et des services de santé

	Valeur globale	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisé	Différence absolue (SES le plus défavorisé vs. le plus favorisé)	Risque relatif (SES le plus défavorisé vs. le plus favorisé)	Mesure de synthèse (CII ou PAF)
<b>État de santé</b>						
Espérance de vie des hommes à 25 ans, 2001 (années) <sup>a</sup>	51,4	47,6	55,0	-7,5	n.a.	3,7%
Espérance de vie des femmes à 25 ans, 2001 (années) <sup>a</sup>	57,1	54,0	59,9	-5,9	n.a.	1,4%
Espérance de vie sans incapacité des hommes à 25 ans, 2001 (années) <sup>a</sup>	40,5	27,8	46,3	-18,6	n.a.	15,3%
Espérance de vie sans incapacité des femmes à 25 ans, 2001 (années) <sup>a</sup>	40,4	28,9	47,1	-18,2	n.a.	16,6%
% de la population (+15 ans) ne s'estimant pas en bonne santé <sup>a</sup>	19,0	38,7	13,5	25,2	2,87	-28,9%
<b>Modes de vie et facteurs de risque (HIS 2013)</b>						
% de la population (de +15 ans) déclarant fumer au quotidien <sup>a</sup>	17,2	25,0	9,5	15,5	2,63	-44,8%
% de la population masculine (+15 ans) déclarant boire plus de 40 g d'éthanol par jour <sup>a</sup>	4,4	7,1	3,6	3,5	1,97	-18,2%
% d'obèses dans la population adulte (+18 ans) <sup>a</sup>	12,0	23,5	7,7	15,8	3,05	-35,8%
% de la population (18-64 ans) affirmant faire au moins 30 min. d'activité physique par jour <sup>a</sup>	38,3	29,6	37,7	-8,1	0,79	-1,6%
<b>Accessibilité des soins (HIS 2013)</b>						
Report de contacts avec les services de santé pour raisons financières (% de foyers) <sup>b</sup>	8,0	19,0	3,0	16,0	6,33	-62,5%
<b>Soins préventifs (EPS 2012)</b>						
Absence de dépistage du cancer du sein (% de femmes de 50-69 ans n'ayant pas subi de mammographie au cours des 2 dernières années) <sup>c</sup>	37,3	50,2	34,2	16,0	1,47	-8,3%
Absence de dépistage du cancer du col (% de femmes de 25-64 ans n'ayant pas subi de Pap-test au cours des 3 dernières années)	46,4	58,4	44,3	14,1	1,32	-4,5%
<b>Suivi des guides de bonnes pratiques cliniques (EPS 2012)</b>						
Proportion de diabétiques adultes (sous insuline) ne bénéficiant pas d'examen rétinien, de tests de la créatinine sérique et de tests sanguins réguliers (% de patients) <sup>c</sup>	32,2	35,3	29,7	5,6	1,19	-7,8%

n.a. = non applicable. CI = indice de concentration ; PAF = fraction attribuable dans la population.

<sup>a</sup> sur la base de 4 ou 5 niveaux d'éducation ; <sup>b</sup> sur la base de 5 niveaux de revenus ; <sup>c</sup> sur la base de 2 classes de remboursement. ; <sup>d</sup> CII pour l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité, PAF pour les autres indicateurs.



## 12.2. Indicateurs contextuels d'équité

Si l'équité fait généralement référence à « l'égalité de quelque chose », il existe une grande hétérogénéité entre les différentes approches de cette notion. L'**équité verticale** désigne le **traitement inégal d'individus inégaux** (p.ex. système de taxation où chacun contribue en fonction de ses moyens), l'**équité horizontale**, le **traitement égal d'individus égaux** (p.ex. soins identiques aux patients ayant les mêmes besoins). L'équité sous-entend donc un certain degré de solidarité entre riches et pauvres, entre bien portants et malades. Pour tenter de concilier solidarité et responsabilité personnelle,<sup>85</sup> un certain nombre d'approches ont été proposées pour définir à quel niveau l'équité entre individus doit être poursuivie. Certains proposent de se baser sur les ressources<sup>86</sup>, d'autres sur les résultats.<sup>87</sup> Ces théories offrent des pistes de réflexion intéressantes et montrent bien que notre vision de l'équité et des manières de la réaliser est surtout une question de normes et donc un problème d'ordre philosophique.

Définir des indicateurs d'équité dans un rapport sur la performance du système de soins exige une approche la plus neutre possible et nous pouvons considérer que les résultats observés reflètent, au moins implicitement, des choix de société. Dans ce chapitre, nous avons évalué l'équité globale du système d'une manière indirecte (ou contextuelle).

### Progressivité et régressivité du financement du système de soins

Notre premier indicateur contextuel de l'équité concerne la progressivité du financement du système de soins et reflète l'équité en amont de l'utilisation du système. Par « progressivité », on entend ici non pas la contribution du patient aux coûts des soins qu'il reçoit (suppléments, co-paiement, co-assurance, médicaments non remboursés, primes d'assurance privée, etc.), mais le mode de financement du système public.

Le financement est défini comme étant :

- **progressif (ou régressif)** lorsque le taux moyen de « taxation » (au sens large) augmente (diminue) avec les revenus,
- et comme **proportionnel** lorsque ce taux est constant.

Nous décrivons ici la progressivité/régressivité relative des principales sources de financement du système de soins belge. Globalement, les impôts directs sont plus progressifs que les contributions sociales, elles-mêmes plus progressives que les taxes indirectes. Des taux simples ont été calculés pour définir la progressivité/régressivité du financement pour la période 2005-2010<sup>h</sup> (EQ-2 et EQ-3, Tableau 19). Nous n'examinerons pas ici l'effet de redistribution global du financement et de l'utilisation du système de soins, car une telle évaluation nécessiterait des données individuelles sur la consommation de soins, l'ensemble des sources de financement et les revenus disponibles. Or ces informations ne sont pas toutes disponibles pour la Belgique et une comparaison robuste avec d'autres pays n'est pas possible faute de données suffisantes. Wagstaff et van Doorslaer ont contribué de façon substantielle à l'évaluation de l'équité du financement et de la fourniture des soins, mais ils ne mentionnent malheureusement pas la Belgique dans leurs travaux.<sup>88</sup> De Graeve et al. présentent certains résultats pour la Belgique.<sup>89</sup>

Les données montrent que la proportion de ressources financières régressives a augmenté entre 2005 et 2010. Le rapport recettes régressives/recettes progressives est en effet plus élevé en 2010, avec un montant de recettes régressives 3,5 fois supérieur à celle des recettes progressives (3,2 en 2005). Même si le rapport ressources progressives/ressources totales a augmenté par ailleurs, passant de 6,7 à 7,5 %, la régressivité a donc augmenté à l'échelon global. Ces deux évolutions signifient que, alors que les recettes régressives représentaient 21,6 % (3,2 X 6,7 %) des recettes totales en 2005, cette proportion atteignait 26,5 % (3,5 X 7,5 %) en 2010.

