Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement

Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

sciensano

INAMI-RIZIV

KCE

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

KCE REPORT 376B

PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE : RAPPORT 2024





KCE REPORT 376B
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE : RAPPORT 2024

SOPHIE GERKENS, MÉLANIE LEFÈVRE, NICOLAS BOUCKAERT, MURIEL LEVY, CHARLINE MAERTENS DE NOORDHOUT, CAROLINE OBYN, CARL DEVOS, ALINE SCOHY, ANNEMIE VLAYEN, HARUN YARAS, CHRISTOPHE JANSSENS, PASCAL MEEUS

2025 www.kce.fgov.be

COLOPHON

Titre :	Performance du système de santé belge : rapport 2024
Auteurs :	Sophie Gerkens (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Nicolas Bouckaert (KCE), Muriel Levy (KCE), Charline Maertens de Noordhout (KCE), Caroline Obyn (KCE), Carl Devos (KCE), Aline Scohy (Sciensano), Annemie Vlayen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Harun Yaras (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Christophe Janssens (KCE), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV – Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Superviseur senior :	Sophie Gerkens (KCE)
Relecture :	Emily Van Coolput (KCE); Kelly Sabbe (KCE)
Experts consultés pour la validation des définitions, des indicateurs et des résultats :	El Maâti Allaoui (IMA – InterMutualistisch Agentschap), Wouter Arrazola de Oñate (VRGT – Vlaamse Vereniging voor respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding), Delphine Beauport (RIZIV – INAMI - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité), Nadia Benahmed (KCE – Centre fédéral d'expertise des soins de santé), Finaba Berete (Sciensano), Nicolas Bouckaert (KCE), Sophie Bruneel (FAGG – AFMPS – Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten – Agence fédérale des medicaments et des produits de santé), Cécile Camberlin (KCE), Lucy Catteau (Sciensano), Rana Charafeddine (Sciensano), Heidi Cloots (Departement Zorg), Laura Cornelissen (Sciensano), Kasso Daïnou (RIZIV– INAMI), Christophe De Block (UZ Antwerpen), Marc De Falleur (INAMI – RIZIV), Cindy De Gendt (Stichting Kankerregister), Stijn De Kesel (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Jan De Lepeleire (KU Leuven), Hélène De Pauw (Sciensano), Françoise De Wolf (IMA), Stephan Devriese (KCE), Christelle Durand (SPF Santé Publique - FOD Volksgezondheid), Nicole Fasquelle (Bureau fédéral du Plan), Dalia Fele (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Sarah François (RIZIV – INAMI), Joanna Geerts (Federaal Planbureau), Karen Geurts (Federaal Planbureau), Tine Grammens (Sciensano), Pascale Jonckheer (KCE), Moira Kelly (Sciensano), Antoine Khalil (RIZIV – INAMI), Kira Koch (WHO – World Health Organization), Gaetan Lafortune (OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development), Katrien Latour (Sciensano), Astrid Lavens (Sciensano), Kathleen Leemans (VIKZ – Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg), Roos Leroy (KCE), Koen Lowet (CM – Christelijke Mutualiteit), Timothée Mahieu (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Chantal Mathieu (UZ Leuven), Pascal Meeus (RIZIV – INAMI), Dirk Moens (FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité sociale), Dorothée Nevens (RIZIV – INAMI), Irina Odnoletkova (KCE), Martina Otavova (Sciensano), Johan Pauwels (Audit Ziekenhuizen RIZIV – FOD Volksgezondheid – FAGG / Audit Hôpitaux INAMI – SPF Santé Publique –, AFMPS), Bart Peeters (Sciensano), Gert Peeters (UPC KU Leuven), Chris Rogier (Departement Zorg), Kathleen Sierens (RIZIV – INAMI), Vinciane Sizaire (FARES – Fonds des Affections Respiratoires), Sabine Stordeur (Taskforce Vaccination COVID-19), Benjamin Swine (INAMI – RIZIV – Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), Nathalie Terryn (SPF Santé Publique – FOD

	Volksgezondheid), Joos Tielemans (RIZIV – INAMI), Thibault Troch (RIZIV – INAMI), Dieter Van Cauteren (Sciensano), Rudi Van Dam (FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité sociale), Carine Van de Voorde (KCE), Ann Van Den Broucke (FAGG – AFMPS), Koen Van den Heede (KCE), Stefaan Van Der Borght (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Johan Van der Heyden (Sciensano), Koen Van Herck (Stichting Kankerregister), Joris Van Loenhout (Sciensano), Amélie Van Vyve (Sciensano), Lien van Walle (Belgian Cancer Registry), Annick Vandenhooft (IWEPS), Nathalie Vandernіepen (AVIQ), Els Vanlinthout (Departement Zorg), Johan Vanoverloop (IMA), Julie Verbeeck (Stichting Kankerregister), Annemie Vlayen (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Machteld Wauters (Departement Zorg), Laurent Weekers (CHU Liège), Lara Wellens (FAGG – AFMPS), Guillaume Westenbohm (DGOV Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft), Martin Wissing (UZ Brussel), Yves Wuyts (Zorgnet-Icuro)
Stakeholders :	Les administrations et institutions publiques suivantes ont été consultées pendant la durée du projet (groupe de travail inter-administrations) : Niveau fédéral: • Représentant du ministre de la Santé : Bernard Lange • INAMI – RIZIV: Hans Nagels, Benjamin Swine, Benoit Collin, Mickael Daubie • KCE: Christophe Janssens • SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid: Pol Gerits, Peter Jouck, Timmy Van Dijck, Sofie Waebens • Sciensano: Brecht Devleeschauwer • SPF Sécurité Sociale – FOD Sociale Zekerheid: Dirk Moens, Rudi Van Dam Niveau des entités fédérées: • Vlaamse Gemeenschap (Departement Zorg): Mathieu Roelants • Région Wallonne (Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles (AVIQ)): Dominique Dubourg, Maud Dujeu, Carine Van Malderen • Fédération Wallonie-Bruxelles (Direction générale de la Santé): Elvire Mfueni Bikundi • Deutschsprachige Gemeinschaft (DGOV Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft): Emilie Braun, Karin Cormann • Région Bruxelles Capitale (Observatoire de la Santé et du Social): Olivier Gillis, Elise Mendes da Costa
Validateurs externes :	Jon Cylus (European Observatory on health systems and policies), Gaetan Lafortune (OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development, avec l'aide de Federico Pratellesi et Michael van den Berg), et Dheepa Rajan (WHO – World Health Organization)
Remerciements :	Koen Beullens (Audit Ziekenhuizen RIZIV – FOD Volksgezondheid – FAGG / Audit Hôpitaux INAMI – SPF Santé Publique – AFMPS), Robrecht De Schreye (Sciensano), Frederic Denauw (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Tonio Di Zinno (AIM – Agence InterMutualiste), Dominique Dicker (SPF Santé Publique – FOD

	Volksgezondheid), Inge Franki (Sciensano), Régine Goemas (SPE – Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie), Iris Grant (IMA), Evelyne Moyse (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Kristof Neven (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Johan Peetermans (RIZIV – INAMI), Karen Raeymaekers (RIZIV – INAMI), Xavier Rygaert (IMA), Pascale Steinberg (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Frédéric Swaelens (POD Maatschappelijke Integratie – SPP Intégration Sociale), Vicky Truwant (Statbel – Belgisch statistiekbureau), Montse Urbina (IMA), Xavier Van Aubel (RIZIV – INAMI), Marcel Van Der Auwera (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Virginie Van Leeuw (CEpiP – Centre d'Epidemiologie Perinatale), Lien Van Opstal (RIZIV – INAMI), Tom Van Renterghem (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Leen Verleye (KCE), Robin Willems (Statbel), Renate Zeevaert (KCE)
Intérêts déclarés KCE:	Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il doit identifier et mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires. Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.
Intérêts déclarés externes :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine 'Évaluation de la performance du système de santé'. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.
Layout :	Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer :	• **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.** • **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**

	• **Finalement, 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.**
Numéro de projet :	2019-17-HSR
Date de publication :	21 octobre 2025 (3rd edition; 2nd print: 26 aout 2024; 1 février 2024,)
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Delivery of Health Care, Health Services Accessibility, Quality of Health Care, Efficiency, Healthcare Disparities, Learning Health System, Benchmarking, Belgium
Classification NLM :	W84
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2025/10.273/43
ISSN :	2466-6440
Copyright :	Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce. https://doi.org/10.57598/R376B
Comment citer ce rapport ?	S Gerkens, M Lefèvre, N Bouckaert, M Levy, C Maertens de Noordhout, C Obyn, C Devos, A Scohy, A Vlayen, H Yaras, C Janssens, P Meeus. Performance du système de santé belge : rapport 2024. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2025. KCE Reports 376B. D/2025/10.273/43. Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

PRÉFACE

Face à un problème de santé faisant irruption dans notre vie, nous espérons tous pouvoir bénéficier de soins de santé de haute qualité, dispensés par un personnel compétent, disponible, disposant des infrastructures appropriées et de moyens techniques de dernier cri, moyennant des coûts qu'il nous est possible de supporter… La liste de nos attentes est longue dans ces épisodes de vie parfois fort délicats. Il est évident que nous sommes chanceux de pouvoir compter en Belgique sur un système de santé de haut niveau . Un système très performant. Mais cette performance est-elle équivalente dans toutes ses dimensions ? Laisse-t-elle place à des lacunes pour certains groupes de patients, de pathologies ? Notre système est-il suffisamment réactif face aux évènements perturbants ? Comment se positionne-t-il par rapport aux autres pays d'Europe ? Et comment sa performance évolue-t-elle au cours du temps ? Autant de questions qui se doivent d'être posées. Autant de repères nécessaires aux mesures à mettre en place et aux dynamiques à déployer. Démarche d'introspection, d'analyse et de monitoring de notre système de santé qui nous semble fondamentale pour assurer un contrôle de la trajectoire et maintenir en haute altitude les standards de qualité attendus.

Initiée dans notre pays en 2007, l'évaluation de la performance de notre système de santé n'en est pas à ses débuts. Preuve en est : si au départ, une cinquantaine d'indicateurs avaient été définis pour décrire l'état du système de santé et prévoir d'en assurer le suivi, 15 ans plus tard, ce ne sont pas moins de 140 indicateurs qui sont proposés pour assurer une vision correcte et pertinente des évolutions réalisées. Notre rapport précédent, consacré au cadre conceptuel de la performance du système de santé belge et publié en juin dernier, expliquait combien il avait été difficile, malgré ce chiffre à première vue élevé, de nous limiter à ce lot d'indicateurs, tant les nouveaux concepts introduits dans le système demandent à être compris et suivis. La tentation d'être exhaustif a ainsi dû être confrontée au souci de rester pertinent dans l'analyse afin d'offrir l'image la plus adéquate qui soit aux utilisateurs de cette série de rapports. Une image qui se veut de plus en plus raffinée, donc, via des angles de vues et des pôles d'intérêts toujours plus riches et variés.

Dans la lignée de notre système de santé qui se développe sans cesse, se complexifie parfois aussi, pour atteindre ses objectifs de multi-excellence, l'évaluation de sa performance se doit ainsi d'être rigoureusement inclusive afin de ne rien laisser échapper à notre vigilance. C'est à cette condition que les enseignements à tirer de l'évaluation proposée dans ce rapport gagnent leurs lettres de noblesse et méritent toute notre confiance. Qu'il soit utile comme guide dans les actions à mener, comme point de contrôle pour les orientations prises ou comme source d'inspiration pour les nouvelles dynamiques à enclencher, chacun des indicateurs sélectionnés se veut ambassadeur d'une réalité, souvent multifactorielle, de notre système. Même si l'interprétation de ces nombreux signaux nécessitera toujours un regard très prudent et critique, certains résultats n'en sont pas moins éloquents et sont mis en avant dans ce rapport. Vous apprendrez ainsi que, aux côtés des nombreux signaux positifs relevés dans nos analyses, une série de voyants sont teintés d'une autre couleur, nous prévenant de l'une ou l'autre faiblesse du système, ou d'une réalité à surveiller de plus près.

Il s'agit entre autres de besoins médicaux non satisfaits pour des raisons d'ordre financier, de soins préventifs moins présents au sein de groupes plus vulnérables, ou encore du recours aux antidépresseurs qui ne cesse de croitre , pour ne citer que ces exemples.

De précieuses indications donc, nous le comprenons, qui nourrissent les stratégies à prévoir pour rendre notre système toujours meilleur. Un riche tableau que nous vous proposons de découvrir au fil des pages de ce rapport, structuré à l'image des dimensions qu'il analyse.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint

Marijke EYSSEN
Directeur Général a.i.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE 5
LISTE DES FIGURES 10
LISTE DES TABLEAUX 11
LISTE DES ABRÉVIATIONS 13
RAPPORT SCIENTIFIQUE 16
1 CONTEXTE ET OBJECTIFS 16
1.1 CONTEXTE 16
1.2 L'HSPA BELGE DANS LE PROCESSUS POLITIQUE 16
1.3 LE CADRE HSPA BELGE 17
1.3.1 Contexte historique 17
1.3.2 Le nouveau cadre HSPA belge 19
1.3.3 Un cadre en phase avec les initiatives HSPA internationales 20
1.4 CHAMP D'APPLICATION ET OBJECTIFS 23
2 MÉTHODOLOGIE ET DONNÉES 24
2.1 SÉLECTION DES INDICATEURS ET SOURCES DE DONNÉES 24
2.2 CE QUI A CHANGÉ DEPUIS LE RAPPORT PRÉCÉDENT 24
2.3 COMMENT AVONS-NOUS RÉALISÉ L'ÉVALUATION ? 25
3 QUALITÉ DES SOINS 27
3.1 EFFICACITÉ DES SOINS 27
3.2 SÉCURITÉ DES SOINS 31
3.3 ADÉQUATION DES SOINS 34
3.4 CONTINUITÉ DES SOINS 40
3.5 SOINS CENTRES SUR LA PERSONNE 44

4 ACCESSIBILITÉ DES SOINS 48
4.1 ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE DES SOINS DE SANTÉ 48
4.2 RÉPARTITION DU PERSONNEL DE SANTÉ 56
4.3 RÉPARTITION DES SERVICES DE SANTÉ 59
5 SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ 64
5.1 SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE 64
5.2 DISPONIBILITE EN PERSONNEL DE SANTE 66
5.3 TECHNOLOGIES DE SANTÉ ET INFRASTRUCTURES 73
5.4 GOUVERNANCE 75
5.5 SOUTENABILITÉ ENVIRONNEMENTALE 77
6 EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 78
7 INÉQUITÉ ET INÉGALITÉ 80
7.1 INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES DANS LE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ 81
7.2 INÉQUITÉS SOCIOÉCONOMIQUES DANS LE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ 88
8 RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ FACE À LA CRISE DU COVID-19 96
8.1 QU'EST-CE QUE LA RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ? 96
8.2 LA CRISE DU COVID-19 EN BELGIQUE 98
8.3 RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ FACE À LA CRISE DU COVID-19 EN BELGIQUE 100
8.4 IMPACT DE LA CRISE DU COVID-19 SUR D'AUTRES INDICATEURS HSPA 118
8.5 AUTRES INDICATEURS DE RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 121
8.6 CONCLUSION 122
9 SOINS PRÉVENTIFS 123
10 SOINS DE SANTÉ MENTALE 128
11 SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES 131
12 SOINS DE FIN DE VIE 139

13 SUIVI DU RAPPORT HSPA 2019 143
13.1 INITIATIVES LIÉES À LA QUALITÉ DES SOINS 143
13.2 INITIATIVES LIÉES À L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS 145
13.3 INITIATIVES LIÉES À LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ 147
13.4 INITIATIVES LIÉES À L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 149
13.5 INITIATIVES LIÉES À LA PRÉVENTION 150
13.6 INITIATIVES LIÉES AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE 151
13.7 INITIATIVES LIÉES AUX SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES 151
13.8 INITIATIVES LIÉES AUX SOINS DE FIN DE VIE 152
14 DISCUSSION ET CONCLUSION 152
14.1 FORCES ET FAIBLESSES LIÉES À LA QUALITÉ DES SOINS 152
14.2 FORCES ET FAIBLESSES LIÉES À L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS 153
14.3 FORCES ET FAIBLESSES LIÉES À LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ 155
14.4 FORCES ET FAIBLESSES LIÉES À L'ÉQUITÉ 158
14.5 FORCES ET FAIBLESSES LIÉES À LA RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 159
14.6 FORCES ET FAIBLESSES LIÉES À L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 160
14.7 FORCES ET FAIBLESSES LIÉES À LA PRÉVENTION 160
14.8 FORCES ET FAIBLESSES LIÉES AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE 161
14.9 FORCES ET FAIBLESSES LIÉES AUX SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES 161
14.10 FORCES ET FAIBLESSES LIÉES AUX SOINS DE FIN DE VIE 162
14.11 DISPARITÉS RÉGIONALES 162
14.12 LIMITATIONS ET CONCLUSION 166
■ **RECOMMANDATIONS 168**
■ **RÉFÉRENCES 169**

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Le cadre global belge d'évaluation de la santé de la population, y compris le nouveau cadre HSPA (en couleur) 22

Figure 2 – Contributions personnelles dans les soins de santé, en pourcentage des dépenses de santé courantes, par type de soins (2021) 50

Figure 3 – Écarts dans le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins entre la population et les sous-groupes, par sous-groupe et par année (2012, 2018, 2021) 94

Figure 4 – Variation de la performance du système de santé à la suite d'un choc 97