<sup>h</sup> Nous limitons la série de données à 2010 pour ne prendre en considération que les comptes finaux.



### 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 19). Le coefficient de Gini est égal à zéro quand la répartition des revenus est parfaitement égalitaire et égal à 1 quand elle est parfaitement inégalitaire (une seule personne détient la totalité du revenu national). Certains auteurs ont démontré l'association entre l'inégalité des revenus et une série de facteurs traduisant une mauvaise santé objective ou subjective.<sup>90</sup> 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 a été recommandé par le groupe de travail de l'OMS chargé du développement des indicateurs pour les objectifs de santé 2020.<sup>91</sup>

La société belge compte parmi les plus égalitaires si l'on compare le coefficient de Gini avant et après taxation et transferts (allocations sociales). La Belgique est aussi l'un des pays de l'OCDE où la redistribution est la plus importante (l'inégalité diminue de 48% après taxes et transferts ; la Belgique se classe 8<sup>e</sup> sur 35 pays si l'on considère le coefficient de Gini après transferts). Le haut degré de redistribution des revenus et donc leur répartition plus égalitaire devrait être corrélée à une meilleure santé de la population.

**Tableau 19 – Indicateurs contextuels de l'équité**

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-27 (moyenne)
<b>EQ-1</b> Distribution des revenus dans la population (coefficient de GINI)	C	0,259	2013		N/A	Statistics Belgium	0,306 <sup>(1)</sup>
<b>EQ-2</b> Degré de progressivité du financement des soins (taux de recettes progressives/recettes totales, en %)	C	7,5 <sup>a</sup>	2010		N/A	SPF Sécurité sociale + INAMI + Banque Nationale de Belgique	-
<b>EQ-3</b> Degré de régressivité du financement des soins (taux de recettes régressives/recettes progressives)	C	3,5 <sup>a</sup>	2010		N/A	SPF Sécurité sociale + INAMI + Banque Nationale de Belgique	-

<sup>a</sup> sur la base des comptes définitifs.

Source des résultats pour la comparaison internationale : <sup>(1)</sup> Statistiques de l'OCDE pour 2015.

### Conclusion

Les deux indicateurs contextuels de l'équité (progressivité/régressivité du financement et inégalité de la répartition des revenus) révèlent que le financement public du système de soins demeure régressif, même si son taux de progressivité s'améliore (proportion des recettes régressives devient 3,5 fois supérieure à celle des recettes progressives), mais aussi que son système de redistribution (impôts et transferts) fait de notre pays l'un des plus égalitaires de l'OCDE.

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 soins) à l'aide de recettes (taxes et contributions) plus largement régressives.





## 13. CONCLUSIONS SUR LES 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.

### **Des patients satisfaits avec une vision positive de leur propre santé**

Du point de vue des patients, le bilan est plutôt positif : une grande partie (78 %) de la population belge s'estime en bonne santé, soit plus que la moyenne UE-15. Les Belges sont également satisfaits de leurs contacts avec le système de santé, en particulier ambulatoire.

L'examen de l'ensemble des indicateurs livre toutefois un tableau plus nuancé.

### **Un système de santé accessible, mais une contribution personnelle relativement élevée**

L'accessibilité du système est assurée par l'existence d'une couverture universelle et de filets de sécurité sociaux (MàF, intervention majorée). Néanmoins, certaines préoccupations subsistent : la part du coût assumée par le patient est élevée (18 % des dépenses de santé totales, un chiffre élevé par rapport à d'autres pays d'Europe) et le nombre de foyers qui affirme de reporter des contacts avec les services de santé pour des raisons financières reste substantiel, surtout pour le groupe de revenus le plus bas.

### **Soins curatifs : qualité moyenne, mais en progrès**

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, mais aussi quelques faiblesses, e.a. au niveau du caractère approprié 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 survie après cancer colorectal, de la coordination des soins aux patients cancéreux et aux diabétiques insulino-dépendants, des hospitalisations évitables chez les diabétiques, de la mortalité par IAM et des infections à MRSA dans les hôpitaux.

### **La promotion de la santé, les comportements de santé et les soins préventifs mériteraient plus d'attention**

Plusieurs indicateurs de promotion de la santé et de déterminants de santé affichent des résultats médiocres – stagnation de l'obésité chez l'adulte, prévalence toujours élevée de fumeurs quotidiens, faible degré d'activité physique, consommation d'alcool à risque (*binge drinking*) chez les hommes jeunes et connaissances de santé insuffisantes dans la population. Les autres indicateurs se situent dans la moyenne UE-15.

En outre, 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 et du col de l'utérus 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.

### **(Soins de) santé mentale : des signaux inquiétants**

Les résultats des indicateurs en matière de (soins de) santé mentale restent inquiétants. Le taux de suicide est toujours élevé et les effets des récentes réformes du secteur ne sont pas (encore) suffisamment visibles. Les taux d'hospitalisation en unité psychiatrique continuent à augmenter, tout comme la consommation d'antidépresseurs. Les délais d'attente pour accéder aux centres de santé mentale sont importants et soulèvent la question de leur accessibilité.

### **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 la prévalence des escarres est relativement faible, mais l'accessibilité des spécialistes et la prévalence de la polymédication (qui n'est pas sans conséquences en termes de sécurité) sont préoccupantes.

### **Accessibilité et qualité des soins en fin de vie**

Les résultats pour la qualité des soins en fin de vie sont très variables : l'accès aux soins palliatifs progresse et l'agressivité des traitements à ce stade de la vie est relativement faible. L'hôpital reste toutefois le lieu de décès le plus courant.



### **L'efficacité du système de santé progresse mais reste améliorable**

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 après un accouchement normal. Des inefficiences subsistent toutefois dans plusieurs domaines, comme en témoignent les fortes variations géographiques inexpliquées dans l'utilisation de certaines ressources ou interventions, l'utilisation excessive de certains examens ou équipements et le recours à des traitements inappropriés dans de nombreux secteurs.

### **Ressources humaines : quotas de MG et pénurie d'infirmiers**

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 multipathologies chroniques). La proportion de (nouveaux) MG dans l'ensemble des spécialités médicales n'atteint pas les quotas fixés par la Commission de Planification et l'âge moyen des MG en exercice augmente plus rapidement que celui des autres spécialistes. Bien que le nombre de jeunes diplômés en sciences infirmières 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 l'état de santé et ses déterminants**

Des inégalités existent dans de nombreux indicateurs touchant à l'état de santé, au mode de vie (tabagisme, obésité, consommation d'alcool à risque chez les hommes, activité physique) et aux interventions préventives (dépistage du cancer). En dépit des mesures prises pour améliorer l'accessibilité financière des soins, l'indicateur « report du contact avec les services de santé pour raisons financières » témoigne également d'inégalités importantes

### **Les disparités régionales documentées**

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

### **Les dépenses de santé totales n'ont plus augmenté en 2012 et 2013**

Les dépenses de santé totales, légèrement supérieures à la moyenne UE-15, représentent 10,2% du PIB et sont financées principalement par le secteur public (78 %). En termes réels, les dépenses de santé par habitant sont restées inchangées depuis 2011.



## PARTIE 3 – DISCUSSION

### 14. HSPA BELGE ET PRISE DE DÉCISION POLITIQUE

#### 14.1. Le 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), à formuler une stratégie (proposer des solutions), à prendre une décision (choisir une solution), à mettre cette décision en pratique (implémenter la solution choisie) et enfin à l'évaluer (suivre les résultats).<sup>92</sup>

#### 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.

On peut identifier les signes suivants à l'intégration du HSPA dans la prise de décision politique :

1. *Existence d'un engagement fort à un niveau supérieur*

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 le HSPA à l'agenda du monde politique.

2. *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 KCE, de l'ISP et de l'INAMI a été chargé de réaliser l'évaluation.



4. *Capter les besoins, les obstacles éventuels et les résistances*  
À l'époque de la première étude d'évaluation (2009),<sup>4</sup> 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. *Faire le 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.

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

Le rapport 2012<sup>5</sup> - 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 d'amélioration du rôle du MG (nombre de jeunes diplômés, dossier médical informatisé) et à l'accessibilité (report de soins pour raisons financières).<sup>93</sup> 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.<sup>44</sup> 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 (cf. cadre Cadre 7). 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.

#### **Cadre 7 – Un exemple des objectifs fixés par la BAPCOC (2014-2019)**

- **Une baisse de la consommation totale d'antibiotiques**, qui devrait passer de plus de 800 prescriptions/1000 hab./an à l'heure actuelle à 600 en 2020 et 400 en 2025.
- **Une baisse de la consommation de quinolones**, qui devrait passer d'environ 10 % de la consommation totale d'antibiotiques à 5 % en 2018.
- **Une augmentation du rapport amoxicilline/amoxicilline + acide clavulanique**, qui devrait passer d'environ 50/50 actuellement à 80/20 en 2018.

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 – un problème inhérent à l'utilisation de données administratives ou de registres. Si nous ne disposons pas de chiffres récents, réaliser des rapports à brefs intervalles n'a évidemment guère de sens.



Nous avons retenu de notre expérience avec les décideurs politiques les leçons suivantes :<sup>93</sup>

- **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**

Le 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 de système de santé

Les évaluations de ce rapport reposent pour une large majorité sur un *benchmarking* international qui positionne la Belgique dans l'UE-15. Certains résultats peuvent toutefois être positifs en comparaison avec d'autres pays alors que l'objectif à l'échelon national n'a pas été atteint. En outre, l'interprétation d'une comparaison internationale de la performance fait toujours débat<sup>12</sup> et se heurte à de nombreux écueils (e.a. variations méthodologiques et contextuelles) qui rendent une analyse pertinente passablement difficile. Confronter les résultats aux objectifs disponibles apparaît comme une option plus intéressante.

Fixer des objectifs de santé publique est aujourd'hui devenu, à l'échelon international, un prérequis incontournable pour guider la stratégie politique en matière de santé et définir les investissements prioritaires.<sup>94</sup> Ces objectifs-cibles permettent de suivre les progrès enregistrés et d'accroître la responsabilité publique, et ce aussi bien au niveau du choix des priorités que de la performance des stratégies choisies pour les réaliser. Une enquête de l'OCDE portant sur 29 pays a montré que la plupart disposaient d'objectifs de santé publique – la Belgique étant, à l'époque, l'une des rares exceptions.<sup>94</sup>

À l'échelon fédéral, une telle tradition de travail sur base d'objectifs de santé fixés dans le cadre d'une stratégie à long terme n'existe pas (encore). À l'échelon flamand, des objectifs de prévention ont été définis pour la première fois en 1998.<sup>95</sup> Une évaluation récente des 10 premières années est parvenue à la conclusion que ces objectifs de santé « peuvent déboucher sur une stratégie préventive plus transparente, rendre possible de meilleurs processus en matière de politique de santé et créer des synergies accrues entre les organisations actives dans la prévention, la promotion de la santé et au-delà. »<sup>96</sup> L'*European Observatory on Health Systems and Policies* a formulé une série de recommandations concernant plusieurs dimensions de la définition et du suivi des objectifs, qui peuvent contribuer à accroître la performance du système de santé.<sup>97-99</sup>

Le récent rapport du KCE sur la réforme du financement des hôpitaux recommande lui aussi explicitement de définir des objectifs-cibles en matière de santé.<sup>100</sup>



## 15. CONCLUSION

Ce rapport présente la troisième évaluation de la performance du système de santé belge. À travers 106 indicateurs et en s'appuyant sur une étude de faisabilité antérieure et sur le rapport 2012, il dresse un tableau très large de la performance du système de santé. Mais les indicateurs envoient également des signaux d'alerte concernant 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 guider dans leur prise de décision. Dans d'autres cas, il s'agira de constats inédits, qui nécessiteront une analyse approfondie. En tout état de cause, la présentation complète et structurée des indicateurs vise à aider les décideurs à définir les actions ou études supplémentaires à réaliser en priorité.

L'objectif ultime du système de santé est de contribuer à améliorer la santé des citoyens belges. Nous sommes convaincus que ce rapport est un outil précieux dans sa réalisation.

Les signaux d'alarme suivants ont été identifiés dans ce rapport de performance 2015 :

### Cadre 8 – Signaux d'alarme du rapport de performance 2015

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 des cancers du sein et du col de l'utérus dans les groupes-cibles est relativement faible et n'évolue pas. Pour le cancer colorectal, il est également faible mais en progression. Le taux de couverture du dépistage organisé du cancer du sein est par ailleurs trop faible pour être efficace, alors qu'il est élevé chez les femmes de 40-49 ans, qui ne font pas partie du groupe-cible.
- La moitié de la population seulement a des contacts réguliers avec un dentiste.