Figure 5 – Nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 en Belgique, mars 2020 – juin 2023 99

Figure 6 – Enquête Power to Care : proportion des professionnels de la santé ayant attribué un score élevé à l'élément « envisage d'abandonner la profession » 102

Figure 7 – Part des lits d'hôpital fermés en raison d'absentéisme du personnel ou d'un cas de force majeure 104

Figure 8 – Nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux (en ETP) 105

Figure 9 – Part des activités chirurgicales hospitalières essentielles régulières attendues (sur la base des données de 2018 et 2019) qui ont été maintenues 107

Figure 10 – Pourcentage de variation du nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs au cours de la période 2020-2021 par rapport à la période 2017-2019 108

Figure 11 – Pourcentage des hôpitaux où le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 est supérieur à 60 % 110

Figure 12 – Nombre total de contacts avec un MG (en ce compris les téléconsultations) (exprimé en pourcentage du nombre total de contacts avec un MG au cours du même mois de 2019) 111

Figure 13 – Durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat du test COVID-19 (en jours) 112

Figure 14 – Durée moyenne écoulée entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts (en jours) 114

Figure 15 – Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus ayant reçu au moins une dose de vaccin COVID-19 au cours des six derniers mois 115

LISTE DES TABLEAUX

Figure 16 – Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus ayant reçu au moins une dose de vaccin COVID-19 au cours des six derniers mois 116

Tableau 1 – Pictogrammes pour l'évaluation des indicateurs 26
Tableau 2 – Qualité : indicateurs d'efficacité des soins....30
Tableau 3 – Qualité : indicateurs de sécurité des soins 33
Tableau 4 – Qualité : indicateurs d'adéquation des soins 39
Tableau 5 – Qualité : indicateurs de continuité des soins 43
Tableau 6 – Qualité : indicateurs de soins centrés sur la personne....47
Tableau 7 – Accessibilité : indicateurs d'accessibilité financière 55
Tableau 8 – Accessibilité : indicateurs de répartition du personnel de santé 58
Tableau 9 – Accessibilité : indicateurs de répartition des services de santé 62
Tableau 10 – Soutenabilité : indicateurs de soutenabilité financière 66
Tableau 11 – Soutenabilité : indicateurs de disponibilité en personnel de santé – Médecins 69
Tableau 12 – Soutenabilité : indicateurs de disponibilité en personnel de santé – Infirmiers....72
Tableau 13 – Soutenabilité : indicateurs de technologies de santé et infrastructures 75
Tableau 14 – Soutenabilité : indicateurs de gouvernance du système de santé 77
Tableau 15 – Indicateurs d'efficience du système de santé....79
Tableau 16 – Indicateurs repris dans d'autres sections, résultats par groupes socioéconomique et mesure des inégalités socioéconomiques 83
Tableau 17 – Indicateurs d'équité des soins de santé 95
Tableau 18 – Vagues de l'épidémie de COVID-19 en Belgique 98
Tableau 19 – Résilience du système de santé....116
Tableau 20 – Impact de la crise du COVID-19 sur d'autres indicateurs HSPA 120
Tableau 21 – Autres indicateurs de résilience du système de santé 122

Tableau 22 – Indicateurs de prévention 126
Tableau 23 – Indicateurs de soins de santé mentale 130
Tableau 24 – Indicateurs de soins aux personnes âgées 135
Tableau 25 – Indicateurs déjà rapportés dans d'autres sections, spécifiques à la population âgée de ≥ 65 ans ou de ≥ 75 ans 138
Tableau 26 – Indicateurs de soins de fin de vie (cancer) 142

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATION	DÉFINITION
A	Accessibilité
ACP	Advance Care Planning (planification anticipée des soins)
AFMPS	Agence fédérale des médicaments et des produits de santé
AIM	Agence InterMutualiste
BIM	Bénéficiare de l'intervention majorée
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CIM	Conférence interministérielle
COM	Consultation oncologique multidisciplinaire
CSU	Couverture de santé universelle
CT	Computed Tomography (CT scan ou tomodensitométrie)
DDD	Defined Daily Dose (dose quotidienne déterminée)
DMG	Dossier médical global
DMGe	Dossier médical global électronique
E	Efficience
ECDC	European Center for Disease Prevention and Control (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies)
EOL	End-of-Life (Fin de vie)
EQ	Équité
ESMO	European Society for Medical Oncology (Société européenne d'oncologie médicale)
ETP	Équivalent temps plein
EU-SILC	EU Statistics on Income and Living Conditions (Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie)
HAD	Hospitalisation à domicile

HBA1c	Hémoglobine glyquée
HIS	Health Interview Survey (enquête de santé par interviews)
HiT	Health Systems in Transition (systèmes de santé en transition)
HSPA	Health System Performance Assessment (évaluation de la performance du système de santé)
HSPM	Health Systems and Policy Monitor Network (réseau de surveillance des systèmes et des politiques de santé)
HSR	Health Status Report (rapport sur l'état de santé de la population)
IAM	Infarctus aigu du myocarde
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IRM	Imagerie par résonance magnétique
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
MG	Médecin généraliste
MRSA	Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline)
MS	Médecin spécialiste
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PAQS	Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients
P4P	Pay-For-Performance (paiement à la performance)
PaRIS	Patient-Reported Indicator Survey (enquête sur les indicateurs rapportés par les patients)

PIB	Produit intérieur brut
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PREM	Patient-Reported Experience Measures (mesures d'expériences rapportées par le patient)
PROM	Patient-Reported Outcome Measures (mesures de résultats rapportés par le patient)
PVH	Papillomavirus humain
QA	Qualité – adéquation
QC	Qualité – continuité
QE	Qualité – efficacité
QP	Qualité – centralité de la personne
QS	Qualité – Sécurité
R	Résilience
RHM	Résumé Hospitalier Minimum (données de sortie d'hôpital)
RPM	Résumé Psychiatrique Minimum (données hospitalières psychiatriques)
S	Soutenabilité
SI	Soins intensifs
SPF Santé publique	Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
UE	Union européenne
UPC	Usual Provider Continuity (indice UPC ou indice de continuité du prestataire habituel)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIKZ	Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (Institut flamand pour la qualité des soins)

RAPPORT SCIENTIFIQUE

1 CONTEXTE ET OBJECTIFS

1.1 Contexte

L'évaluation de la performance du système de santé ou HSPA (*Health System Performance Assessment*) est un processus qui vise à évaluer le système de santé de manière holistique, un « bilan de santé » basé sur des indicateurs mesurables. L'HSPA est mentionnée de façon explicite dans la Charte de Tallinn[1] signée par l'ensemble des États membres de la région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui stipule que « les systèmes de santé doivent faire la démonstration de leur performance » et que les États membres doivent « promouvoir la transparence et rendre des comptes quant à la performance des systèmes de santé dans la production de résultats mesurables ».[1] Elle repose sur un cadre conceptuel propre à chaque pays.

En Belgique, l'HSPA poursuit trois objectifs stratégiques :

1. Informer les autorités de santé concernant la performance du système de santé, pour les aider à planifier les politiques de santé ;
2. Offrir une vision transparente et responsable de la performance du système de santé, conformément aux engagements pris dans la Charte de Tallinn ;
3. Suivre l'évolution de la performance du système de santé au fil du temps.

1.2 L'HSPA belge dans le processus politique

Les conditions préalables à la prise en compte de l'HSPA dans la prise de décision politique sont énumérées dans l'Encadré 1. L'HSPA belge bénéficie d'un solide soutien des pouvoirs publics et de nombreux liens avec les décideurs politiques. Bien que l'évaluation soit réalisée par une instance scientifique indépendante, un groupe de travail HSPA inter-administrations a été créé pour suivre le projet et faire office d'interface entre l'instance scientifique indépendante et les décideurs politiques.

Encadré 1 – Conditions préalables à la prise en compte de l'HSPA dans la prise de décision politique

Existence d'un engagement fort des autorités
Le 18 mars 2008, suite à une recommandation de la Charte de Tallinn, un engagement a été formulé dans l'accord gouvernemental belge sur la santé publique : « La performance de notre système de santé, y compris en ce qui concerne la qualité, doit être évaluée sur la base d'objectifs mesurables. » Cet engagement – renouvelé par les gouvernements suivants et soutenu par tous les hauts fonctionnaires des organes administratifs – revêtait une grande importance en vue de l'inscription de l'HSPA à l'agenda politique.

Implication de toutes les administrations de santé via un groupe de travail inter-administrations
Les autorités de santé belges ont demandé à leurs administrations d'apporter leur contribution et de donner leur avis sur le rapport HSPA. Un groupe de travail HSPA inter-administrations a été créé pour suivre le projet. Les dix administrations concernées par le secteur de la santé (au niveau fédéral et à celui des entités fédérées) ont été impliquées dans le processus (voir le colophon de ce rapport).

Évaluation par une instance scientifique indépendante
Une instance scientifique indépendante composée de chercheurs du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), de Sciensano (qui portait encore à l'époque le nom d'Institut Scientifique de Santé Publique), de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et, depuis le rapport HSPA 2019, du Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF Santé publique), a été chargée de l'évaluation.

Attention spécifique à l'identification des besoins et des éventuels obstacles et résistances
Au moment de la première étude d'évaluation (2009)[2], une enquête a été menée auprès des parties prenantes pour en apprendre davantage sur leurs attentes. Elles ont exprimé la nécessité de procéder à une évaluation, de rendre des comptes et d'effectuer une comparaison internationale. Plusieurs obstacles et risques ont été identifiés : culture de l'évaluation insuffisante, résistance et complexité. Les parties prenantes craignaient en particulier qu'aucun rapport de suivi ne soit produit après l'évaluation HSPA initiale et que les résultats de celle-ci ne débouchent sur aucune décision politique. Quatorze ans plus tard, cinq éditions ont été publiées et chaque nouveau rapport souligne les principales réponses apportées par les décideurs politiques à l'évaluation précédente.

Interface entre les instances scientifiques et les décideurs politiques
Le groupe de travail inter-administrations fonctionne comme un groupe de travail politique de la conférence interministérielle (CIM), à laquelle il soumet un compte rendu du rapport. Son rôle est de combler le fossé entre problèmes scientifiques et politiques afin d'améliorer le système de santé, en aidant si nécessaire à transposer l'évaluation dans des questions politiques. Le rôle du groupe de travail inter-administrations a été crucial pour assurer la continuité et encourager le passage à l'action.

1.3 Le cadre HSPA belge

1.3.1 Contexte historique

Le premier cadre conceptuel belge pour l'HSPA, publié en 2010[2], s'inspirait d'une combinaison des cadres néerlandais et canadien[3, 4]. Ces deux cadres avaient été initialement sélectionnés pour leur complémentarité : ensemble, ils couvraient toute la gamme de *dimensions* jugées importantes par les experts et parties prenantes consultés pour évaluer la performance du système de santé belge. Par ailleurs, ce cadre combiné a été adapté au contexte du système de santé belge en lui offrant un champ le plus large possible – celui du système de santé plutôt que du système de soins de santé – et en y incluant une nouvelle dimension chère aux décideurs politiques belges, celle de la soutenabilité.

Le modèle qui en a découlé reposait sur trois niveaux interconnectés : (1) l'état de santé de la population, (2) les déterminants non médicaux de la santé et (3) la performance du système de santé au sens strict, ce troisième niveau étant évalué suivant plusieurs dimensions et domaines de soins :

- Les **dimensions** font référence aux principes considérés comme essentiels au bon fonctionnement et à la performance d'un système de santé, comme l'accessibilité, la qualité, etc.
- Les **domaines** analysent de manière approfondie certaines fonctions du système de santé, comme les soins préventifs, ou certaines populations cibles, comme les personnes âgées.

Afin d'éviter que les messages fondamentaux ne finissent par se perdre dans une masse d'informations pléthorique, il a été décidé, lors du dernier rapport publié en 2019 :

- De répartir désormais l'information sur plusieurs rapports distincts (un rapport sur l'état de santé et ses déterminants, un rapport sur la performance du système de santé et un rapport sur les variations de pratique médicale) plutôt que de publier un rapport unique et volumineux, ce qui permet de davantage détailler les informations dans chaque rapport ; et
- De regrouper les messages-clés et résultats de chacun de ces rapports sur un site internet unique (voir Encadré 2), www.belgiqueenbonnesante.be, où tout un chacun, qu'il soit décideur politique, chercheur en santé publique, journaliste, ou simple citoyen intéressé par le sujet peut facilement trouver des informations et données-clés pour évaluer et mieux comprendre le système de santé belge. Des informations sur le contexte et la conception du système de santé belge ont également été ajoutées à ce site internet (profil HiT[5] et données phares dans les soins de santé).

Il convient également de noter que les différents rapports (voir Encadré 2) sont produits par des organes différents, ce qui renforce encore le choix de publier des rapports distincts. En raison de ces subdivisions et pour éviter toute confusion pour le lecteur, une terminologie spécifique est à présent utilisée pour faire référence soit au cadre global d'évaluation de la santé de la population, soit au rapport spécifique sur la performance du système de santé (cadre d'évaluation de la performance du système de santé ou HSPA), qui en est une sous-partie (voir Encadré 3).

Encadré 2 – Rapports interconnectés disponibles sur le site belgiqueenbonnesante.be

Les rapports d'évaluation suivants sont actuellement disponibles sur le site internet belgiqueenbonnesante.be :

- **Rapport sur l'état de santé de la population (*Health Status Report* ou HSR) :** évaluation de l'état de santé de la population belge. Ce rapport est produit par Sciensano[6]. Il comprend également les **déterminants non médicaux de la santé**, c'est-à-dire les indicateurs de mode de vie (consommation de tabac, consommation d'alcool, statut pondéral, activité physique, alimentation), la littératie en santé et les facteurs environnementaux (qualité de l'air) ;
- **Rapport sur la performance du système de santé (HSPA) :** évaluation de la performance du système de santé belge et de la délivrance de services de santé suivant plusieurs dimensions et domaines de soins[7]. Ce rapport est produit par le KCE, l'INAMI, le SPF Santé publique et Sciensano ;
- **Profils de variations dans les pratiques médicales :** évaluation des variations « injustifiées » dans les prestations de soins de santé. Ce rapport est lié à la sous-dimension « adéquation des soins » du rapport performance et est produit par l'INAMI[8].

Pour avoir une meilleure vision du contexte dans lequel fonctionne le système de santé belge, des rapports descriptifs sont également disponibles :

- **Profil des systèmes de santé en transition (HiT) :** description du système de santé belge, de ses principaux moteurs et de ses réformes récentes. Ce rapport est produit par le KCE et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé[5] ;

- **Données phares dans les soins de santé :** présentation de données clés sur certaines composantes du système de santé (hôpitaux, soins de santé mentale, soins d'urgence, etc.). Ces rapports sont produits par le SPF Santé publique[9].

À l'avenir, le projet suivant devrait également voir le jour :

- **Priorités et objectifs de santé :** des initiatives visant à définir les priorités et objectifs belges en matière de santé et de soins de santé sont actuellement en cours. Une fois que ceux-ci seront déterminés et approuvés par les gouvernements, les indicateurs figurant dans les rapports d'évaluation susmentionnés (HSR, HSPA, variations de pratique médicale) liés à ces priorités et objectifs seront signalés par une balise spécifique. Cela pourrait également déboucher sur l'ajout de nouveaux indicateurs dans ces rapports d'évaluation.

Encadré 3 – Terminologie : cadre d'évaluation de la performance du système de santé (HSPA) vs cadre global d'évaluation de la santé de la population

Dans plusieurs pays, les rapports HSPA contiennent des informations non seulement sur la performance de la délivrance de services de santé, mais aussi sur l'état de santé de la population et sur les déterminants non médicaux de la santé. En Belgique, les évaluations sont réparties en plusieurs rapports distincts. Pour éviter toute confusion pour le lecteur, la terminologie suivante est utilisée :

- **Le cadre global d'évaluation de la santé de la population** fait référence à l'ensemble des trois niveaux de l'évaluation : l'état de santé de la population, les déterminants non médicaux de la santé et la performance du système de santé et de la délivrance de services de santé.
- **Le cadre d'évaluation de la performance du système de santé (ou HSPA)** fait référence au troisième niveau de l'évaluation globale – l'évaluation de la performance du système de santé et de la délivrance de services de santé suivant plusieurs dimensions et domaines de soins.

1.3.2 Le nouveau cadre HSPA belge

Étant donné que les systèmes de santé ont évolué depuis le premier cadre conceptuel développé en 2010 et que de nouveaux concepts de mesure de la performance ont émergé dans l'intervalle, une révision approfondie du cadre HSPA belge a été réalisée en 2023. Pour les lecteurs intéressés, une description de la méthodologie utilisée pour élaborer ce nouveau cadre figure dans le rapport KCE 370[10].

Les résultats de cette révision sont schématisés dans la Figure 1. La révision s'est focalisée sur la partie HSPA et les trois niveaux interconnectés du cadre global d'évaluation de la santé de la population ont été maintenus :

- L'**état de santé** de la population (rapport HSR) ;
- Les **déterminants non médicaux** de la santé (rapport HSR) ;
- La **performance du système de santé** (rapport HSPA, également appelé « rapport performance »).

La nécessité de lier ces rapports d'évaluation aux **objectifs de santé et de soins de santé**, reflétant les priorités de santé belges (en cours de développement, voir Encadré 2), est également représentée dans la figure.