L'accessibilité financière peut être mesurée par les montants à charge des patients. En termes per capita, ces contributions personnelles sont considérablement plus élevées en Belgique que dans la moyenne européenne, et elles sont en augmentation. Ceci pose la question de la protection financière des patients par rapport aux dépenses de santé. Toutefois, étant donné que la fiabilité de certaines données sur les contributions personnelles a été remise en question dans les bases de données internationales, il est nécessaire de soumettre ces chiffres à une analyse plus poussée.

La qualité des soins reste améliorable pour plusieurs indicateurs, et plus spécifiquement en ce qui concerne le caractère approprié, la sécurité et la continuité des soins :

- Le choix de l'antibiotique de première intention n'est pas conforme aux recommandations et ne semble pas s'améliorer au fil du temps (sauf chez les enfants).



- La proportion de diabétiques suivis conformément aux recommandations est trop faible (contacts insuffisants avec l'ophtalmologue). Ceci pourrait également trahir un problème d'accessibilité de certaines spécialités et/ou de coordination des soins pour les malades chroniques. Les résultats sont particulièrement faibles chez les patients sous antidiabétiques oraux.
- L'exposition aux radiations médicales est élevée, en particulier celle qui découle d'examens inappropriés. Un léger progrès est toutefois enregistré depuis 2011, en dépit de l'absence d'amélioration pour les examens CT de la colonne vertébrale.
- La prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux est trop élevée par rapport aux valeurs attendues pour leur case-mix de patients.
- Le nombre moyen de patients par infirmier dans les hôpitaux aigus est parmi les plus élevés d'Europe, ce qui peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins.
- Le taux de césariennes est inférieur à la moyenne de l'UE mais supérieur aux recommandations de l'OMS. La proportion de césariennes après une grossesse sans complications varie fortement d'un hôpital à l'autre.

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

- Le taux de suicide élevé est un défi majeur, surtout dans la population masculine, où il représente la première cause de mortalité prématurée en termes de perte d'années de vie potentielles.
- Les délais d'attente pour un premier contact avec une structure de santé mentale ambulatoire sont longs, ce qui trahit un problème d'accessibilité et de fourniture de ce service.
- 13,4 % de la population belge adulte fait l'objet d'au moins une prescription d'antidépresseurs par an, mais la durée du traitement est inférieure aux recommandations dans près de la moitié des cas.
- Un pourcentage important (15,4 %) de patients âgés (+65 ans) sous antidépresseurs reçoit des produits à effet anticholinergique, dont on sait qu'ils causent des effets secondaires potentiellement graves dans cette population (p.ex. chutes).

En matière de soins à long terme, plusieurs indicateurs affichent des résultats négatifs pour les personnes âgées en MRPA/MRS :

- Le pourcentage de diabétiques adultes (sous insuline) bénéficiant d'un suivi adéquat est faible dans ce type de cadre, parce que les visites à l'ophtalmologue sont moins fréquentes. Ce paramètre met en cause la coordination des soins aux patients âgés institutionnalisés.
- La polymédication excessive est un problème bien connu chez les patients âgés et a une série d'implications pour la sécurité des soins.
- La prise d'antidépresseurs aussi est très fréquente dans cette population et soulève la question du caractère approprié de ces prescriptions.

Dans le domaine des soins de fin de vie :

- Le pourcentage de personnes qui décèdent sur leur lieu de résidence habituel (domicile ou MRPA/MRS) est faible et ne semble pas s'améliorer.

Pour ce qui est la disponibilité des ressources humaines en médecine générale.

- La médecine générale est une composante essentielle du système de santé. Il est donc inquiétant que l'âge moyen des MG continue à augmenter et que les quotas établis par la Commission de Planification ne soient pas atteints depuis plusieurs années. Si cette situation se prolonge, elle risque de provoquer très rapidement des problèmes dans le fonctionnement des soins de première ligne.

En ce qui concerne l'état de santé de la population :

- Le taux de mortalité prématurée est relativement élevé en Belgique, mais de façon plus marquée pour les décès évitables par des politiques de santé publique que pour ceux qui découlent de causes directement liées à la qualité des soins. La Belgique affiche notamment des scores très élevés pour la mortalité prématurée par suicide, cancer du poumon et accidents de la route.



- En dépit des efforts des campagnes de prévention, la prévalence de l'obésité chez les adultes n'évolue pas et le nombre de personnes ayant une activité physique régulière semble relativement faible, en particulier dans la population féminine.
- Le *binge drinking* chez les hommes jeunes (15-24 ans) est préoccupant.
- Il est probable que le niveau des connaissances en matière de santé soit relativement faible. Ce point devrait être investigué de façon plus approfondie.

#### 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) sont en moins bonne santé (espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, mortalité infantile, obésité), affichent des comportements plus défavorables à la santé (en termes de régime alimentaire, de tabagisme, d'activité physique), ont de moins bonnes connaissances en matière de santé, participent moins au dépistage du cancer, sont moins bien suivies lorsqu'elles souffrent de diabète et doivent plus souvent reporter des soins pour raisons financières.

#### Différences régionales :

- Des disparités régionales sont également observées pour nombre d'indicateurs.





## ■ RECOMMANDATIONS<sup>i</sup>

### 1<sup>re</sup> recommandation aux décideurs politiques : définir des objectifs de santé mesurables

La notion de performance est implicitement liée à la réalisation de certains objectifs, dont la plupart n'existent pas en Belgique à l'heure actuelle. En l'absence d'objectifs quantifiables, ce rapport décrit la situation et les tendances actuelles en Belgique, confronte ces résultats aux objectifs définis à l'échelon international lorsque c'est possible et les compare à ceux d'autres pays. Cette approche présente toutefois certaines faiblesses, et la confrontation à des objectifs nationaux spécifiques apporterait à ce rapport une importante valeur ajoutée pour soutenir l'élaboration de l'agenda politique. Les décideurs devraient par conséquent définir des objectifs mesurables pour la santé/le système de santé, fixer des délais pour leur réalisation et désigner des organisations responsables. Des cibles quantifiées devraient être proposées à côté d'objectifs spécifiques.

### 2<sup>e</sup> recommandation aux décideurs politiques : avoir conscience des signaux d'alarme et s'attaquer aux problèmes

L'un des objectifs du rapport de performance est d'informer les décideurs des points d'attention. Les institutions et organes concernés sont instamment invités à prendre en compte les signaux d'alarme (décrits au cadre 8) pour élaborer leur agenda.

### 3<sup>e</sup> recommandation aux décideurs politiques : poursuivre l'intégration des systèmes d'information dans le domaine de la santé, dans le cadre du Plan d'action eSanté 2013-2018.

La qualité et l'actualité des données sont deux aspects essentiels pour la pertinence des indicateurs.

#### *À l'attention du SPF Santé publique :*

- Les efforts déjà initiés pour l'intégration de différentes sources d'information en matière de santé doivent être poursuivis.
- Utiliser un Identifiant Patient Unique (UPI) pour permettre un couplage entre le RHM et le RPM avec les données de mortalité de la Banque-Carrefour de la Sécurité Sociale. Cet UPI permettrait de suivre le trajet des patients dans le système de santé après leur sortie de l'hôpital. De plus, le couplage avec les données du suivi après la sortie de l'hôpital et celles de la mortalité permettrait le calcul d'indicateurs de qualité internationaux qui ne peuvent pas être calculés à l'heure actuelle.
- Il faudrait également accélérer l'accès aux bases de données administratives (p.ex. réduire le délai d'accès au RHM).

<sup>i</sup> Ces recommandations n'engagent que le KCE.



***À l'attention du SPF Santé publique, de l'INAMI et de l'ISP:***

- **Les efforts pour transmettre des informations mises à jour aux organisations internationales (OCDE, Eurostat, OMS) doivent être poursuivis.**



## ■ ANNEXE

### ANNEXE 1 – LISTE DES INDICATEURS

<b>P-1</b>	Vaccination contre la polio, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche chez les enfants (% , 3 <sup>e</sup> /4 <sup>e</sup> dose)
<b>P-2</b>	Vaccination contre la rougeole chez les enfants (% , 1 <sup>e</sup> /2 <sup>e</sup> dose)
<b>P-3</b>	Vaccination contre l'hépatite B chez les enfants (% , 3 <sup>e</sup> /4 <sup>e</sup> dose)
<b>P-4</b>	Vaccination contre la grippe (% pop de + de 65 ans)
<b>P-5</b>	Incidence de la rougeole (nouveaux cas/million pop)
<b>P-6</b>	Dépistage du cancer du sein (% femmes 50-69 ans)
<b>P-7</b>	Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% femmes 50-69 ans)
<b>P-8</b>	Dépistage du cancer du col de l'utérus (% femmes 25-64 ans)
<b>P-9</b>	Dépistage du cancer colorectal (FOBT) (% pop âgée de 50 à 75 ans)
<b>P-10</b>	Dépistage du cancer du sein en-dehors du groupe cible (% femmes 40-49 ans)
<b>P-11</b>	Absence de contacts réguliers avec un dentiste (% pop de + de 3 ans)
<b>A-1</b>	Couverture de l'assurance maladie (% de la population)
<b>A-2</b>	Contribution personnelle (% des dépenses de santé totales)
<b>A-3</b>	Contribution personnelle (en US \$ PPA/hab.)
<b>A-4</b>	Report déclaré des contacts avec les services de santé pour raisons financières (% des foyers)
<b>A-5</b>	Médecins en activité (/1000 hab.)
<b>A-6</b>	Infirmiers en activité (/1000 hab.)
<b>A-7</b>	Nombre d'offres d'emploi pour des infirmiers
<b>A-8</b>	Nombre de patients par infirmier
<b>A-9</b>	Délai de plus de 2 semaines pour voir un spécialiste (% de la population sollicitant un rendez-vous)
<b>QE-1</b>	Hospitalisations liées à l'asthme chez l'adulte (/100 000 hab.)
<b>QE-2</b>	Hospitalisations liées aux complications du diabète chez l'adulte (/100 000 hab.)
<b>QE-3</b>	Taux de survie relative à 5 ans après cancer du sein (%)
<b>QE-4</b>	Taux de survie relative à 5 ans après cancer colorectal (%)
<b>QE-5</b>	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour IAM (pop. +45 ans, sur la base des hospitalisations, %)
<b>QE-6</b>	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour AVC ischémique (pop. +45 ans, sur la base des hospitalisations, %)
<b>QA-1</b>	Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat <sup>a</sup> (% des diabétiques sous insuline)
<b>QA-2</b>	Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat <sup>a</sup> (% des patients de +50 ans sous antidiabétiques oraux uniquement)
<b>QA-3</b>	Recours aux antibiotiques (total des DDD/1 000 hab/jour)
<b>QA-4</b>	Recours aux antibiotiques au moins 1x dans l'année (% de la population)
<b>QA-5</b>	Recours aux antibiotiques de 2 <sup>e</sup> intention (% du total des DDD d'antibiotiques)
<b>QA-6</b>	Exposition aux radiations médicales suite à l'utilisation d'examen d'imagerie inappropriés (mSv/hab./an)
<b>QA-7</b>	Césariennes (/100 naissances vivantes)