La **promotion de la santé** dépasse le cadre du système de santé (puisqu'elle couvre également les interventions dans les domaines de l'éducation, de la fiscalité, de la sécurité routière, etc.) et est donc représentée par un cercle qui chevauche les trois niveaux. Dans le rapport performance, la promotion de la santé et les soins préventifs sont abordés très partiellement en mettant l'accent sur les services préventifs fournis par le système de santé, comme la vaccination (prévention primaire) et le dépistage (prévention secondaire). Pour souligner le lien entre la promotion de la santé et les soins préventifs, les deux sont indiqués en turquoise dans la figure.

Dans la partie colorée de la figure, qui représente le cadre d'évaluation de la performance du système de santé et de la délivrance de services de santé (troisième niveau), la position de chaque élément a été déterminée selon le raisonnement suivant :

- Le point focal de la figure, en rouge, est la performance du système de santé, objectif intermédiaire et passage obligé vers l'amélioration de l'état de santé de la population (objectif final).
- Dans le cercle intérieur, la dimension **qualité** concerne principalement les indicateurs de processus touchant à la délivrance de services de santé par les professionnels ou établissements de soins, qui sont influencés à leur tour par les choix posés au niveau des éléments structurels (soutenabilité) et de l'allocation des ressources (accessibilité). La qualité est divisée en cinq sous-dimensions : efficacité des soins, adéquation des soins, sécurité des soins, continuité des soins et soins centrés sur la personne ;
- Le cercle intermédiaire concerne l'**accessibilité**, qui découle des choix d'allocation des ressources influencés par les éléments structurels du système de santé. L'accessibilité est divisée en trois sous-dimensions : l'accessibilité financière, la répartition du personnel de santé et la répartition des services de santé ;
- Le cercle extérieur recouvre la **soutenabilité**, qui touche principalement aux éléments structurels qui vont soutenir les autres dimensions du système de santé et couvre cinq sous-dimensions : la soutenabilité financière, la disponibilité en personnel de santé, les technologies de santé et infrastructures, la gouvernance et la soutenabilité environnementale. Cette dernière sous-dimension n'a pas encore été développée (voir le rapport KCE 370[10]).
- **L'efficience, l'équité et la résilience** sont considérées comme des dimensions qui recoupent toutes les autres et nécessitent des analyses plus transversales.

Une définition de chaque dimension ou sous-dimension figure au début du chapitre correspondant (voir chapitres 3 à 12).

Comme précédemment, certains domaines spécifiques ont également été étudiés ; ils sont présentés à droite du cercle (sur le « post-it »). Pour le rapport HSPA 2024, quatre domaines ont été sélectionnés : **la prévention, les soins de santé mentale, les soins aux personnes âgées et les soins de fin de vie**.

Des **éléments conceptuels et contextuels** sont également nécessaires pour mieux comprendre le système de santé belge et sa performance. Ces informations descriptives, qui se trouvent dans le profil HiT et dans la section sur les données phares dans les soins de santé du site internet belgiqueenbonnesante.be, sont représentées par le fond gris dans la figure.

1.3.3 Un cadre en phase avec les initiatives HSPA internationales

L'objectif n'est pas de parvenir à un cadre conceptuel commun à tous les pays, chaque système de santé ayant ses propres spécificités et son propre contexte. Chaque cadre conceptuel national dépendra entre autres des priorités du pays et des moyens disponibles (par exemple, le budget alloué à la production du rapport) et devra répondre aux besoins spécifiques du public cible (par exemple, les décideurs politiques du pays).

Le cadre HSPA belge s'inscrit donc dans les perspectives et priorités nationales en matière de (soins de) santé, tout en étant est également en phase avec les initiatives internationales.

Les initiatives HSPA au niveau européen sont principalement menées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et la Commission européenne (CE).

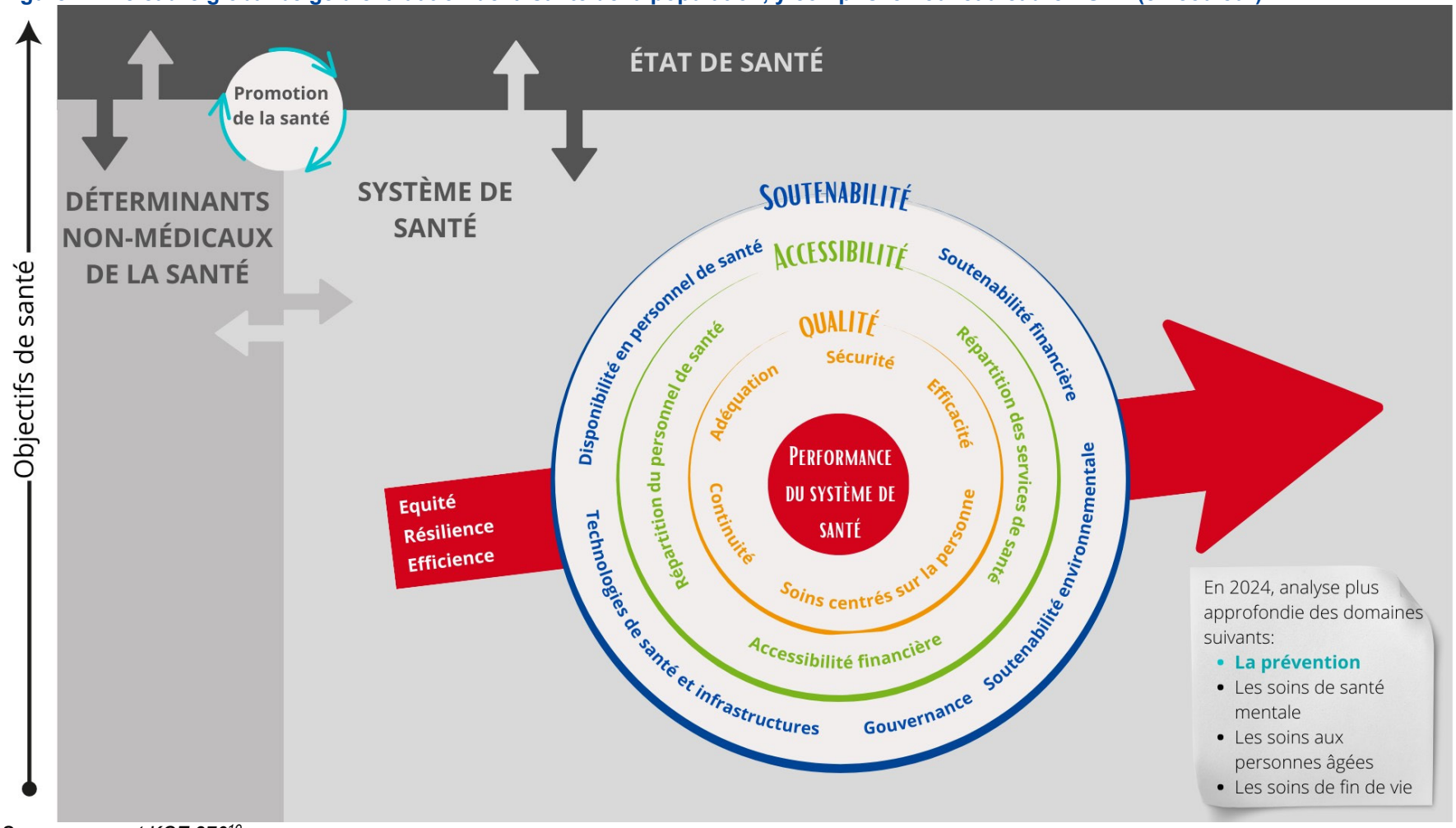
En 2022, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et l'OMS ont publié un nouveau cadre HSPA[11]. Une comparaison des deux cadres a donc été réalisée dans le rapport KCE 370[10]. Même s'il existe quelques différences structurelles et conceptuelles entre les deux cadres, le raisonnement qui les sous-tend est similaire. La comparaison a permis de confirmer que le cadre HSPA belge est complet et pertinent. L'annexe du rapport KCE 370 fournit aux lecteurs intéressés (belges ou internationaux) des indications sur l'endroit où trouver des informations sur les différentes mesures indicatives du nouveau cadre de l'Observatoire européen et de

l'OMS, y compris les aspects qualitatifs, sur le site internet belgiqueenbonnesante.be.

Plusieurs initiatives HSPA internationales ont également été utilisées dans le cadre de la sélection des indicateurs (voir le rapport KCE 370[10] pour plus de détails sur la sélection des indicateurs en vue du rapport HSPA 2024), notamment :

- Le projet de l'UE sur l'inventaire international des indicateurs HSPA[12-15] et les publications du groupe d'experts de l'UE sur l'HSPA (2020)[16]
- Les publications « Panorama de la santé » de l'OCDE[17] et les profils de santé par pays pour la Belgique[18]
- Les mesures indicatives proposées dans le nouveau cadre HSPA de l'OMS et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé[11].

Figure 1 – Le cadre global belge d'évaluation de la santé de la population, y compris le nouveau cadre HSPA (en couleur)



Source : rapport KCE 370[10]

1.4 Champ d'application et objectifs

Ce rapport se focalise sur le troisième niveau de l'évaluation globale, à savoir la performance du système de santé et de la délivrance de services de santé (rapport HSPA).

L'évaluation de la performance est un processus récurrent, dont le premier rapport pilote a été publié en 2010 et la dernière analyse en date en 2019 (voir Encadré 4). Afin de rendre ce processus plus dynamique, il a également été décidé de profiter de la période séparant la publication de rapports HSPA exhaustifs pour étudier de nouveaux dimensions/domaines, réviser les dimensions/domaines existants ou en en approfondissant certains dans des rapports thématiques. Quatre thèmes intermédiaires ont été publiés depuis le dernier rapport HSPA de 2019 (voir Encadré 4).

Le présent rapport constitue la cinquième édition du rapport HSPA belge (exhaustif).

Encadré 4 – Aperçu des rapports performance

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

- **HSPA 2010 :** cadre conceptuel et étude de faisabilité pour 54 indicateurs[2] ;
- **HSPA 2012 :** 74 indicateurs et première évaluation complète[19] ;
- **HSPA 2015 :** 106 indicateurs[20] ;
- **HSPA 2019 :** 121 indicateurs[21] (la plupart des indicateurs de l'état de santé ont été déplacés vers une publication distincte de Sciensano : le **rapport sur l'état de santé de la population**).

Ces rapports sont le fruit d'une collaboration entre le KCE, Sciensano, l'INAMI et le SPF Santé publique. Depuis 2019, les rapports intermédiaires suivants ont également été publiés :

- **Rapport thématique 2020** sur l'équité, avec 27 indicateurs[22] ;
- **Rapport thématique 2021** sur l'évaluation de la soutenabilité du système de santé au moyen de projections, avec trois nouveaux indicateurs basés sur des projections[23] ;
- **Rapport thématique 2022** sur les soins aux personnes vivant avec une maladie chronique, avec 27 indicateurs[24].
- **Rapport thématique 2023** sur le développement d'un nouveau cadre conceptuel[10].

Les objectifs du rapport HSPA 2024 sont les suivants :

- Mesurer un ensemble d'indicateurs couvrant les dimensions et domaines du système de santé belge, tout en veillant à ce que le nombre d'indicateurs reste gérable (dans ce rapport, 142 indicateurs[a], traités aux chapitres 3 à 12) ;
- Interpréter les résultats afin de fournir une évaluation globale de la performance du système de santé belge sur la base de plusieurs critères, y compris une comparaison avec des objectifs prédéfinis et un benchmarking international lorsque cela se justifie (chapitres 3 à 12) ;
- Mettre en évidence les signaux d'alarme (chapitre 14).

Les mesures mises en œuvre par les autorités fédérales et les entités fédérées depuis le dernier rapport HSPA sont également décrites (chapitre 13).

[a] Certains indicateurs sont subdivisés en deux volets, mais comptés une seule fois, comme par exemple l'indicateur QE-8 sur la mortalité évitable grâce au système de santé pour les hommes et pour les femmes

2 MÉTHODOLOGIE ET DONNÉES

2.1 Sélection des indicateurs et sources de données

Ce projet HSPA vise à se concentrer sur les indicateurs les plus pertinents conformément à son cadre conceptuel. La première étape de la sélection visait à identifier, après une recherche dans la littérature indexée et grise, les indicateurs les plus pertinents pour chaque dimension/domaine, en collaboration avec des experts externes. Dans un second temps, les indicateurs retenus ont été confrontés à la disponibilité des données, en privilégiant les données de routine. Aucune nouvelle collecte de données n'a été entreprise ; toutes les données exploitées dans ce rapport ont donc été extraites de sources existantes. 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 et nombre d'indicateurs gérable). Vous trouverez plus de détails sur la sélection des indicateurs pour ce cinquième rapport HSPA dans le rapport KCE 370[10].

Un total de 142 indicateurs[b] ont ainsi été sélectionnés et mesurés dans ce rapport. La liste des indicateurs retenus figure en annexe. Certains indicateurs n'ont pas pu être mis à jour en raison du manque de données récentes (par exemple, les dernières données de l'enquête de santé par interview (HIS) ont été collectées en 2023 et les résultats ne seront disponibles que fin 2025). Au lieu d'être retirés du rapport, ils ont été décrits avec les dernières données disponibles ; lorsque des données plus récentes seront disponibles pour ces indicateurs, le site internet (www.belgiqueenbonnesante.be) sera mis à jour (voir Encadré 6). Ces indicateurs sont marqués d'un astérisque (*) dans les tableaux synoptiques.

2.2 Ce qui a changé depuis le rapport précédent

Les principaux changements sont notamment :

- Une nouvelle dimension transversale : la résilience du système de santé ;
- Une nouvelle sous-dimension de la soutenabilité : la gouvernance ;
- Une nouvelle façon de présenter les résultats conformément au nouveau cadre HSPA développé en 2023 (par exemple, les nouvelles sous-dimensions pour l'accessibilité et la soutenabilité) ;
- Une présentation plus détaillée des réformes intervenues depuis le dernier rapport HSPA.

Les nouveaux indicateurs sont marqués du signe ***New*** dans les tableaux synoptiques de la section dédiée aux résultats.

Certains indicateurs ont été supprimés ou modifiés pour diverses raisons, notamment parce que les organisations internationales ont décidé de ne plus suivre le paramètre en question, parce que les données belges ne sont plus transmises, parce que les résultats se basaient sur une seule étude obsolète qui n'a pas pu être répétée, parce que les experts considéraient que l'indicateur était moins pertinent par rapport à d'autres indicateurs sélectionnés pour la dimension/le domaine[c] ou parce que l'indicateur était considéré comme redondant par rapport à d'autres.

[b] Certains d'entre eux sont subdivisés en deux et ne sont comptés que comme un seul indicateur, par exemple QE-8 sur la mortalité traitable pour les hommes et la mortalité traitable pour les femmes (expliquant la différence avec le nombre cité dans le rapport KCE 370).

[c] Concernant l'accessibilité, l'équité et les soins centrés sur la personne, une révision visant à limiter la sélection aux indicateurs les plus pertinents a été effectuée en 2023 (en collaboration avec des experts), voir le rapport KCE 370.[10]

2.3 Comment avons-nous réalisé l'évaluation ?

Les résultats des 142 indicateurs sont résumés dans les tableaux synoptiques présentés dans la section dédiée aux résultats (chapitres 3 à 12). Ces tableaux reprennent les résultats fiables les plus récents aux échelons national et régional, les sources de données et la moyenne non pondérée pour les pays de l'UE-14 et de l'UE-27[d].

Évaluation du résultat et tendance

Un pictogramme (voir Tableau 1) évalue chaque indicateur en s'appuyant à la fois sur le résultat le plus récent disponible au niveau national et sur l'évolution au fil du temps (la plupart des indicateurs portent sur une période d'au moins 5 ans). Par définition, les indicateurs contextuels ne peuvent pas être évalués.

Les valeurs à l'échelon national sont comparées, respectivement, aux **valeurs-cibles** (nationales si elles existent, internationales dans le cas contraire), aux résultats des pays de l'UE-14 et de l'UE-27 (**benchmarking**) et aux **normes de soins** (*standards of care* – principalement pour les indicateurs dérivés de recommandations cliniques). En l'absence de valeurs-cibles, de benchmarking ou de normes de soins, l'évaluation est fondée 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 d'au moins 20 % (en termes de différence relative) sont indiquées en caractères gras (ne s'applique pas aux indicateurs contextuels ni aux indicateurs de résilience).

En ce qui concerne les comparaisons régionales, il convient 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 de zones urbaines, périurbaines et rurales.

Encadré 5 – Comment interpréter les résultats ?

Afin d'éviter une mauvaise interprétation des résultats présentés dans ce rapport, le lecteur gardera à l'esprit les éléments suivants :

- Le rapport HSPA a pour objectif de fournir une évaluation globale très complète du système de santé, et non de servir d'outil de suivi de l'impact de programmes spécifiques. Les indicateurs sont choisis pour illustrer une dimension ou un domaine, pas pour analyser un sujet en profondeur ni pour évaluer un objectif spécifique. Des tendances peuvent être dégagées de séries temporelles : un même indicateur repris dans plusieurs rapports ou suivi sur une longue période.
- La prudence est de mise pour les comparaisons avec d'autres pays (européens), car il peut y avoir des différences en termes de méthodologie, de collecte des données (par exemple, enquête vs données administratives, méthode d'échantillonnage, etc.), de codage des données, etc.
- Les résultats sont influencés par plusieurs facteurs, que ce rapport n'a pas pour but d'identifier. De nombreux indicateurs sont influencés par des facteurs externes au système de santé, comme les déterminants non médicaux de la santé (environnement socioéconomique, environnement physique, caractéristiques et

[d] Le terme **UE-14** fait référence aux 14 États membres de l'Union européenne au 31 décembre 2003, avant l'élargissement de l'UE et à l'exclusion du Royaume-Uni : 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 et la Suède. Le terme UE-27 désigne l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République de Chypre, la Roumanie, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède et la Tchéquie. En fonction de la disponibilité des données, le nombre de pays inclus dans la comparaison peut varier.

comportements individuels). Lorsqu'un indicateur tend à se modifier, cela peut être dû à une nouvelle politique de santé, mais aussi à un autre facteur intercurrent ; même si une corrélation pouvait être établie, elle ne constituerait en aucun cas une preuve de causalité.