<b>QS-1</b>	Prévalence des infections contractées à l'hôpital (% des patients hospitalisés)
<b>QS-2</b>	Incidence des infections à MRSA contractées à l'hôpital (/1000 séjours hospitaliers)
<b>QS-3</b>	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 chirurgie de hanche ou du genou)
<b>QS-4</b>	Incidence des septicémies postopératoires après chirurgie abdominale (/100 000 sorties d'hôpital après chirurgie abdominale)
<b>QS-5</b>	Prévalence des escarres cat II-IV survenues à l'hôpital (% des patients hospitalisés)
<b>QS-6</b>	Polymédication (5 médicaments différents ou plus au cours des dernières 24 heures) (% pop. de +65 ans)
<b>QS-7</b>	Polymédication excessive (9 médicaments différents ou plus au cours des dernières 24 heures) (% pop. de +65 ans)
<b>QC-1</b>	Couverture par le DMG (% pop ayant eu au moins un contact avec son MG au cours des 3 dernières années)
<b>QC-2</b>	Usual Provider Continuity index $\geq 0,75$
<b>QC-3</b>	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% de patients de +65 ans)
<b>QC-4</b>	Proportion de diabétiques adultes (insulinodépendants) avec convention/passeport/trajet de soins (% de patients)
<b>QC-5</b>	Proportion de diabétiques adultes (sous antidiabétiques oraux) avec convention/passeport/trajet de soins (% de patients de +50 ans)
<b>QC-6</b>	Patients oncologiques discutés lors d'une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) (%)
<b>QP-1</b>	Le médecin passe suffisamment de temps avec le patient au cours de la consultation (% de répondants, contacts avec MG/MS)
<b>QP-2</b>	Le médecin donne des explications faciles à comprendre (% de répondants, contacts avec MG/MS)
<b>QP-3</b>	Le médecin donne l'occasion au patient de formuler questions et inquiétudes (% de répondants, contacts avec MG/MS)
<b>QP-4</b>	Le médecin implique les patients dans les décisions sur les soins et/ou traitements (% de répondants, contacts avec MG/MS)
<b>MH-1</b>	Mortalité par suicide (/100 000 hab.)
<b>MH-2</b>	Psychiatres en activité (/1000 hab.)
<b>MH-3</b>	Délais d'attente de plus d'un mois pour un 1 <sup>e</sup> contact avec un centre ambulatoire de santé mentale (% pop ayant eu un contact avec les SSM ambulatoires)
<b>MH-4</b>	Taux d'hospitalisation sous contrainte dans un service de psychiatrie (/10 000 hab.)
<b>MH-5</b>	Passage aux urgences pour un problème social, mental ou psychologique (% des admissions aux urgences des hôpitaux généraux)
<b>MH-6</b>	Prise d'antidépresseurs (total DDD/1000 hab./an)
<b>MH-7</b>	Prise d'antidépresseurs (% pop. adulte, au moins 1x/an)
<b>MH-8</b>	Pourcentage de patients recevant un traitement antidépresseur bref (< 3 mois) (% de la pop. sous antidépresseurs)
<b>MH-9</b>	Prescription d'antidépresseurs à effet anticholinergique chez les patients de plus de 65 ans (%)
<b>MH-10</b>	Nombre de jours d'hospitalisations en psychiatrie (/1000 hab.)
<b>LT-1</b>	Soins de longue durée en MRPA/MRS (% pop. +65 ans)
<b>LT-2</b>	Soins de longue durée à domicile (% pop. +65 ans)
<b>LT-3</b>	Aidants informels (% pop. +15 ans)
<b>LT-4</b>	Chutes au cours des 12 derniers mois (% pop. +65 ans)
<b>LT-5</b>	Prévalence des escarres (grade II-IV) dans les MRPA (% de résidents)
<b>LT-6</b>	Prévalence du portage du MRSA en MRPA/MRS (% de résidents)
<b>EOL-1</b>	Patients ayant bénéficié de soins palliatifs (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)
<b>EOL-2</b>	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)
<b>EOL-3</b>	Chimiothérapie moins de 14 jours avant le décès (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)



<b>EOL-4</b>	Décès au lieu de résidence habituel (domicile ou MRS/MRPA) (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)
<b>E-1</b>	Hospitalisations chirurgicales d'un jour (% du total des hospitalisations chirurgicales)
<b>E-2</b>	Durée moyenne du séjour après accouchement normal (jours)
<b>E-3</b>	Recours aux médicaments bon marché (% du total des DDD ambulatoires)
<b>S-1</b>	Dépenses de santé totales (% du PIB)
<b>S-2</b>	Dépenses de santé totales (€/hab.)
<b>S-3</b>	Dépenses de santé totales (% financé par le secteur public)
<b>S-4</b>	Nouveaux diplômés en médecine (/100 000 hab.)
<b>S-5</b>	Nouveaux diplômés en médecine devenant MG (% des diplômés avec spécialisation médicale)
<b>S-6</b>	Âge des MG en exercice (ETP, âge moyen)
<b>S-7</b>	Médecins de +55 ans (% des médecins en activité)
<b>S-8</b>	Nouveaux diplômés infirmiers (/100 000 hab.)
<b>S-9</b>	Étudiants infirmiers dans une formation de bachelier (% des nouveaux diplômés)
<b>S-10</b>	Infirmiers de +50 ans (% des infirmiers en activité)
<b>S-11</b>	Nombre de jours-lits en hôpitaux aigus (nombre/hab.)
<b>S-12</b>	Indicateur W.A.I.T pour les médicaments innovants (en jours)
<b>S-13</b>	MG utilisant un dossier médical électronique (% des MG en activité)
<b>HS-1</b>	Espérance de vie à la naissance (années)
<b>HS-2</b>	Mortalité prématurée (perte d'années de vie potentielles avant 70 ans/100 000 hab. ajustée pour l'âge)
<b>HS-3</b>	Mortalité évitable grâce au système de soins (taux/100 000 hab., ajusté pour l'âge)
<b>HS-4</b>	Mortalité évitable grâce aux politiques de santé (taux/100 000 hab., ajusté pour l'âge)
<b>HS-5</b>	Mortalité infantile (décès/1000 naissances vivantes)
<b>HS-6</b>	Espérance de vie en bonne santé à 65 ans (années)
<b>HS-7</b>	Santé perçue (% de la pop. de +15 ans se disant en (très) bonne santé)
<b>HP-1</b>	Obésité chez l'adulte (IMC $\geq$ 30) (% pop. de +18 ans)
<b>HP-2</b>	Surpoids chez les adolescents (IMC supérieur aux limites normales (% pop. de 11, 13 et 15 ans)
<b>HP-3</b>	Incidence du VIH (nouveaux diagnostics/100 000 hab.)
<b>HP-4</b>	Fumeurs quotidiens (% pop. +15 ans)
<b>HP-5</b>	Consommation d'alcool à risque (% pop. +15 ans)
<b>HP-6</b>	Binge drinking (% pop. +15 ans)
<b>HP-7</b>	Activité physique quotidienne (au moins 30 min.) (% pop. 18-64 ans)
<b>HP-8</b>	DMG+ (% pop. 45-75 ans avec dossier médical global)
<b>HP-9</b>	Connaissances en santé (d'un niveau au moins suffisant) (% pop. +18 ans)
<b>HP-10</b>	Échelle de contrôle tabagique
<b>EQ-1</b>	Distribution des revenus dans la population (coefficient de GINI)
<b>EQ-2</b>	Degré de progressivité du financement des soins (taux de recettes progressives/recettes totales, en %)
<b>EQ-3</b>	Degré de régressivité du financement des soins (taux de recettes régressives/recettes progressives)



## ■ 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/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf)
2. 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>
3. Björnberg A. Euro Health Consumer Index 2012. Health Consumer Powerhouse; 2012.
4. 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 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/a-first-step-towards-measuring-the-performance-of-the-belgian-healthcare-system>
5. 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); 2012. KCE Reports 196C (D/2012/10.273/112) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_196C\\_Health\\_system\\_performance.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196C_Health_system_performance.pdf)
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](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/169412/e96512-Eng.pdf?ua=1)