Encadré 6 – Plus de données sur nos sites internet

Pour chacun des indicateurs décrits ci-après, une fiche technique est disponible sur le site du KCE et dans l'annexe au rapport. Le code d'identification de l'indicateur (par exemple, S-1) dans les tableaux synoptiques renvoie à celui qui est utilisé dans ce document. Chaque fiche expose le raisonnement qui sous-tend le choix de l'indicateur, fournit des informations techniques sur les sources et le calcul des données et reprend l'ensemble des résultats (y compris les analyses de sous-groupes et le benchmarking), les limitations dans l'interprétation, et enfin les références bibliographiques. Certaines fiches techniques présentent également des sous-indicateurs associés à l'indicateur principal, qui aident à comprendre le contexte.

Afin de toucher un public plus large, le rapport est également publié sur le site internet belgiqueenbonnesante.be. Ce site regroupe des indicateurs issus de plusieurs rapports (HSPA, rapport sur l'état de santé de la population et variations de pratique médicale) et inclut des graphiques avec des ensembles de données téléchargeables.

Tableau 1 – Pictogrammes pour l'évaluation des indicateurs

⊕	Bons résultats qui s'améliorent
●	Bons résultats, tendance non évaluée (pas (assez) de données ou évaluation trop incertaine en raison de l'effet perturbateur de la pandémie de COVID-19)
ST	Bons résultats, tendance globalement stable
⊖	Bons résultats, mais qui se dégradent
⊕	Résultats moyens qui s'améliorent
●	Résultats moyens, tendance non évaluée (pas (assez) de données ou évaluation trop incertaine en raison de l'effet perturbateur de la pandémie de COVID-19)
ST	Résultats moyens, tendance globalement stable
⊖	Résultats moyens qui se dégradent
⊕	Mauvais résultats, mais qui s'améliorent (signal d'alarme)
●	Mauvais résultats, tendance non évaluée (signal d'alarme) (pas (assez) de données ou évaluation trop incertaine en raison de l'effet perturbateur de la pandémie de COVID-19)
ST	Mauvais résultats, tendance globalement stable (signal d'alarme)
⊖	Mauvais résultats qui se dégradent (signal d'alarme)
C	Indicateur contextuel : tendance non évaluée (pas (assez) de données ou évaluation trop incertaine en raison de l'effet perturbateur de la pandémie de COVID-19)
↗	Indicateur contextuel : tendance à la hausse (aucune évaluation n'est fournie)
→	Indicateur contextuel : tendance stable (aucune évaluation n'est fournie)
↘	Indicateur contextuel : tendance à la baisse (aucune évaluation n'est fournie)

3 QUALITÉ DES SOINS

La qualité des soins 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 ».[25] Dans ce rapport, cette notion recouvre cinq sous-dimensions :

- Efficacité des soins
- Sécurité des soins
- Adéquation des soins
- Continuité des soins ; et
- Soins centrés sur la personne

3.1 Efficacité des soins

- L'efficacité est définie comme « le degré d'obtention de résultats désirables, moyennant la mise à disposition correcte de services de soins de santé basés sur des données scientifiquement validées à toute personne susceptible d'en retirer un bénéfice, mais pas à celles qui n'en retireraient aucun bénéfice. »[26] Les indicateurs d'efficacité sont typiquement des indicateurs de résultats : résultats rapportés par le patient (*patient-reported outcomes* ou PROM), effets indésirables (tels que la mortalité, les hospitalisations évitables et l'incidence de la résistance bactérienne) et événements sentinelles (par exemple, erreur de site chirurgical). Dix indicateurs ont été sélectionnés parmi les indicateurs publiés à l'échelon international en vue d'évaluer l'efficacité des soins (Tableau 2). Même s'il ne s'agit pas d'un résultat spécifique, la mortalité évitable grâce au système de soins a également été ajoutée comme « point de départ » de l'évaluation de l'efficacité des systèmes de soins de santé en termes de réduction des décès prématurés dus à diverses maladies et lésions.[27]

L'efficacité des **soins primaires** est mesurée par le nombre d'hospitalisations évitables pour trois pathologies chroniques, à savoir l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les complications du diabète. Les indicateurs d'efficacité pour les **soins hospitaliers aigus** sont le taux de survie relative à 5 ans après un cancer (du sein et colorectal), le taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde (IAM) et AVC ischémique, et le taux de mortalité à 30 jours après chirurgie pour cancer du côlon ou du rectum.

Plusieurs indicateurs analysés dans d'autres sections de ce rapport peuvent également être interprétés en termes d'efficacité. Quelques exemples :

- Indicateurs de sécurité : incidence des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (MRSA) associées aux soins de santé contractées à l'hôpital (QS-2) ;
- Indicateurs de soins de santé mentale : taux d'hospitalisations sous contrainte dans un service de psychiatrie (MH-4) ;
- Indicateurs de prévention : incidence de la rougeole (P-5) et mortalité évitable (P-13).

Mortalité évitable grâce au système de soins (que l'on pourrait traiter)

Un décès est dit « évitable grâce au système de soins » lorsque, à la lumière des connaissances médicales au moment du décès, la plupart des décès dus à cette cause auraient pu être évités grâce à des interventions de soins de santé efficaces et en temps opportun, y compris la prévention et le traitement secondaires. Par rapport aux autres pays de l'UE-14, la Belgique se classe bien pour les hommes et dans la moyenne pour les femmes. La mortalité évitable grâce au système de soins a diminué avec le temps et est plus élevée à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre.

Hospitalisations évitables

Les taux élevés d'hospitalisations liées à l'asthme, à la BPCO et aux complications du diabète peuvent s'interpréter comme un signe de piètre efficacité des soins de première ligne et de mauvaise coordination ou continuité des soins.[17]

La Belgique se situe dans la moyenne de l'UE-14 pour les taux d'hospitalisations liées à l'asthme et en dessous de la moyenne européenne pour les complications du diabète ainsi que pour la BPCO (ces dernières années), mais la prudence est de mise, car les différences entre pays peuvent être dues à de nombreux facteurs autres que l'efficacité des soins (par exemple, différences dans la prévalence de la maladie, l'accessibilité des soins ou la méthodologie utilisée pour mesurer l'indicateur).

Les hospitalisations liées à l'asthme affichent une tendance à la baisse depuis 2010, ce qui est également le cas dans d'autres pays de l'UE-14, avec une forte baisse en 2020 en raison de la pandémie de COVID-19, qui a réduit l'accès aux services hospitaliers. Les taux sont similaires dans les trois régions depuis 2018.

Les hospitalisations liées aux complications du diabète ont enregistré un lent recul entre 2010 et 2020, puis une augmentation en 2021 (voir également la section 8.4) ; cette évolution s'observe aussi dans d'autres pays européens. La Flandre a enregistré un nombre d'hospitalisations légèrement supérieur à ceux de la Wallonie et de Bruxelles.

Les hospitalisations liées à la BPCO ont été stables de 2010 à 2015, puis ont augmenté de 2016 à 2019, pour finalement diminuer en 2020 et 2021 (voir également la section 8.4), en Belgique ainsi que dans d'autres pays européens. Si l'on examine les chiffres par région, Bruxelles a le taux d'hospitalisations le plus faible, suivie de la Flandre, puis de la Wallonie.

Survie au cancer

Les taux de survie à cinq ans après un cancer du sein ou colorectal sont des indicateurs de résultats qui mesurent l'efficacité du système de santé pour des maladies spécifiques. Dépistables, ces deux cancers font l'objet de programmes de dépistage à l'échelon régional (voir les indicateurs P-6, P-7 et P-9). Le taux de survie relative peut refléter aussi bien des avancées dans les interventions de santé publique (plus grande sensibilisation à la maladie, amélioration des programmes de dépistage) qu'une efficacité accrue des traitements.

Dans une étude de 2014 comparant les résultats des pays européens[28], la Belgique affichait 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 des taux de survie entre les pays européens est toutefois compliquée par des limitations méthodologiques, et ces résultats sont donc à interpréter avec prudence.

Le taux de survie relative à 5 ans après un diagnostic de cancer du sein et de cancer colorectal s'élevait respectivement à 92,4 % et 71,9 % dans une cohorte de patients diagnostiqués en 2017. Par rapport aux patients diagnostiqués en 2004, le taux de survie a légèrement augmenté pour le cancer du sein et a connu une progression modérée pour le cancer colorectal.

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

Le taux de mortalité à 30 jours de l'IAM reflète les processus de soins tels que le transport rapide des patients et l'efficacité des interventions médicales. Il a lentement diminué en Belgique entre 2010 et 2019, une tendance qui s'observe également dans d'autres pays européens.[17] Cette amélioration peut probablement être attribuée en partie à une meilleure prise en charge, en particulier au cours de la phase aiguë. En 2021, les résultats de mortalité étaient meilleurs en Flandre que dans les deux autres régions, mais l'écart s'est réduit.

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.[29] Comme dans d'autres pays européens, le taux de mortalité après AVC ischémique a légèrement diminué en Belgique entre 2010 et 2021, mais s'est stabilisé ces dernières années. En ce qui concerne les régions, la Wallonie (taux de mortalité à 30 jours de 9,3 %) et Bruxelles (9,4 %) affichaient un taux un peu plus élevé que la Flandre (8,1 %) en 2021.

Les taux de mortalité pour l'AVC ischémique en Belgique étaient légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE-14.

Mortalité hospitalière après chirurgie colorectale

Les taux de mortalité à 30 jours et à 90 jours après chirurgie pour cancer colorectal sont des indicateurs de la qualité des soins aigus prodigués aux patients. Les progrès en termes de diagnostic et de traitement, notamment l'amélioration des techniques chirurgicales, ont contribué à augmenter la survie au cours de la dernière décennie.[27] L'évolution du taux de mortalité postopératoire sur la période 2011-2015 était favorable (diminution de la mortalité) pour le cancer du côlon et stable pour le cancer du rectum. Les taux étaient similaires à Bruxelles et en Wallonie, les taux les plus faibles étaient observés en Flandre. Une analyse plus poussée (tenant compte des éventuelles différences entre les populations de patients et en termes de couverture du programme de dépistage) est toutefois nécessaire avant de tirer des conclusions sur les différences au niveau de la qualité des soins.

Conclusion

Le sous-ensemble d'indicateurs d'efficacité des soins a été constitué en grande partie à partir d'une sélection d'indicateurs publiés à l'échelon international. La Belgique se situe dans la moyenne de l'UE-14 pour tous les indicateurs d'efficacité mesurés, à l'exception du taux de survie à 5 ans après un diagnostic de cancer du côlon et du rectum, où ses résultats sont meilleurs que ceux d'autres pays (bien que les données comparatives soient dépassées), et des hospitalisations liées au diabète et à la BPCO, où ses résultats sont moins bons. Les comparaisons internationales doivent toutefois être interprétées avec prudence à cause de possibles divergences méthodologiques. Les tendances au fil du temps sont plus fiables et livrent donc des informations précieuses aux décideurs politiques :

- Deux indicateurs sur trois relatifs aux hospitalisations évitables (asthme et complications du diabète) affichaient une tendance baissière potentiellement attribuable à une amélioration de la qualité des soins primaires, mais une conclusion est difficile à tirer, car en 2020 et 2021, le COVID-19 a perturbé l'accès aux services hospitaliers.
- La survie relative à cinq ans après cancer colorectal a connu une amélioration notoire pour les patients de stade III.
- Les taux de mortalité après IAM ont diminué ces dernières années, comme dans d'autres pays européens.
- Le taux de mortalité postopératoire s'est amélioré pour le cancer du côlon et est resté stable pour le cancer du rectum.
- Par rapport aux autres pays de l'UE-14, la Belgique se classait bien en termes de mortalité évitable grâce au système de soins pour les hommes et dans la moyenne pour les femmes.

Tableau 2 – Qualité : indicateurs d'efficacité des soins

(ID) Indicateur			Belgique[e]	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
Efficacité des soins primaires – hospitalisations évitables										
QE-1	Hospitalisations liées à l'asthme chez l'adulte (/100 000 habitants)	⊕	13,7	2021	13,6	13,2	13,7	RHM		
			16,2	2021				OCDE	16,4	18,8
QE-10	Hospitalisations liées à la BPCO chez l'adulte (/100 000 habitants)	●	169,8	2021	**160,0**	**204,9**	106,9	RHM		
			178,4	2021				OCDE	122,6	102,8
QE-2	Hospitalisations liées aux complications du diabète chez l'adulte (/100 000 habitants)	●	124,6	2021	**130,1**	115,4	107,4	RHM		
			136,4	2021				OCDE	95,7	104,0
Efficacité des soins hospitaliers et spécialisés – résultats de santé										
QE-3	Taux de survie relative à 5 ans après cancer du sein (%)	⊕	92,4	2017-2022	92,5	92,5	91,4	Registre belge du cancer		
			86,4	2009-2014				OCDE	86,2	83,2
QE-4	Taux de survie relative à 5 ans après cancer colorectal (%)	⊕	71,9	2017-2022	74,1	67,5	72,5	Registre belge du cancer		
			67,9/66,6	2009-2014				OCDE	63,6/62,9	60,5/59,0
QE-5	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde (% de la population ≥ 45 ans, sur la base des hospitalisations)	⊕	5,8	2021	5,1	**6,7**	**6,6**	RHM		
			6,0	2021				OCDE	6,0	7,2
QE-6	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour AVC ischémique (% de la population ≥ 45 ans, sur la base des hospitalisations)	⊕	8,6	2021	8,1	9,3	9,4	RHM		
			8,2	2021				OCDE	7,4	9,6
QE-7a	Taux de mortalité à 30 et 90 jours après chirurgie pour cancer du côlon (% de la population, sur la base des interventions)	⊕	3,6 (30j) 6,7 (90j)	2020	2,8 (30j) 5,8 (90j)	**4,9** (30j) **7,6** (90j)	**5,8** (30j) **10,4** (90j)	Registre belge du cancer	-	-

[e] Les différences entre les valeurs calculées par les auteurs et les valeurs de l'OCDE sont dues à la standardisation sur l'âge effectuée par l'OCDE.

QE-7b	Taux de mortalité à 30 et 90 jours après chirurgie pour cancer du rectum (% de la population, sur la base des interventions)	ST	1,6 (30j) 4,2 (90j)	2020	2,3 (30j) 4,2 (90j)	1,0 (30j) 3,4 (90j)	0,0 (30j) **8,4** (90j)	Registre belge du cancer	-	-
QE-8a	Mortalité évitable grâce au système de soins, hommes (taux/100 000 habitants, ajusté sur l'âge)	+	65,8	2020	51,9	**89,1**	**88,3**	Base de données des causes de décès Statbel		
			66,3	2020				Eurostat	77,3	109,0
QE-8b	Mortalité évitable grâce au système de soins, femmes (taux/100 000 habitants, ajusté sur l'âge)	+	59,4	2020	55,2	**78,1**	**71,8**	Base de données des causes de décès Statbel		
			59,5	2020				Eurostat	60,5	76,3
QE-11	Traitements fructueux de la tuberculose pulmonaire (% des personnes atteintes d'une tuberculose pulmonaire confirmée par des analyses de laboratoire)	ST	82,4	2020	85,9	83,0	77,4	Registre belge de la tuberculose		
			67,3	2020				ECDC	73,6	77,3

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée. * *Les résultats pour le cancer du côlon/rectum sont présentés séparément dans les Statistiques de l'OCDE sur la santé.*

3.2 Sécurité des soins

La sécurité peut se définir comme « la mesure dans laquelle le système ne nuit pas au patient ».[26] Deux types d'indicateurs sont utilisés pour évaluer la sécurité des soins dans le présent rapport : les infections associées aux soins de santé et la culture de sécurité hospitalière (Tableau 3).

Infections associées aux soins de santé

Le rapport HSPA 2019 indiquait que la prévalence des infections associées aux soins de santé contractées à l'hôpital s'élevait à 7,3 % en 2017 (similaire aux résultats de 2011, 7,1 %). Ce pourcentage était 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) et était également supérieur à la moyenne de l'UE (6,4 %).

Malheureusement, des données plus récentes n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport. Une mise à jour de cet indicateur sera dès lors publiée sur le site belgiqueenbonnesante.be.

Le deuxième indicateur examiné est l'incidence des infections à MRSA associées aux soins de santé contractées à l'hôpital, une source majeure d'infections nosocomiales dont la surveillance est obligatoire dans tous les hôpitaux belges depuis 2006. Le suivi de cet indicateur a révélé une tendance favorable, avec une baisse constante des infections depuis 2005. L'incidence des infections à MRSA associées aux soins de santé contractées à l'hôpital est restée plus élevée en Wallonie que dans les autres régions. Les recommandations nationales pour lutter contre les infections à MRSA, publiées en 2003, sont probablement l'un des facteurs ayant contribué à ce résultat positif.

Les deux derniers indicateurs examinés sont la proportion de MRSA et la proportion d'*E. coli* présentant une résistance aux céphalosporines de 3e génération (3GC-R *E. coli*) dans les hôpitaux aigus. Ils fournissent des informations sur l'efficacité des mesures de prévention et de contrôle des infections (MRSA) ainsi que sur la consommation d'antibiotiques (*E. coli*). Après une baisse globale constante depuis 2004, la proportion médiane de MRSA résistant dans les hôpitaux aigus belges a légèrement augmenté entre 2015 et 2016 et, plus récemment, entre 2020 et 2021 (9,1 %).

La proportion médiane de souches résistantes était plus élevée en Wallonie que dans les autres régions. La proportion d'infections à MRSA associées aux soins de santé était de 23 %. La proportion médiane d'*E. coli* résistant était de 8,2 % en 2021 ; la Wallonie et Bruxelles affichaient une proportion médiane d'*E. coli* résistant plus élevée que la Flandre. Par rapport aux autres pays de l'UE-14 et de l'UE-27, la Belgique occupait une position favorable.[f]

Culture de sécurité hospitalière

Sur la période 2010-2022, moins de la moitié des professionnels de la santé interrogés en Belgique estimaient que les effectifs sur leur lieu de travail étaient appropriés pour assurer la sécurité des patients. La perception des effectifs dans les hôpitaux variait selon le type de professionnels de la santé, avec de grandes différences observées entre le personnel de direction et les médecins ou le personnel de soutien. Le taux de réponses positives pour la perception des effectifs dans les hôpitaux en Belgique était supérieur à la moyenne de 13 pays de l'OCDE en 2019.

Environ la moitié des professionnels de la santé interrogés en Belgique sur la période 2010-2022 avaient une perception globale positive de la sécurité des patients dans les hôpitaux, ce qui signifie qu'en moyenne 49 % des effectifs estimaient que les procédures et systèmes sur leur lieu de travail étaient appropriés pour prévenir les erreurs et qu'il n'y avait pas de problèmes de sécurité des patients. Le taux de réponses positives pour la perception globale de la sécurité des patients dans les hôpitaux variait peu au fil du temps et tous effectifs confondus, et était inférieur en Belgique à la moyenne de 13 pays de l'OCDE en 2019.

Conclusion

Les résultats obtenus sont moyens pour la majorité des indicateurs de sécurité des soins, à l'exception de la prévalence des infections associées aux soins de santé contractées à l'hôpital, qui ne s'est pas améliorée (sur la base du rapport HSPA 2019) et de la mauvaise perception par les professionnels de la santé des effectifs dans les hôpitaux. Les autres indicateurs de sécurité des soins relatifs aux infections associées aux soins de santé se sont améliorés au fil du temps.

[f] Les comparaisons entre les pays doivent être interprétées avec prudence : la participation est volontaire, seuls les isolats invasifs sont inclus, la fréquence d'échantillonnage et la qualité des résultats de laboratoire sont différentes.

Tableau 3 – Qualité : indicateurs de sécurité des soins

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
Infections associées aux soins de santé										
QS-1	Prévalence des infections associées aux soins de santé contractées à l'hôpital (% des patients hospitalisés)	ST	7,3	2017				Sciensano (ECDC pour les moyennes de l'UE)	6,4	5,8*
QS-2	Incidence des infections à MRSA associées aux soins de santé contractées à l'hôpital (/1000 séjours hospitaliers, médiane)	🟢	0,3	2021	0,1	**0,6**	**0,4**	Sciensano	-	-
QS-7	*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (MRSA) dans les hôpitaux aigus (% de l'ensemble des isolats Staphylococcus aureus, médiane)	🟡	9,1	2021	7,0	**15,1**	8,4	Sciensano (ECDC pour les moyennes de l'UE)	12,0	15,3
QS-8	*Escherichia coli* présentant une résistance aux céphalosporines de 3e génération (3GC-R *E. coli*) dans les hôpitaux aigus (% de l'ensemble des *Escherichia coli*, médiane)	🟡	8,2	2021	6,7	**8,5**	**9,6**	Sciensano (ECDC pour les moyennes de l'UE)	11,0	14,8
Culture de sécurité hospitalière										
QS-9 ***New***	Professionnels de la santé estimant que les effectifs dans les hôpitaux sont suffisants pour assumer la charge de travail et que les horaires de travail sont appropriés pour assurer les meilleurs soins aux patients (% des répondants, HSPSC)	🔴	53	2022	NR	NR	NR	Enquête hospitalière belge sur la culture de sécurité des patients, U. Hasselt	-	-
QS-10 ***New***	Professionnels de la santé ayant une perception globale positive de la sécurité des patients dans les hôpitaux (% des répondants, HSPSC)	🟡	58	2022	NR	NR	NR	Enquête hospitalière belge sur la culture de sécurité des patients, U. Hasselt	-	-

Résultat bon (🟢), moyen (🟡) ou mauvais (🔴), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée. * *Sur la base de 25 pays. Les résultats en gras indiquent les régions ayant un risque relatif supérieur de 1,2 (ou inférieur de 0,83) par rapport à la région ayant obtenu les meilleurs résultats. NR = non rapporté.*

3.3 Adéquation des soins

L'adéquation des soins (c'est-à-dire 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. »[26] Elle peut être évaluée par différentes méthodes, dont la meilleure consiste à examiner dans quelle mesure la pratique médicale est conforme aux **recommandations de pratique clinique**. Une autre méthode fréquemment utilisée est l'analyse de la **variabilité géographique**.

Huit indicateurs touchant aux soins aigus et chroniques ont été retenus (Tableau 4). Ils concernent l'application des directives (en matière de suivi des patients diabétiques, d'habitudes de prescription d'antibiotiques, d'utilisation de techniques d'imagerie médicale inadéquates et d'utilisation d'un traitement adjuvant après chirurgie pour le traitement du cancer testiculaire) ou la variabilité des taux de césariennes.

D'autres indicateurs d'adéquation des soins figurent dans les tableaux sur la prévention (Tableau 22) pour la vaccination et le dépistage, sur les soins de santé mentale (Tableau23) pour la prescription et la consommation de médicaments, et sur les soins de fin de vie (Tableau 26) pour l'agressivité des soins en fin de vie. Enfin, des variations de pratique médicale sont présentées dans l'Encadré 7.

Adéquation des soins aux malades chroniques (diabétiques)

L'adéquation des soins apportés aux malades chroniques est évaluée par le biais du suivi des personnes vivant avec le diabète.[g] Un indicateur de qualité composite basé sur le pourcentage d'adultes vivant avec le diabète et ayant reçu une combinaison de cinq tests ou examens (2xHbA1c, 1x profil lipidique, 1x microalbuminurie, 1x créatinine sérique, et une consultation chez l'ophtalmologue) au cours des 15 derniers mois a été mesuré pour estimer l'adéquation de leur suivi. Le pourcentage de personnes avec un suivi approprié (c.-à-d. les personnes ayant bénéficié de ces 5 tests) était de 42,7% pour les adultes vivant avec le diabète et traité par insuline et seulement 16,9% pour les adultes vivant avec le diabète et recevant des antidiabétiques autres que l'insuline.

Il existe des différences régionales pour les deux sous-groupes de population : pour les personnes vivant avec le diabète et traitées par insuline, la Flandre atteignait 46,4 % de patients ayant passé les cinq tests en 2021, Bruxelles, 42,9 %, et la Wallonie, 36,8 %. Pour les patients traités par des antidiabétiques autres que l'insuline, Bruxelles présentait le taux de couverture le plus élevé avec 23,3 %, les deux autres régions étant à la traîne (17,4 % pour la Flandre et 14,7 % pour la Wallonie). Les différences en fonction du statut socioéconomique sont abordées dans la section 7.1.

Le goulot d'étranglement s'est avéré être l'examen ophtalmologique pour les patients traités par insuline et le test de microalbuminurie pour les patients traités par des antidiabétiques autres que l'insuline. Les faibles taux pour les cinq tests combinés peuvent en partie s'expliquer par le fait que ces cinq tests ne sont pas tous recommandés pour toutes les personnes atteintes de diabète dans certaines guidelines récentes (voir la fiche technique pour plus de détails). Des analyses supplémentaires seraient nécessaires pour déterminer les raisons de ces faibles taux. En particulier en ce qui concerne les consultations avec un ophtalmologue, ces faibles résultats peuvent-ils s'expliquer en partie par les nouvelles guidelines ou reflètent-ils un problème potentiel de coordination des soins (entre les spécialistes médicaux) ou d'accessibilité aux soins (comme un long temps d'attente) ?

[g] Pour les soins aux personnes vivant avec le diabète, les directives recommandent que l'hémoglobine glyquée, l'albumine, la créatinine et les lipides soient surveillés de préférence une fois par an et au moins tous les 15 mois, et que la glycémie soit surveillée tous les 3 mois. Il est également recommandé qu'un ophtalmologue effectue un examen du fond d'œil dilaté chaque année pour détecter les complications oculaires précoces.

Adéquation des habitudes de prescription

Depuis le début des années 2000, les autorités sensibilisent le grand public et les médecins au problème de la résistance aux antibiotiques. Ces médicaments ne devraient être prescrits que lorsqu'ils sont réellement nécessaires et le choix devrait idéalement se porter sur les produits de première ligne (« utilisation prudente »). La mesure de la **prescription d'antibiotiques** est utilisée pour évaluer le respect des directives.

La Belgique affiche de piètres résultats par rapport aux autres pays, avec une consommation d'antibiotiques similaire à celle de l'Italie, par exemple, mais environ deux fois plus élevée que celle des Pays-Bas. En 2021, un pourcentage élevé (32,6 %, une diminution par rapport aux 41,6 % de 2010) de la population totale a reçu au moins une prescription d'antibiotiques ; ce taux est plus élevé en Wallonie (37,0 %) qu'en Flandre (30,4 %) et à Bruxelles (29,6 %). L'utilisation des antibiotiques au moins une fois par an était particulièrement élevée chez les enfants âgés de 0 à 4 ans (43,8 %) et chez les personnes de 75 ans et plus (39,8 %). En outre, 40,5 % des antibiotiques prescrits en 2021 étaient des antibiotiques de deuxième ligne (contre 16 % aux Pays-Bas en 2016.[30]) Des scores médiocres sur cet indicateur ont également été observés chez les enfants (36,6 %). Les différences en fonction du statut socioéconomique sont abordées dans la section 7.1. La Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) a défini deux indicateurs avec des valeurs cibles pour les antibiotiques de deuxième ligne :

- Le rapport entre l'amoxicilline et l'amoxicilline-acide clavulanique doit atteindre 4 sur 1 (soit 80 %) ; en 2021, il était encore légèrement inférieur à 50/50 (48,1 %) ; il s'élevait à 79,9 % chez les enfants (de moins de 15 ans), mais n'était que de 33,6 % chez les patients âgés de plus de 65 ans.
- Le nombre total de DDD (Defined Daily Doses, doses quotidiennes déterminées) de quinolones par rapport à la quantité totale d'antibiotiques prescrits doit atteindre 5 % (objectif national) ; en 2021, il était encore à 7,1 %, une amélioration par rapport aux 11,5 % de 2010.

L'impact de la pandémie de COVID-19 est analysé dans la section 8.4.

Utilisation de techniques d'imagerie médicale inadéquates

En 2013, 50 % des irradiations médicales étaient dues à l'utilisation de techniques d'imagerie inadéquates, principalement des CT-scans de la colonne lombaire. L'imagerie médicale n'est pas recommandée dans la plupart des cas de lombalgies aspécifiques.[31, 32] Dans ce rapport, nous avons par conséquent ciblé l'imagerie de la colonne, à savoir le CT-scan (tomodensitométrie) et la radiographie, deux techniques qui émettent des rayonnements ionisants potentiellement cancérogènes, ainsi que l'imagerie par résonance magnétique (IRM), une technique d'imagerie sûre mais plus coûteuse. Le recours à l'imagerie de la colonne a diminué de 2 % par an entre 2016 et 2022. L'utilisation de la radiographie a diminué beaucoup plus rapidement ces dernières années avec une baisse annuelle de 4,9 %. Le recours au CT-scan a diminué de 1,5 % par an sur la période 2016-2022. La consommation d'IRM a en revanche continué à augmenter (2,0 % par an). Pour la période du COVID-19, voir également la section 8.4.

Variabilité géographique des procédures chirurgicales

La variabilité géographique des procédures chirurgicales électives peut être une indication de soins inadéquats. Dans ce rapport, nous avons choisi la césarienne à titre d'illustration, mais il y a beaucoup d'autres exemples (comme le placement d'une prothèse de hanche ou de genou, deux procédures pour lesquelles la Belgique possède un taux d'intervention parmi les plus élevés de l'UE-14).[17]

Alors que l'OMS affirmait de 1985 à 2015 que le taux de césariennes ne devrait pas dépasser 10-15 %[h33], les taux étaient toujours élevés et en augmentation dans la région de l'UE-14 (24,3 % des naissances vivantes pour l'UE-14 [12 pays]). Le taux belge était plus faible (21,7 %) mais toujours beaucoup plus élevé que celui des Pays-Bas (15,2 %) ; il a enregistré une lente croissance au fil des ans dans chacune des régions.

Adéquation des traitements adjuvants après chirurgie

Les patients atteints d'un cancer testiculaire précoce (stade I) subissent un traitement chirurgical primaire (c'est-à-dire une orchidectomie) qui peut être suivi dans les 3 mois par un traitement adjuvant ou une surveillance. Depuis 2013, les directives de l'ESMO recommandent une surveillance après l'orchidectomie pour les séminomes de stade I et les non-séminomes plutôt qu'un traitement adjuvant, en particulier en l'absence de facteurs de risque. En comparaison avec la période précédant la publication des directives (2004-2012), une nette diminution de la proportion de traitements adjuvants a été observée pour la période 2013-2016 (peu après la publication des directives) et la période 2017-2020 (après la publication des directives) en cas de séminome, et dans une moindre mesure, en cas de non-séminome. Ces tendances ont été observées dans chacune des régions.

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

Des indicateurs décrits dans d'autres domaines nous renseignent également sur l'adéquation des soins. Dans le domaine des **soins préventifs** (Tableau 22), le dépistage du cancer du sein semble s'effectuer d'une manière inadéquate : le taux de participation aux programmes de dépistage organisés était faible (en particulier en Wallonie et à Bruxelles). Dans les domaines des **soins de santé mentale et soins aux personnes agées**, il existe des indications de prescriptions médicamenteuses inadéquates (par exemple, beaucoup de prescriptions d'antidépresseurs ne respectaient en effet pas la durée minimale recommandée pour le traitement d'une dépression majeure, qui est d'au moins trois mois).

Conclusion

Plusieurs indicateurs ont révélé que l'adéquation des soins n'était pas optimale dans de nombreux domaines (prévention, soins aigus, soins de longue durée et soins aux personnes âgées). Pour bon nombre d'entre eux, la performance de la Belgique était médiocre par rapport aux références internationales, et seule une légère amélioration a pu être observée ces dernières années pour certains indicateurs.

La prescription d'antibiotiques et d'antidépresseurs affichait de piètres résultats, aussi bien en ce qui concerne le volume que la qualité. Le taux de césariennes était inférieur à la moyenne de l'UE-14, mais a lentement augmenté et était plus élevé qu'attendu.

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

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

33. WHO. WHO statement on caesarean section rates. Copenhagen: World Health Organization; 2015.

Encadré 7 – Variations de pratique médicale

Les variations de pratique médicale concernent toute variation non justifiée et non aléatoire dans l'utilisation (insuffisante ou excessive) des soins de santé. L'INAMI a analysé plusieurs types de variations de pratique (variations géographiques, en fonction du genre, de l'âge, du statut social, du type de soins, des techniques utilisées, des tendances de l'évolution) en se basant sur les données 2012-2022 des documents N[i] (avec frais médicaux des assurés), standardisées par an en fonction de l'âge, du genre et du statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) pour les arrondissements, les provinces et les régions. L'analyse détaillée est disponible sur www.belgiqueenbonnesante.be. Voici quelques exemples :

Variation en fonction du genre

Si certaines variations de pratique médicale en fonction du genre sont intrinsèquement liées au traitement proprement dit (hystérectomie, échographie de la prostate, etc.), ce n'est pas nécessairement le cas pour d'autres types d'interventions. Dans le cas des inhibiteurs de la pompe à protons, par exemple, le taux d'utilisation était significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes en 2022, ce qui soulève la question d'une éventuelle utilisation excessive chez les femmes.

Variation en fonction du groupe d'âge

À l'instar des variations liées au genre, les variations liées à l'âge peuvent également s'expliquer par l'épidémiologie ou par des politiques telles que le dépistage. Les analyses montrent qu'en 2022, le dépistage du cancer du sein dans le groupe d'âge des 40-49 ans affichait un volume de 1 258 pour 100 000 assurés, alors que dans le groupe d'âge des 50-74 ans, le volume était de 15 819 pour 100 000 assurés. Une analyse plus approfondie est nécessaire pour évaluer si ces chiffres concordent avec l'épidémiologie des facteurs de risque et la politique de dépistage.

Variation en fonction du type de soins

Des variations peuvent également être observées entre les hospitalisations de jour et les hospitalisations classiques. Par exemple, en ce qui concerne le traitement de la hernie de la paroi abdominale, il existait peu de variations géographiques au niveau du taux d'utilisation, mais on a observé des différences significatives en termes de choix du type de soins (hospitalisation de jour ou hospitalisation classique). Lorsque l'on compare la proportion d'hospitalisations de jour pour cette intervention, le rapport entre la province présentant la proportion la plus élevée et celle présentant la proportion la plus faible était d'environ 2,5.