9. 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/Europe-an-health-report-2015-Targets-beyond-reaching-new-frontiers-evidence-full-book-en.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/288645/Europe-an-health-report-2015-Targets-beyond-reaching-new-frontiers-evidence-full-book-en.pdf?ua=1)
10. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. Health Systems in Transition. 2010;12(5):1-266.
11. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge University Press; 2009.
12. 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
13. 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>
14. OECD. OECD Health at a Glance 2015: OECD indicators. Paris: 2015. OECD Publishing
15. DG SANCO. Heidi Data tool: the European Community Health Indicators: [http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm). DG SANCO; 2012.
16. 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>
17. 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](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/140004.pdf)
18. 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.
19. 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](http://secure.cihi.ca/indicators/2011/tables_f.html)
20. WHO Regional Office for Europe. Eliminating measles and rubella. Framework for the verification process in the WHO European Region. Copenhagen: 2012.
21. 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).
22. 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.
23. 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.
24. FOD Economie K.M.O Middenstand en Energie. Huishoudbudgetonderzoek 2012-2014 [Web page]. [cited 30 October, 2015]. Available from: [http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/arbeidsmarkt\\_levensomstandigheden/huishoudbudgetonderzoek\\_2014.jsp](http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/arbeidsmarkt_levensomstandigheden/huishoudbudgetonderzoek_2014.jsp)
25. OECD. Health Working Paper (forthcoming) based on 2015 Joint Health Accounts Questionnaire. OECD Publishing; 2015.
26. 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.
27. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington D.C.: National Academy Press; 1990.
28. OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing; 2014.
29. 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 EURO CARE--5-a population-based study. *Lancet Oncol.* 2014;15(1):23-34.
30. 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\\_PR\\_O.pdf](http://hiv.cochrane.org/sites/hiv.cochrane.org/files/uploads/Ch17_PR_O.pdf)
  31. van den Berg M, de Boer D, Gijzen R, Heijink R, Limburg L, Zwakhals S. Dutch Health Care Performance Report 2014. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2014.
  32. Eimers M, Nijpels M. Benchmark Voorschrijven 2010. Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2010.
  33. European Commission. Medical Radiation Exposure of the European Population. Luxembourg: European Commission, Directorate-General for Energy; 2014. Radiation Protection 180 Available from: <http://www.eurosafeimaging.org/wp/wp-content/uploads/2015/05/Radiation-Protection-180.pdf>
  34. OECD. Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance. OECD Health Policy Studies; 2014. OECD Publishing
  35. WHO. WHO Statement on Caesarean Section Rates. WHO, Research for impact, Department of Reproductive Health and Research; 2015.
  36. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Multidimensionele feedback naar de ziekenhuizen. April 2008. Brussel.
  37. RIZIV-INAMI. Recommandations actuelles en matière de prescription des médicaments en première ligne. 2015. Available from: [http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure\\_prescription\\_medicaments\\_premiere\\_ligne.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure_prescription_medicaments_premiere_ligne.pdf)
  38. Committee on Quality Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academy Press, Washington, D.C.: Institute of Medicine; 2001.
  39. Van der Heyden J. L'expérience du patient. In: Drieskens S, Gisle L, editors. Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Bruxelles: WIV-ISP; 2015.
  40. OECD. Health Care Quality Indicators. OECD pilot questions on patient experiences. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011.
  41. WHO. Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges. Copenhagen: World Health Organization; 2008.
  42. 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-](https://kce.fgov.be/publication/report/organization-of-mental-health-care-for-persons-with-severe-and-persistent-mental)
  43. 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.
  44. RIZIV-INAMI. Performance report and policy actions: a summary of the selected topics and IMC working groups. Progress report. Brussels: 2015.
  45. OECD/European Commission. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. 2013. OECD Health Policy Studies
  46. 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
  47. Federaal Planbureau, Algemene Directie Statistiek. Demografische vooruitzichten 2014-2060: Bevolking, huishoudens en prospectieve sterftequotiënten. 2015.
  48. WHO. WHO Definition of Palliative Care [Web page].2015. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>





49. 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. KCE Reports 151
50. 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.
51. 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.
52. Houttekier D, Cohen J, Surkyn J, Deliens L. Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health*. 2011;11(228):1-10.
53. WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life World Health Organization; 2014. Available from: <http://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>
54. Palmer S, Torgerson D. Definitions of efficiency. *British Medical Journal*. 1999;318(7191):1136.
55. 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](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp549_en.pdf)
56. Burgess J. Innovation and efficiency in health care: does anyone know what they mean? *Health Systems*. 2012;1:7-12.
57. 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>
58. 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
59. National Health Performance Committee (NHPC). National Health Performance Framework Report. Brisbane: 2001. Queensland Health
60. 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](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf?ua=1)
61. OECD. Health Statistics 2015 [Web page]. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
62. 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](http://www.sante.belgique.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Rapports_Annuels/index.htm)
63. Cellule Technique - Technische Cel. Feedback financier par pathologie - Financiële feedback per pathologie [Web page]. [cited 2015, October 5]. Available from: <https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/anonymous?lang=fr>
64. eHealth. Plan d'action e-santé 2013-2018. eHealth Table ronde; 2013. Available from: Available from: [http://www.rtreh.be/EHEALTH/images/20130419plandaction\\_esantefr.pdf](http://www.rtreh.be/EHEALTH/images/20130419plandaction_esantefr.pdf)
65. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
66. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21(2):78-93.
67. Nolte E, McKee M. Does Health Care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust; 2004.
68. Office for National Statistics UK. Definition of Avoidable Mortality. Final avoidability causes list; <http://www.ons.gov.uk/ons/about->



- [ons/get-involved/consultations/archived-consultations/2011/definitions-of-avoidable-mortality/index.html](https://ons.get-involved/consultations/archived-consultations/2011/definitions-of-avoidable-mortality/index.html). 2012 2012.
69. Van Oyen H, Deboosere P, Lorant V, Charafeddine R. Les inégalités sociales de santé en Belgique - Sociale ongelijkheden in gezondheid in België. 2011.
70. Hercot D, Mazina D, Verduyck P, Deguerry M. Naître Bruxellois(e): indicateurs de santé périnatale des Bruxellois(e)s, 2000-2012. 2015.
71. Agentschap voor Zorg en Gezondheid. Sterftecijfers over baby's (foeto-infantiele sterfte), kenmerken van de ouders [Web page]. 2015. Available from: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Foeto-infantiele-sterftecijfers/Kenmerken-van-de-ouders--verband-met-het-sterfterisico/#opleiding>
72. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization; 1986. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
73. WHO European Workgroup on Health Promotion Evaluation. Evaluation in health promotion - Principles and perspectives. Copenhagen: WHO; 2001. WHO Regional Publications
74. Nutbeam D. Evaluating Health Promotion - progress, problems and solutions. Health Promotion International. 1998;13(1):27-44.
75. Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. Arch Public Health. 2014;72(1):10.
76. Van den Broucke S, Renwart A. La littératie en santé en Belgique: un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé. Université Catholique de Louvain; Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education; 2014.
77. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000;320(7244):1240-3.
78. Mackenbach J. Health Inequalities: Europe in Profile. Expert Report commissioned by the EU. 2006.
79. Feinstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature. The Milkbank Quarterly. 1993;71:279-94.
80. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
81. Executive Agency for Health and Consumer. Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013. European Commission; 2007.
82. Braveman PA. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. Journal of Health Population and Nutrition. 2003;31(3):181-92.
83. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Soc. Sci. Med. 1997;44(6):757-71.
84. Harper S, Lynch J. Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2005: NIH Publication No. 05-5777; 2005.
85. Léonard C. La responsabilisation capacitante: un nouveau paradigme pour refonder l'Etat-providence? Éthique et économique/Ethics and Economics. 2012;9(2):45-65.
86. Dworkin R. Equality, Luck and Hierarchy. Philosophy and Public Affairs. 2003;31(2):190-8.
87. Roemer JE. Equality of Opportunity. Cambridge: Harvard University Press; 1998.
88. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in Health Care Finance and Delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of Health Economics: North-Holland; 2000. p. 1804-62.
89. De Graeve D, Van Ourit T. The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review. In: The World Economy; November 2003. p. 1459-79.
90. Jackson T. Prospérité sans croissance. La transition vers une économie durable. Bruxelles; 2010.