Variation en fonction du statut social

Le statut social est représenté par le régime de remboursement dont bénéficie le patient. Par exemple, dans le cas de la chirurgie des varices, il apparaît de manière assez généralisée pour toutes les provinces que les taux d'utilisation étaient significativement plus élevés (+56 %) chez les personnes qui ne bénéficient pas d'un régime de remboursement préférentiel. Les analyses montrent également que le taux de dépistage du cancer du sein était environ 40 % plus faible chez les femmes (âgées de 50 à 74 ans) bénéficiant de l'intervention majorée (voir également l'indicateur P-6). De même, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes âgées de 25 à 64 ans) était inférieur de près de 30 % chez les femmes bénéficiant de l'intervention majorée. Les inégalités socioéconomiques en fonction du statut de remboursement ou du niveau d'éducation ont également été étudiées pour divers indicateurs dans le chapitre 1.1 de ce rapport.

Variation géographique

Étant donné que les données sont standardisées en fonction de l'âge, du genre et du statut social (régime de remboursement), les variations géographiques reflètent différents comportements de pratique dans différentes régions du pays et peuvent donc a priori être considérées comme non justifiées. Dans le cas de l'échographie de la carotide, par exemple, les données indiquent un rapport entre les valeurs extrêmes du taux d'utilisation par arrondissement d'environ 7 (rapport max/min) et un rapport de 2 lorsqu'elles sont analysées au niveau des régions. Pour les césariennes, le rapport entre les valeurs extrêmes du taux d'utilisation par arrondissement (rapport max/min) était de 2.

De même, malgré l'absence de standardisation des données, une variabilité géographique a été observée pour plusieurs indicateurs présentés dans ce rapport. Le recours aux traitements biosimilaires en milieu ambulatoire, par exemple, variait de 7,8 % des traitements biologiques en Flandre à 4,2 % en Wallonie et 5,3 % à Bruxelles (indicateur E-4). La prise d'antidépresseurs variait de 11,3 % de la population de la Région de Bruxelles-Capitale à 17,1 % de la population de la province de Namur (indicateur MH-7).

Source : INAMI (https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales)

[i] Les documents N sont des données mensuelles envoyées par les organismes assureurs à l'INAMI dans un délai de trois mois. Ces données comprennent le nombre de services, les dates et les honoraires.

Tableau 4 – Qualité : indicateurs d'adéquation des soins

ID	Indicacteur	Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	EU-14	EU-27
Soins primaires – malades chroniques (guidelines)										
QA-1	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline)[a]	⊖	42,7	2021	46,4	**36,8**	42,9	AIM		
QA-2	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par des antidiabétiques autres que l'insuline)[a]	⊖	16,9	2021	**17,4**	**14,7**	23,3	AIM		
Soins primaires – habitudes de prescription (guidelines)										
QA-3	Recours aux antibiotiques (total des DDD/1 000 habitants/jour)	●	16,0	2021	15,6	17,8	14,8	INAMI		
				2021				ESAC-Net	13,6	13,0
QA-4	Recours aux antibiotiques au moins une fois dans l'année (% de la population)	●	32,6	2021	30,4	**37,0**	29,6	Atlas AIM		
QA-5	Recours aux antibiotiques de 2e intention[b] (% du total des DDD d'antibiotiques)	⊕	40,5	2021	39,9	41,3	35,9	INAMI		
Imagerie médicale inadéquate										
QA-6	Imagerie de la colonne (radiographie, CT scan, IRM par 100 000 habitants)	⊕	9 320	2021	8 378	**11 370**	8 618	INAMI		
Soins hospitaliers (guidelines)										
QA-8	Taux de césariennes (par 1 000 naissances vivantes)	⊕	217	2021	218	224	201	SPF Santé publique		
				2020				OCDE	243	252
QA-9	Patients atteints d'un cancer testiculaire précoce (séminome) recevant un traitement adjuvant après chirurgie (% des patients atteints d'un cancer testiculaire stade I traité par orchidectomie)	↘	40,4	2017-2020	**45,5**	**35,9**	25,7	RBC		

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

[a] Un suivi adéquat est défini comme la réalisation régulière d'examens de rétine et de tests sanguins (hémoglobine glyquée, créatinine, profil lipidique et microalbuminurie).[b] Les antibiotiques de deuxième intention sont l'amoxicilline avec acide clavulanique, les macrolides, les céphalosporines et les quinolones.

3.4 Continuité des soins

La continuité des soins se définit comme « la mesure dans laquelle les soins de santé dispensés au fil du temps à un utilisateur spécifique sont organisés de façon fluide au niveau d'un prestataire, d'une institution et d'une région et entre ces acteurs, ainsi que la mesure dans laquelle le cours de la maladie est couvert dans son entièreté. »[26]

Dans ce rapport, nous distinguons quatre aspects de la continuité : la **continuité de l'information** (la disponibilité et l'utilisation des données relatives à des contacts antérieurs du patient avec le système de santé), la **continuité relationnelle** (l'existence d'une relation durable entre le patient et un ou plusieurs dispensateurs de soins), la **continuité entre l'hôpital et la première ligne de soins** (la répartition cohérente des tâches entre les différents contextes de soins) et la **continuité de la coordination** (les liens entre différents dispensateurs de soins sur une période prolongée dans le temps en vue de réaliser un objectif commun).

Sept indicateurs ont été retenus pour évaluer ces différents aspects (voir Tableau 5). Les initiatives de soins intégrés et centrés sur la personne dans divers contextes sont également liées à la continuité et à la coordination des soins, mais sont décrites dans la section sur les soins centrés sur la personne. De plus, les initiatives sur l'hospitalisation à domicile sont décrites dans l'Encadré 8.

Encadré 8 – Hospitalisation à domicile

Même s'il n'existe aucun consensus sur la définition de l'hospitalisation à domicile (HAD), on peut dire qu'elle consiste à « délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital. »[34] Un élément important est le niveau de complexité des soins, qui doit être tel que, sans la possibilité d'HAD, le patient devrait nécessairement être traité à l'hôpital.

Cette approche permet de répondre à divers besoins et motivations : remédier au manque de lits disponibles dans les hôpitaux et tenter de réduire les coûts des soins, la durée de séjour et/ou le nombre d'admissions, ou, du point de vue de la demande, permettre aux patients de rester dans leur environnement familier et respecter leurs préférences – en se basant sur le postulat que les patients préfèrent généralement rester chez eux.[34] Néanmoins, en Belgique, nous sommes en situation de surcapacité globale de lits dans les hôpitaux aigus (sauf pour les lits gériatriques).[35] Les défis majeurs se situent donc plutôt du côté de la continuité des soins, pour combler l'actuel fossé entre les soins primaires et secondaires, et maintenir les personnes dans l'environnement cliniquement adéquat le moins complexe possible.[34]

En mars 2017, le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a lancé douze projets pilotes sur l'HAD (cinq en Flandre, cinq en Wallonie et deux à Bruxelles). Ceux-ci sont axés sur l'antibiothérapie à domicile (huit projets) et d'autres types de soins tels que les traitements anticancéreux (cinq projets, dont deux axés sur le cancer du sein) ou les traitements hémato-oncologiques (un projet). Ces projets impliqueront en tout 1 300 patients et 35 hôpitaux, ainsi que des services de soins infirmiers à domicile et des médecins généralistes.[36]

Depuis juillet 2023, l'HAD est mise en œuvre sur une base plus structurelle pour les patients ayant besoin de traitements antibiotiques ou oncologiques.

Continuité de l'information en médecine générale

Le dossier médical global (DMG) permet au médecin généraliste (MG) de collecter des informations dans la durée et de centraliser les données médicales de ses patients. L'utilisation du DMG a augmenté au fil des ans, avec une couverture passant de 52,1 % en 2010 à 83,3 % en 2021. Des différences peuvent s'observer en fonction de l'âge des patients. La couverture des personnes âgées était meilleure que celle des jeunes : en 2021, 93,2 % des patients âgés de 75 ans et plus avaient un DMG, alors que, pour les moins de 45 ans, ce pourcentage n'était que de 79,1 %. Il existe également des différences entre les régions : en Flandre, 87,8 % des personnes assurées avaient un DMG en 2021, contre 79,6 % en Wallonie

et 67,8 % à Bruxelles. Les différences en fonction du statut socioéconomique sont faibles (voir section 7.1).

Continuité relationnelle avec un médecin généraliste

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

Pendant la période 2020-2021, 60,3 % des patients ont vu leur MG habituel pour au moins trois contacts sur quatre en médecine générale (UPC ≥ 0,75). Ce pourcentage était plus élevé en Wallonie (68,0 %) qu'à Bruxelles (60,3 %) et en Flandre (56,4 %) et était également plus élevé chez les patients les plus vulnérables (patients âgés de 65 ans et plus et groupes socioéconomiques défavorisés, voir section 7.1). Une tendance à la baisse est observée entre 2011 et 2021, un peu plus prononcée en Flandre que dans les autres régions.

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

En dépit de l'avantage supposé d'un contact avec un MG dans la semaine suivant une sortie d'hôpital, ce contact n'a eu lieu que pour 43,5 % des patients âgés de 65 ans et plus en 2021. Cette proportion a diminué de manière régulière entre 2010 (54,8 %) et 2021 (43,5 %). Une proportion plus faible a été observée à Bruxelles (29,8 %, contre 45,2 % en Flandre et 42,7 % en Wallonie), ainsi que chez les patients qui ne recevaient pas de soins de longue durée (34,6 % chez les patients ne vivant pas en institution et ne recevant pas de soins infirmiers à domicile) et chez les patients âgés de 65 à 74 ans (33,7 %). Les différences en fonction du statut socioéconomique sont abordées dans la section 7.1.

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 un MG après la sortie. Il n'est pas non plus possible de déterminer si le contact avec le MG résulte d'un plan de sortie proposé par l'hôpital ou d'une initiative personnelle du patient. De plus, le patient peut avoir eu un contact avec un autre professionnel de la santé (par exemple, un médecin spécialiste, un infirmier à domicile ou un infirmier en maison de repos et de soins).

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 » et convention en matière d'autogestion du diabète).

Après une augmentation constatée de 2011 à 2019, la proportion des personnes traités par insuline repris dans un de ces protocoles de soins (principalement la convention) a légèrement diminué en 2020 et 2021, tandis que pour les personnes traités par des antidiabétiques oraux ou des solutions injectables autres que l'insuline, la proportion des patients repris dans un de ces protocoles de soins est restée faible (26,6 % en 2021, une moitié en passeport diabète, l'autre moitié en trajet de soins), mais a augmenté de 2011 à 2019 et est stable depuis lors. Pour les deux groupes de patients, cette proportion était plus élevée en Flandre et plus faible chez les patients vivant dans une structure de soins résidentiels. Les différences en fonction du statut socioéconomique étaient faibles (voir section 7.1).

La continuité des soins contribue également à l'efficacité du système de santé. On observe une diminution des hospitalisations liées aux complications du diabète au fil du temps (sauf en 2021, voir QE-2) – une tendance encourageante, même si l'impact réel de la continuité des soins sur ce résultat est difficile à évaluer.

Patients avec un pharmacien de référence

Depuis le 1er octobre 2017, l'INAMI a introduit un service de « pharmacien de référence » dédié aux personnes vivant avec une maladie chronique qui se rendent dans une pharmacie publique (à l'exclusion des personnes en maisons de soins ou en maison de repos pour personnes âgées). Ce service consiste à enregistrer les produits pharmaceutiques délivrés dans un dossier pharmaceutique (électronique), à procurer au patient un schéma de médication et à mettre celui-ci à la disposition d'autres prestataires de soins.

Cet indicateur évalue l'adhésion à ce service parmi les personnes ciblées par cette mesure, c'est-à-dire les patients qui, au cours des 12 derniers mois, se sont vu délivrer au moins 5 substances actives différentes avec 160 DDD ou plus pour au moins l'une d'entre elles.

L'âge moyen des patients ayant un pharmacien de référence était de 67,6 ans et la médiane de 68 ans (en 2022) ; 56,4% d'entre eux sont des femmes ; la proportion de patients bénéficiant de l'intervention majorée est de 27,5%.

La proportion de patients disposant d'un pharmacien de référence parmi les personnes ciblées par la mesure est passée de 15,0 % en 2017 à 38,7 % en 2021. La Flandre a une proportion plus élevée (44,6% en 2021) que Bruxelles (31,6%) et la Wallonie (29,9%). La tendance est à la hausse dans les trois régions.

Coordination des soins hospitaliers aux patients atteints d'un cancer

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

Depuis l'introduction de codes de nomenclature spécifiques pour les COM en 2003, une augmentation rapide de leur utilisation a été constatée pour tous les types de cancer. Globalement, 90,4 % des patients en oncologie ont fait l'objet d'une COM en 2021 (contre 52,5 % en 2004 et 83,4 % en 2012). Certaines variations dans l'utilisation des COM ont été observées selon le type de cancer (95,5 %, soit l'utilisation la plus élevée, pour le cancer du sein et 75,6 %, soit l'utilisation la plus faible, pour le mélanome malin en 2021), mais les différences étaient moins prononcées qu'en 2004.

Au cours de la période 2004-2021, on constate une utilisation croissante des COM dans les trois régions. De plus, l'importante variabilité d'utilisation des COM qui était initialement (c'est-à-dire en 2004) observée entre les régions, avec la Flandre présentant le pourcentage le plus élevé, s'est clairement réduite au cours de ces dernières années. En 2021, le pourcentage des COM n'était que légèrement plus élevé en Flandre (91,6 %) qu'à Bruxelles (89,3 %) et en Wallonie (88,2 %).

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 des soins livrent des résultats contrastés. La coordination des soins affiche des résultats positifs dans le secteur des soins primaires aux personnes vivant avec le diabète et traitées par insuline (proportion de patients repris dans un protocole de soins) ou dans le secteur hospitalier pour les patients atteints d'un cancer qui doivent faire l'objet d'une COM. Les résultats sont cependant décevants pour les personnes vivant avec le diabète et traitées par des antidiabétiques autres que l'insuline. Dans cette population, il semble qu'il existe bien une structure favorisant la coordination des soins, mais qu'elle ne soit que peu utilisée. Les trois autres indicateurs concernent les MG et livrent des résultats moyens : l'utilisation du DMG est élevée dans la population, la continuité relationnelle mesurée par l'indice UPC pourrait être améliorée, même si elle est relativement bonne pour les patients les plus vulnérables (patients âgés de 65 ans et plus et groupes socioéconomiques défavorisés), et le pourcentage de contacts après hospitalisation des patients âgés de 65 ans et plus reste assez faible.

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

Tableau 5 – Qualité : indicateurs de continuité des soins

(ID)	Indicateur	Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14 (moyenne)
Continuité de l'information en médecine générale									
QC-1	Couverture du dossier médical global (% des personnes ayant établi un dossier médical global (DMG) auprès d'un médecin généraliste)	+	83,3	2021	87,8	79,6	**67,8**	AIM	-
Continuité relationnelle avec un médecin généraliste									
QC-2	Indice UPC (*Usual Provider Continuity*) ≥ 0,75 (% de patients ayant eu 3 contacts ou plus avec un médecin généraliste au cours des 2 dernières années)	-	60,3	2021	56,4	68,0	60,3	AIM	-
Continuité entre l'hôpital et la 1re ligne de soins									
QC-3	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% des patients de ≥ 65 ans)	-	43,5	2021	45,2	42,7	**29,8**	AIM	-
Coordination des soins ambulatoires									
QC-4	Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline)	-	86,0	2021	88,2	84,2	81,1	AIM	-
QC-5	Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par antidiabétiques autres que l'insuline)	ST	26,6	2021	32,8	**17,7**	**24,0**	AIM	-
QC-7	Personnes disposant d'un pharmacien de référence (% des personnes qui devraient avoir un pharmacien de référence)	+	38,7	2021	44,9	**29,9**	**31,6**	AIM	
Coordination des soins hospitaliers									
QC-6	Patients atteints de cancer discutés lors d'une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) (% des patients atteints de cancer)	↗	90,4	2021	91,6	88,2	89,3	RBC	-

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

3.5 Soins centrés sur la personne

Le terme « centré sur la personne » a initialement été introduit au début des années 60 par Carl Rogers, mais à l'heure actuelle, il n'existe pas de définition universellement acceptée de cette notion.[37] La Health Foundation a défini un système de soins de santé centré sur la personne comme un système qui permet aux individus de prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leurs soins et de gérer ainsi leur bien-être avec succès. Cette approche permet aux individus de poser des choix éclairés et de décider quand demander de l'aide aux autres. Elle requiert des efforts de collaboration au sein des services de soins de santé pour fournir des soins adaptés aux capacités, aux préférences, aux modes de vie et aux objectifs personnels des individus[38]. Les soins centrés sur la personne sont largement reconnus comme un élément essentiel de la qualité des soins de santé et, par conséquent, comme un déterminant de la performance du système de soins de santé. L'évaluation de l'approche centrée sur la personne s'articule généralement autour de la reconnaissance de ses besoins, desiderata et préférences, de la qualité de la communication avec le prestataire de soins et de l'implication des patients et de leurs proches dans le processus décisionnel. Une approche centrée sur la personne améliore l'expérience globale du patient et permet d'éviter les problèmes liés à la fragmentation des soins, comme les avis médicaux contradictoires, la surprescription, la surhospitalisation et le manque de réactivité.[39]

Les indicateurs relatifs aux soins centrés sur la personne ont été révisés en profondeur lors de l'élaboration du nouveau cadre conceptuel.[10] Nous présentons ici les résultats des sept indicateurs retenus à la suite de ce processus. Six indicateurs concernent les soins ambulatoires et un indicateur porte sur les soins hospitaliers. Cela correspond au même nombre d'indicateurs de soins centrés sur la personne que dans le dernier rapport HSPA belge.[10] Cependant, un seul indicateur était déjà inclus dans le dernier rapport HSPA ; tous les autres sont nouveaux.

Pour les soins ambulatoires, un indicateur a été repris de l'enquête de santé par interview (HIS) 2018, à savoir le temps suffisant passé par le médecin avec le patient au cours de la consultation, et cinq indicateurs sont tirés de l'étude pilote belge de l'enquête internationale sur les indicateurs rapportés par les patients vivant avec des maladies chroniques (PaRIS) (voir Encadré 9). Notez que ces six indicateurs seront mis à jour sur le site internet lorsque de nouvelles données de l'étude PaRIS complète et de la prochaine HIS seront disponibles.

Un nouvel indicateur lié à l'expérience du patient en milieu hospitalier a également été ajouté dans ce rapport, à savoir le pourcentage moyen d'expériences positives rapportées par le patient à la maternité, en lit C/D ou à l'hôpital de jour. En effet, la satisfaction des patients est de plus en plus prise en compte dans le financement des soins en Belgique, notamment à travers l'intégration des mesures de l'expérience rapportée par le patient (PREM) dans le programme Pay for Performance (P4P) des hôpitaux (voir Encadré 10).

Encadré 9 – Enquête sur les indicateurs rapportés par les patients (PaRIS)

Projet international introduit par l'OCDE, PaRIS vise à développer, standardiser et mettre en œuvre de nouveaux indicateurs mesurant la performance et le vécu des soins de santé. L'**enquête internationale sur les indicateurs rapportés par les patients vivant avec des maladies chroniques** est la première à se pencher sur les résultats et le vécu des patients de plusieurs pays bénéficiant de soins de santé primaires. L'enquête PaRIS entend combler un fossé crucial des soins de santé primaires en interrogeant sur des aspects tels que l'accès aux soins de santé et les délais d'attente, la qualité de vie, la douleur, le fonctionnement physique et le bien-être mental.[40, 41] En Belgique, elle est dirigée par Sciensano. L'étude pilote belge relative aux patients vivant avec des maladies chroniques a été mise en œuvre au cours de l'été 2021 auprès des patients et en automne 2021 auprès des médecins généralistes (MG). Dans l'étude pilote, les critères d'inclusion étaient que les patients soient âgés de plus de 45 ans et qu'ils aient consulté un MG au cours des 6 derniers mois. Les personnes ne vivant pas avec des maladies chroniques étaient donc quand même incluses dans PaRIS. L'étude a été déployée au niveau national début 2023. Les critères d'inclusion de l'étude principale sont similaires à ceux de l'étude pilote.

Encadré 10 – Le programme P4P

Le programme P4P (depuis 2018) : tous les hôpitaux généraux peuvent participer volontairement au programme P4P qui leur accorde un budget spécifique en fonction de la qualité de leurs soins.

La qualité est évaluée par les autorités sur la base d'indicateurs relatifs à leur structure, leur processus et leurs résultats (processus d'accréditation, notification des incidents, mesure de l'expérience du patient, procédures cliniques et résultats). En 2017-2018, 94 % des hôpitaux participant au programme P4P (96 sur 102) ont collecté des PREM.[21] En ce qui concerne les mesures du résultat rapporté par le patient (PROM), cela n'a pas été systématiquement établi.

La liste des indicateurs devrait évoluer en 2024. Un groupe de travail P4P est actuellement à l'œuvre au sein du Conseil fédéral des Établissements hospitaliers.

La subvention P4P ne représente encore qu'une infime partie du budget de l'hôpital.

Expériences vécues par les patients ambulatoires

L'expérience globale des patients vis-à-vis des soins ambulatoires est plutôt positive, selon les indicateurs extraits de la HIS 2018 et de l'enquête PaRIS 2021 (Tableau 6).

Plus précisément, lorsque l'on considère des facteurs tels que le temps passé pendant les consultations avec des médecins spécialistes ou généralistes, l'implication dans les décisions concernant les soins, les discussions sur les points clés de la gestion de la santé avec les médecins et la satisfaction à l'égard de la dernière consultation, la Belgique se distingue par des scores exceptionnellement élevés, allant de 96,6 % à 98,4 % d'expériences positives. À noter que la performance de la Belgique dans ces domaines dépasse celle des autres pays de l'UE-14 ou de l'UE-27 (Tableau 6). Il est important de souligner que ces indicateurs présentent des variations minimes selon les régions, les groupes d'âge, les niveaux de revenu (voir également la section 7.1) ou les zones.

D'autre part, nous observons des résultats moins favorables dans deux domaines spécifiques : la présence d'un plan de soins qui prend en considération les besoins des patients et la qualité des informations reçues pour aider le patient à au moins prendre en charge sa santé et son bien-être. La Flandre enregistre des scores nettement inférieurs au niveau de la présence d'un plan de soins personnalisé, tandis que les patients des catégories à faible revenu sont plus susceptibles de déclarer bénéficier d'un plan de soins (voir section 7.1). Il convient par ailleurs de mentionner que les hommes ont tendance à déclarer recevoir globalement des informations utiles plus souvent que les femmes. En outre, les patients appartenant à des catégories à revenu plus élevé sont également les plus susceptibles de déclarer toujours recevoir les informations dont ils ont besoin (voir section 7.1).

Cependant, il est essentiel de garder à l'esprit que ces résultats sont principalement basés sur l'étude pilote PaRIS. Il y a lieu d'attendre les résultats de l'étude complète pour valider pleinement ces observations.

Expérience vécue par les patients hospitalisés

Dans les hôpitaux belges, l'expérience globale des patients est principalement positive, 91,5 % d'entre eux ayant attribué un score positif en 2022 (Tableau 6). Il convient de noter que les maternités reçoivent systématiquement les scores les plus élevés (97,7 % d'expériences positives), suivies de près par les lits C/D (96,2 %). En revanche, l'expérience des patients a tendance à être légèrement moins positive dans les services d'hospitalisation de jour (80,6 %). Lorsque nous examinons l'évolution dans le temps des expériences rapportées par les patients telles que documentées dans les données P4P, nous observons une tendance positive constante, bien que modeste, qui s'est maintenue au fil des ans. Cependant, il est important de reconnaître qu'il existe une certaine variabilité dans les résultats lorsque l'on considère les différents éléments inclus dans l'évaluation.

Conclusion

En 2018, les médecins belges actifs dans le secteur ambulatoire semblaient répondre aux attentes des patients concernant plusieurs aspects, notamment le temps consacré aux patients au cours des consultations, l'implication active dans les décisions concernant les soins, les discussions sur les points clés de la gestion de la santé et la satisfaction des patients à l'égard de leur dernière consultation. Cependant, il est important de noter que la fiabilité de l'indicateur mesurant l'expérience relative au temps passé par le médecin est compromise par les limitations inhérentes à la HIS 2018 telles que le caractère auto-déclaré des données, les influences potentielles des niveaux d'éducation et de revenu des patients et leurs expériences individuelles vis-à-vis de la maladie. Les indicateurs restants sont principalement limités par la source de données, à savoir l'étude pilote PaRIS, qui n'est basée que sur un petit échantillon de 511 patients. Par conséquent, la prudence est de mise lors de l'interprétation des résultats présentés ci-dessus, car leur extrapolation à l'ensemble de la population belge est une entreprise hasardeuse.

En ce qui concerne l'indicateur lié à l'expérience vécue par les patients hospitalisés, l'expérience globale s'avère positive, en particulier dans les maternités. Cependant, l'évaluation des tendances au fil du temps présente des défis liés aux variations des indicateurs et de leurs méthodes de mesure d'une année à l'autre. De plus, chaque hôpital est tenu de rassembler un nombre minimum de questionnaires pour pouvoir participer au programme P4P. Certains hôpitaux, étant incapables de répondre à cette exigence, ont choisi de ne soumettre aucune information.

Tableau 6 – Qualité : indicateurs de soins centrés sur la personne

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
QP-1	Patients estimant que le médecin (MG/MS) passe suffisamment de temps avec eux au cours de la consultation (% des répondants)*	🟢	97,5	2018	97,8	97,2	95,9	HIS ; OCDE	87,3	85,6
QP-8 ***New***	Patients impliqués autant qu'ils le souhaitent dans les décisions concernant leurs soins de santé (% des répondants)**	🟢	98,4	2021	98,2	99,0	97,1	PaRIS		
QP-9 ***New***	Patients qui discutent avec les professionnels des soins de santé impliqués dans leur prise en charge de ce qui est le plus important pour eux dans la gestion de leur santé et de leur bien-être (% des répondants)**	🟢	97,9	2021	97,8	98,0	97,1	PaRIS		
QP-10 ***New***	Patients qui attribuent une note « bonne » à « excellente » à leur dernière consultation avec un professionnel des soins de santé (médecin, infirmier…) (% des répondants)**	🟢	96,6	2021	97,0	95,9	97,8	PaRIS		
QP-11 ***New***	Patients qui déclarent bénéficier d'un plan de soins qui prend en considération tous leurs besoins en matière de santé et de bien-être (% des répondants)**	🔴	33,9	2021	**18,3**	54,0	40,0	PaRIS		
QP-12 ***New***	Patients déclarant recevoir des informations utiles au moment où ils en ont besoin pour les aider à gérer leur santé et leur bien-être (% des répondants)**	🔴	46,0	2021	47,2	42,2	58,8	PaRIS		
QP-13 ***New***	Expériences positives à la maternité, en lit C/D ou à l'hôpital de jour (% moyen)	🟢	91,5	2022	92,0	92,1	86,7	SPF (P4P)		

* *Cet indicateur sera actualisé sur le site internet (https://www.belgiqueenbonnesante.be/) lorsque les résultats de la prochaine HIS seront disponibles.* ** *Cet indicateur sera actualisé sur le site internet (https://www.belgiqueenbonnesante.be/) lorsque les résultats de l'étude PaRIS complète seront disponibles.*

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

4 ACCESSIBILITÉ DES SOINS

L'accessibilité peut se définir comme la facilité à accéder aux services de santé, tant physiquement (distribution géographique) qu'en termes de coûts, de temps et de disponibilité de personnel qualifié.[26] Elle est influencée par les décisions sur la génération de ressources et est analysée à travers trois sous-dimensions : l'accessibilité financière, la répartition du personnel de santé et la répartition des services de santé.

En préparation du présent rapport, le cadre HSPA belge a été révisé (voir rapport KCE 370).[10] Un examen approfondi de la dimension accessibilité a été réalisé dans le double but de limiter le nombre d'indicateurs aux plus pertinents dans le contexte belge et d'identifier les indicateurs potentiellement manquants. En conséquence, 18 indicateurs ont été sélectionnés pour évaluer l'accessibilité du système de santé : 9 indicateurs relatifs à l'accessibilité financière (Tableau 7), 3 indicateurs portant sur la répartition du personnel de santé (Tableau 8) et 6 indicateurs liés à la répartition des services de santé (Tableau 9). Il y a 9 nouveaux indicateurs par rapport au rapport précédent, et certains indicateurs existants ont été renumérotés.[21]

4.1 Accessibilité financière des soins de santé

La Belgique s'est engagée en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU), c'est-à-dire que chacun devrait pouvoir bénéficier des services de santé dont il a besoin, de bonne qualité et sans risquer de difficultés financières.[22, 42]

La capacité d'un système de santé à fournir à sa population des soins de santé abordables en fonction des besoins dépend de la mesure dans laquelle il peut mettre en commun les risques et les ressources et produire une solidarité entre les risques élevés et faibles et les revenus élevés et faibles.[22] L'accessibilité financière (ou abordable) des soins de santé découle donc des décisions sur la « génération de ressources financières » et peut être décrite selon trois dimensions : l'étendue de la couverture de l'assurance maladie obligatoire (qui est couvert ?), le champ d'application de la couverture (quels services sont couverts ?) et la proportion des coûts prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (quelle prise en charge ?).

Qui est couvert ?

Pour atteindre les objectifs de la CSU, la base du droit à la couverture devrait englober toute la population d'un pays. Cependant, dans la pratique, la couverture est presque toujours définie plus étroitement afin d'exclure certains groupes, en utilisant des critères tels que la résidence légale (la plupart des pays de l'UE, y compris la Belgique) et/ou le paiement de cotisations (la plupart des pays de l'UE disposant de régimes d'assurance maladie sociale, y compris la Belgique).[42-45] Des recherches comparatives suggèrent qu'il est plus probable que des écarts importants dans la couverture de la population apparaissent dans les pays qui fondent le droit sur le paiement de cotisations à un régime d'assurance maladie sociale que dans les pays qui fondent le droit sur la résidence et couvrent automatiquement toute leur population (pas seulement les résidents légaux).[43]

La couverture du système public d'assurance maladie obligatoire (*indicateur A-1*, voir Tableau 7) a été quasi universelle au cours de la dernière décennie (98,9 % en 2012 à 99,1 % en 2022). Cependant, des obstacles financiers et/ou administratifs continuent d'entraver la couverture complète de la population.[42, 45] La fraction non couverte était légèrement plus élevée chez les hommes, les jeunes adultes (groupe d'âge des 20-39 ans) et à Bruxelles. Les taux de couverture étaient également plus faibles chez les Belges vivant à l'étranger mais toujours affiliés à une mutualité belge. En excluant le groupe des Belges vivant à l'étranger, la couverture de l'assurance maladie obligatoire serait égale à 99,4 % en 2022.

Notez que les personnes non affiliées à une mutualité (comme les migrants sans papiers et les demandeurs d'asile (en fonction du statut de leur demande)) ne sont pas couvertes par le système public d'assurance maladie obligatoire et ne sont pas incluses dans la définition de la « population » au sens de cet indicateur. Ces groupes peuvent généralement compter sur des systèmes de couverture de soins de santé distincts pour un ensemble de services plus restreint (pour plus de détails

sur les soins de santé pour les groupes vulnérables, voir également l'Encadré 9 du rapport HSPA de 2019).[21]

Il n'existe pas de données fiables permettant de déterminer l'ampleur de ces groupes de population non couverts par le système public d'assurance maladie obligatoire. L'intention est cependant d'élargir davantage la population couverte par le système public d'assurance maladie obligatoire. Par exemple, la couverture santé des prisonniers et des détenus est intégrée dans le système général depuis janvier 2023 pour les soins en dehors de la prison.[46]

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de données récentes, fiables et exhaustives sur le nombre de personnes ayant souscrit une assurance maladie privée.

Quels services sont couverts ?

Le système public belge d'assurance maladie obligatoire couvre un large éventail de services. Aucun indicateur n'a été défini pour mesurer le champ d'application de la couverture (la gamme de services couverts). Les services couverts par l'assurance maladie obligatoire sont décrits dans la nomenclature des prestations de santé établie au niveau national.[47] Les services non inclus dans la nomenclature ne sont pas remboursables.

La mesure dans laquelle différents services de santé sont financés par les contributions personnelles ('out-of-pocket payments', OOP en anglais) des patients donne une indication partielle des principales lacunes de la couverture santé. Pour les dépenses de santé courantes en Belgique, les patients contribuaient pour 65 % aux dépenses en soins dentaires, pour 56 % aux dépenses en dispositifs médicaux et pour 34 % aux dépenses en médicaments ambulatoires en 2021. Ces pourcentages élevés sont le résultat des modalités de partage des coûts, mais aussi des produits et services non couverts.

Quelle prise en charge ?