91. WHO Regional Office for Europe. Second joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020. London, UK: 2014.
92. 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.
93. 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>
94. OECD. Health Systems Institutional Characteristics: a survey of 29 OECD countries. Paris: OECD; 2010. Health Working Papers Available from: [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)1&docLanguage=En](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)1&docLanguage=En)
95. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Health Targets [Web page]. [cited 2014, March 13]. Available from: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Policy/Health-targets/>
96. Van den Broucke S. Flanders: health targets as a catalyst for action. In: Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivastava D, Busse R, editors. Health targets in Europe: learning from experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
97. Smith P, Busse R. Targets and performance measurement. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects: Cambridge University Press; 2009. p. 509-36.
98. Smith P, Busse R. Learning from the European experience of using targets to improve population health. Prev Chronic Dis. 2010;7(5):A102.
99. Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivastava D, Busse R. Health targets in Europe: learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies, editor. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2008.
100. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_229\\_Hospital%20Financing\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf)



## COLOPHON

Titre :	La performance du système de santé Belge - Rapport 2015
Auteurs :	France Vrijens (KCE), Françoise Renard (ISP – WIV), Cécile Camberlin (KCE), Anja Desomer (KCE), Cécile Dubois (KCE), Pascale Jonckheer (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Denise Walckiers (ISP – WIV), Christian Léonard (KCE), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV)
Relecture :	Chris De Laet (KCE), Stephan Devriese (KCE), Erik Hendrickx (KCE), Raf Mertens (KCE)
Communication :	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Experts consultés pour la validation des indicateurs, définitions et résultats :	Marc Arbyn (WIV – ISP), Boudewijn Catry (WIV – ISP), Rana Charaffedine (ISP – WIV), Anne Clercx (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Chris De Laet (KCE), Harlinde De Schutter (Kankerregister – Registre du Cancer), Sabine Drieskens (WIV – ISP), Gretel Dumont (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Hilde Engels (RIZIV – INAMI), An Fremout (FANC – AFCN), Lydia Gisle (ISP – WIV), Isabelle Godin (ULB), Mat Goossens (anciennement WIV – ISP), Jean-Pierre Gorrissen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Tine Grammens (WIV – ISP), Greet Haelterman (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Germaine Hanquet (KCE), David Hercot (Observatoire Santé Région Bruxelles-Capitale), Beatrice Jans (WIV – ISP), Claire Janssens (INAMI – RIZIV), Luc Joossens (European Association against Cancer), Greet Laga (RIZIV – INAMI), Roos Leroy (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Dirk Moens (FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale), Nathalie Moreau (ULB), Martine Sabbe (ISP – WIV), André Sasse (ISP – WIV), Aurélie Somer (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Pascale Steinberg (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Sabine Stordeur (KCE), Jean Tafforeau (ISP – WIV), Peter Van Bogaert (UA), Stephan Van den Broucke (UCL), Johan Van der Heyden (WIV – ISP), Evelyne Van Gastel (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Thibault Vandenhove (FANC – AFCN), Leen Verleye (KCE)
Stakeholders :	Voici les administrations et institutions fédérales qui étaient consultées au cours du projet : Au niveau fédéral : <ul style="list-style-type: none"><li>• Les représentants du Ministre Maggie De Block : Regina De Paepe, Mieke Walraevens</li><li>• INAMI – RIZIV : Benoît Collin, Mike Daubie, Jo De Cock, Ri De Ridder</li><li>• SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid : Lieven Deraedt, Pol Gerits, Greet Haelterman, Aurélie Somer</li><li>• SPF Sécurité Sociale – FOD Sociale Zekerheid : Dirk Moens, Rudi Van Dam</li><li>• ISP – WIV : Johan Peeters, Herman Van Oyen</li></ul> Au niveau régional : <ul style="list-style-type: none"><li>• Vlaamse Gemeenschap (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid) : Lien Braeckvelt</li><li>• 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, Véronique Tellier</li></ul>



Validateurs externes :	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fédération Wallonie-Bruxelles (Direction générale de la Santé) : Philippe Demoulin, Luc Mathieu, Annalisa Tancredi</li><li>• Communauté Germanophone (DGOV Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft) : Karin Cormann</li><li>• Région Bruxelles Capitale (Observatoire Santé Région Bruxelles-Capitale) : Murielle Deguerry, David Hercot</li></ul>
Remerciements :	Hans Kluge (WHO), Gaetan Lafortune (OECD), Ellen Nolte (European Observatory of Health Systems and Policies)
Autres intérêts déclarés :	Marc De Falleur (INAMI – RIZIV), Chantal Houtman (IMA – AIM), Vikki Schillemans (Kankerregister – Registre du Cancer), Nathalie Terryn (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Sarah Thomson (WHO)
Infographies	Aucun intérêt déclaré
Layout :	Julien Ligot (Fedopress)
	Ine Verhulst, Sophie Vaes

**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 :	12 janvier 2016
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Delivery of Health Care; Health Services Accessibility; Quality of Health Care; Efficiency; Health Promotion; Healthcare Disparities; Benchmarking, Belgium
Classification NLM :	W84
Langue :	Français



Format : Adobe® PDF™ (A4)  
Dépot légal : D/2015/10.273/02  
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-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. La performance du système de santé Belge - Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02.

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