Les contributions personnelles sont élevées en Belgique

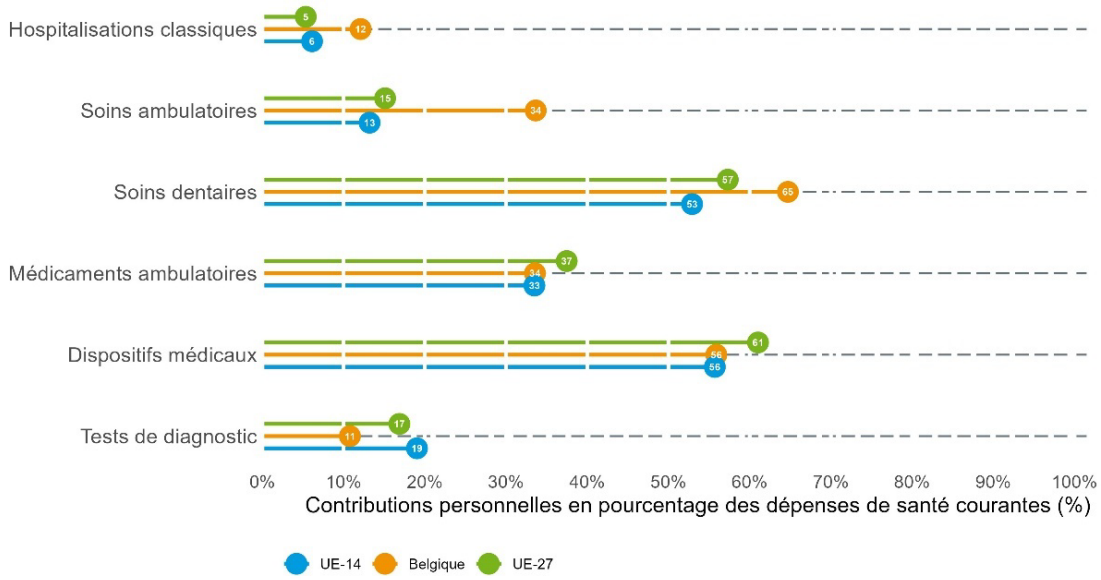
Les soins de santé sont généralement considérés comme financièrement inaccessibles lorsque les personnes limitent ou reportent le recours aux soins nécessaires en raison de coûts (trop) élevés, ou lorsqu'elles doivent renoncer à d'autres nécessités de base parce qu'elles ont besoin de soins. L'accessibilité financière peut être compromise par les contributions personnelles aux soins de santé. Les **contributions personnelles** sont les dépenses supportées directement par un patient qui recourt aux soins de santé parce que l'assurance maladie obligatoire ou volontaire ne couvre pas (intégralement) le coût du produit ou du service de santé.[17] Elles comprennent les tickets modérateurs, les suppléments (facturation supplémentaire au-delà du tarif défini dans la nomenclature) et les paiements directs des produits et services non couverts. Tous les pays appliquent des contributions personnelles pour payer certains soins de santé, mais à des degrés divers et suivant des modalités de partage des coûts différentes. Il s'avère, preuve à l'appui, que les frais à charge de l'utilisateur ne sont pas un bon instrument pour inciter les gens à utiliser les ressources plus efficacement et peuvent avoir des effets négatifs sur l'équité et l'efficience.[44, 48-51] Les populations à faible revenu sont affectées de manière disproportionnée par le partage accru des coûts, car elles ont des besoins en soins plus élevés et sont plus sensibles aux prix et plus limitées en ressources que les autres groupes de revenus.

Les contributions personnelles ont augmenté de 30 % au cours de la dernière décennie (entre 2011 et 2021). Les tickets modérateurs ne représentaient qu'un cinquième des contributions personnelles totales estimées en 2021. En pourcentage des dépenses de santé courantes, les contributions personnelles dans les soins de santé ont diminué, passant de 19,6 % en 2011 à 17,9 % en 2021 (*indicateur A-2*, voir Tableau 7). La tendance générale à la baisse a été interrompue par une forte hausse en 2019 (19,8 %), suivie d'une diminution en 2020 (17,4 %) et d'un rebond en 2021 (17,9 %) (voir également la section 8.4). En 2021, le système de santé belge s'est davantage appuyé sur les contributions personnelles que les

pays voisins tels que le Luxembourg (8,9 %), la France (8,9 %), les Pays-Bas (9,3 %) et l'Allemagne (12,0 %).

La Figure 2 montre que les contributions personnelles en pourcentage des dépenses de santé courantes en 2021 étaient les plus élevées pour les soins dentaires (65 %, contre 55 % en 2011), les dispositifs médicaux (56 %), et les soins et médicaments ambulatoires (près de 34 % dans les deux cas). En outre, les contributions personnelles pour les soins dentaires, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers classiques étaient supérieures aux moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27 en 2021.

Figure 2 – Contributions personnelles dans les soins de santé, en pourcentage des dépenses de santé courantes, par type de soins (2021)



Remarques : la catégorie des soins ambulatoires exclut les soins dentaires.
Source : Système de comptes de la santé (System of Health Accounts, SHA)

Mesurées en pourcentage de la consommation finale des ménages, les contributions personnelles dans les soins médicaux ont légèrement diminué, passant de 4,0 % en 2011 à 3,7 % en 2021 (*indicateur A-3*, voir Tableau 7), mais ont été constamment supérieures à la moyenne de l'UE sur l'ensemble de la période (2,9 % en 2021 dans l'UE-14 et l'UE-27). L'impact de la crise du COVID-19 est davantage détaillé dans la section 8.4. Il ressort de l'enquête sur le budget des ménages de l'Office statistique de Belgique que les ménages ont dépensé 1 805 € en soins médicaux en 2020, un montant supérieur aux dépenses en soins médicaux avant la pandémie de COVID-19 (1 639 €). Ceci s'explique par l'augmentation des dépenses, entre autres, en dispositifs médicaux (notamment masques faciaux et désinfectants) et en physiothérapie/réadaptation pendant la pandémie. Les contributions personnelles, à la fois en valeur absolue et en pourcentage de la consommation des ménages, étaient plus élevées pour les ménages disposant de plus de moyens financiers, l'écart entre les revenus élevés et faibles augmentant encore entre 2018 et 2020 (voir également la section 7.1).

Les suppléments d'honoraires, facteur important de contributions personnelles dans les soins hospitaliers

Les contributions personnelles élevées dans les soins hospitaliers classiques sont (au moins en partie) le résultat de suppléments facturés au patient, malgré les importantes restrictions sur le recours aux suppléments, telles que l'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires et de chambre pour les chambres doubles et partagées.

Les contributions personnelles dans les soins hospitaliers (indicateur A-5, voir Tableau 7) s'élevaient à 17,6 % des dépenses totales en soins hospitaliers en 2021 (à l'exclusion des douzièmes budgétaires)[j] et se composaient à 69 % de suppléments (et de paiements directs). Les suppléments d'honoraires représentaient 70 % de tous les suppléments ou près de 50 % de toutes les contributions personnelles. La part des contributions personnelles dans les soins hospitaliers était nettement plus élevée à Bruxelles (23,2 % en 2021).

En moyenne, les contributions personnelles pour un séjour hospitalier classique s'élevaient à 660 € en 2021, dont 206 € de tickets modérateurs et 454 € de suppléments (et paiements directs). Les contributions personnelles pour une hospitalisation de jour s'élevaient en moyenne à 110 € en 2021, dont 33 € de tickets modérateurs et 78 € de suppléments. Une grande variation a été relevée : (1) 18,0 % des hospitalisations classiques en 2021 ont eu des contributions personnelles supérieures à 1 000 € ; (2) 10 % des patients et 10 % des bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ont payé plus de 1 777 € et 777 € de leur poche pour un séjour hospitalier classique en 2021, respectivement ; (3) les contributions personnelles moyennes des séjours hospitaliers en chambre individuelle ont été près de huit fois plus élevées qu'en chambre partagée, principalement en raison de la différence de suppléments.

Les suppléments réduisent la transparence et la sécurité des prix pour le patient. Ils peuvent limiter l'accessibilité des soins de santé, étant donné que les mécanismes de protection existants tels que le maximum à facturer (MAF) et l'intervention majorée ne s'appliquent pas aux suppléments. En 2022, à titre de première étape vers la réduction des suppléments d'honoraires, le supplément d'honoraires maximum a été gelé au niveau hospitalier.[52, 53] Bien que cette mesure empêche d'autres augmentations, elle ne tient pas compte des différences qui existent entre les hôpitaux.[42]

[j] Les contributions personnelles pour les soins hospitaliers telles que présentées dans l'indicateur A-5 et dans la Figure 2 diffèrent en valeur. Elles ont été obtenues de différentes sources et servent à différentes fins. Pour l'indicateur A-5, les données au niveau du patient de l'AIM ont été analysées et les douzièmes budgétaires du budget hospitalier (qui ne pouvaient pas être facilement attribués à des patients individuels) n'ont pas été pris en compte, ce qui a entraîné une surestimation des contributions personnelles. Pour la Figure 2, des données agrégées et comparables à l'échelle internationale du SHA ont été utilisées, qui tiennent quant à elles bien compte des douzièmes budgétaires.

Accès aux tarifs conventionnés dans les soins ambulatoires

Les suppléments d'honoraires sont également répandus dans les soins ambulatoires. Contrairement aux suppléments facturés pour un séjour hospitalier classique, les suppléments facturés dans les soins ambulatoires sont peu réglementés.[54] Des informations limitées sont actuellement disponibles sur les suppléments et les services non couverts en soins ambulatoires. Depuis peu, l'enregistrement des suppléments dans les soins ambulatoires est toutefois obligatoire en cas de facturation électronique, l'intention étant de recueillir également, à un stade ultérieur, des informations sur les contributions personnelles concernant les services non couverts. Les médecins et les dentistes sont tenus de mettre en œuvre la facturation électronique d'ici septembre 2025.[55]

En l'absence d'informations directes sur les suppléments dans les soins ambulatoires, deux indicateurs indirects d'accessibilité financière ont été utilisés concernant le volume d'activité ambulatoire respectivement des médecins et des dentistes qui ne facturent pas de suppléments et qui offrent ainsi à leurs patients une sécurité et une transparence des prix.

En Belgique, les médecins sont libres d'adhérer aux conventions tarifaires négociées entre leurs représentants et les mutualités. Ceux qui y adhèrent, les « médecins conventionnés », s'engagent à ne pas facturer de suppléments aux patients. Les autres, « partiellement conventionnés » ou « non conventionnés », ont le droit, à leur discrétion, de facturer des suppléments d'honoraires en plus du tarif officiel, même aux ménages à faible revenu (voir section 7.1).

Le volume d'activité ambulatoire des MG conventionnés (*indicateur A-8*, voir Tableau 7) était élevé et a encore augmenté, de 83,1 % en 2012 à 87,3 % en 2021 (90,1 % en Flandre, 84,4 % en Wallonie et 71,2 % à Bruxelles). En revanche, moins de la moitié des consultations ambulatoires des médecins spécialistes ont été réalisées par des médecins spécialistes conventionnés (*indicateur A-8*, voir Tableau 7), avec une légère tendance à la baisse au fil du temps (44,0 % en Belgique, 37,1 % en Flandre, 55,8 % en Wallonie et 43,6 % à Bruxelles). Une grande variation dans les volumes d'activité ambulatoire des médecins conventionnés a été observée entre les spécialités médicales, allant de 11,1 % pour les dermatologues à 91,1 % pour les oncologues, en passant par d'autres spécialités telles que les ophtalmologues (16,9 %), les gynécologues (21,3 %), les urologues (35,8 %), les cardiologues (58,3 %) et les pédiatres (70,7 %).

Le volume d'activité ambulatoire des dentistes conventionnés (*indicateur A-9*, voir Tableau 7) est passé de 34,3 % en 2012 à 26,3 % en 2021 (16,6 % en Flandre, 40,4 % en Wallonie et 45,4 % à Bruxelles). En d'autres termes, seul 1 contact patient sur 4 a été effectué par un dentiste conventionné. Avec des volumes d'activité inférieurs à 2 % en 2021, il devient difficile, voire impossible, de trouver un orthodontiste ou un parodontiste conventionné. Le volume d'activité des dentistes généralistes conventionnés était de 29,1 % en 2021.

Les contributions personnelles peuvent entraîner des difficultés financières

En transférant les coûts sur les ménages, les contributions personnelles peuvent représenter un fardeau financier et entraîner des difficultés financières pour les personnes recourant aux soins de santé, en particulier celles qui ont des besoins en soins élevés ou vivant dans des ménages disposant de ressources limitées. Les dépenses de santé catastrophiques (*indicateur A-4*, voir Tableau 7) sont un indicateur largement utilisé pour évaluer les difficultés financières sur la base des données de l'enquête sur le budget des ménages de l'Office statistique de Belgique. Il s'agit des contributions personnelles qui sont supérieures à 40 % de la capacité d'un ménage à payer les soins de santé, la capacité de paiement étant définie comme la consommation totale du ménage moins un montant standard destiné à couvrir les besoins de base (nourriture, logement et services d'utilité publique).[48, 56, 57] Cette correction tenant compte des besoins de base est nécessaire étant donné que les ménages pauvres consacrent une part proportionnellement supérieure de leurs revenus aux besoins de base et peuvent avoir à choisir entre les besoins de base et les soins de santé.

L'incidence des dépenses de santé catastrophiques en Belgique s'élevait à 3,8 % des ménages en 2018, contre 5,2 % en 2020, pendant la pandémie de COVID-19. Notez que la prudence est de mise lorsque l'on compare l'incidence en 2020 avec celle des années précédentes, car le COVID-19 a eu un impact important sur les habitudes de consommation des ménages ainsi que sur les dépenses de santé (voir également la section 8.4). Les

principaux facteurs de dépenses catastrophiques étaient les contributions personnelles pour les produits médicaux, la physiothérapie/réadaptation, les soins dentaires et les soins hospitaliers classiques (bien que dans une moindre mesure pour les soins hospitaliers classiques en 2020 en raison du report des soins non urgents dans le contexte du COVID-19), tandis que les médicaments ambulatoires étaient le principal facteur parmi les ménages du quintile le plus pauvre.

L'incidence des dépenses de santé catastrophiques était nettement plus élevée parmi les ménages du quintile le plus pauvre (12,2 % en 2020) dont le chef est peu qualifié, inactif ou au chômage (8,2 %, 10,5 % et 8,5 % en 2020, respectivement) (voir également la section 7.1).

Par rapport à d'autres pays de l'UE, le taux de dépenses de santé catastrophiques d'avant la pandémie en Belgique (3,8 % en 2018) était inférieur aux moyennes de l'UE-14 (4,3 %) et de l'UE-27 (6,5 %), mais supérieur aux taux des pays voisins.

Les contributions personnelles peuvent créer des obstacles financiers à l'accessibilité des soins de santé

Les contributions personnelles peuvent créer un obstacle financier à l'accessibilité des services de santé et des traitements et amener les personnes à renoncer aux soins de santé ou à reporter le recours à ceux-ci (« besoins de soins non satisfaits »), avec des conséquences négatives potentielles pour leur santé.[22, 58]

Sur la base des données EU-SILC, l'incidence des **besoins autodéclarés non satisfaits avec le coût comme motif principal** de renonciation aux soins ou de report des soins en 2022 s'élevait à 0,9 % pour **les soins médicaux** (***indicateur A-6***) et à 2,5 % pour **les soins dentaires** (***indicateur A-7***). La part de la population qui a connu des besoins non satisfaits a considérablement diminué au cours des six dernières années (2,2 % pour les soins médicaux et 3,7 % pour les soins dentaires en 2016). La pandémie de COVID-19 n'a pas eu d'impact substantiel sur la tendance à la baisse des besoins autodéclarés non satisfaits pour des raisons financières.

On observe une variation importante autour de la moyenne. Des taux et une volatilité plus élevés ont été observés dans le quintile de revenu le plus pauvre (soins médicaux : 7,7 % en 2016 et 2,6 % en 2022 ; soins dentaires : 11,5 % en 2016 et 6,6 % en 2022, voir également la section 7.1), alors que pratiquement aucun besoin non satisfait pour des raisons financières n'a été constaté dans le quintile de revenu le plus riche. Les pourcentages de besoins non satisfaits étaient également plus élevés dans les sous-groupes ayant un faible niveau d'éducation et chez les personnes en âge de travailler inactives ou au chômage. En outre, les différences régionales étaient importantes, avec des taux plus élevés en Wallonie et à Bruxelles, bien que cela puisse être lié à des différences sous-jacentes dans les caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques des régions.

D'un point de vue international, la Belgique a longtemps (2015-2021) obtenu des résultats moins bons que la moyenne européenne en ce qui concerne les besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières. Cependant, grâce à une tendance persistante à la baisse au cours des dernières années, le taux belge de besoins en soins médicaux non satisfaits a été inférieur à la moyenne de l'UE-14 et de l'UE-27 en 2022. L'incidence belge des besoins en soins dentaires non satisfaits pour des raisons financières est conforme à la moyenne européenne depuis 2016. La Belgique ne figurait parmi les pays les plus performants pour aucun des deux indicateurs ; seuls sept pays de l'UE affichaient un taux moyen plus élevé de besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits en 2022. De plus, l'écart d'incidence des besoins non satisfaits entre les quintiles de revenu le plus riche et le plus pauvre est particulièrement important en Belgique.

Conclusion

Le système public belge d'assurance maladie obligatoire couvre un large éventail de services pour la quasi-totalité de la population. En Belgique, les contributions personnelles sont toutefois élevées par rapport aux pays voisins, même si la situation s'améliore avec le temps. En plus des tickets modérateurs et des services non couverts, les contributions personnelles élevées sont le résultat de l'utilisation largement répandue de suppléments, comme démontré dans les soins hospitaliers, et suggéré par le faible volume d'activité ambulatoire des médecins spécialistes et dentistes conventionnés. Ceci est problématique car les suppléments ne sont pas couverts par les mécanismes de protection du système public d'assurance maladie obligatoire. Les contributions personnelles peuvent être un obstacle financier à l'accessibilité des services de santé et entraîner des besoins non satisfaits pour des raisons financières, ou des difficultés financières pour les personnes ayant recours aux soins (dépenses de santé catastrophiques). Dans les deux cas, la Belgique affiche une performance moyenne. Les contributions personnelles sont particulièrement élevées pour les soins dentaires, les dispositifs médicaux et les médicaments ambulatoires, des types de soins de santé qui ont également été identifiés comme les principaux facteurs de dépenses de santé catastrophiques. En outre, pour les soins hospitaliers classiques et les soins ambulatoires, la part des contributions personnelles est nettement supérieure à la moyenne de l'UE.

Tableau 7 – Accessibilité : indicateurs d'accessibilité financière

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
A-1	Couverture par l'assurance maladie obligatoire (% de la population ayant droit à l'assurance maladie obligatoire)	ST	99,1 %	2022	99,5 %	99,5 %	98,7 %	INAMI	99,9 %	98,4 %
A-2	Contributions personnelles dans les soins de santé (% des dépenses de santé courantes)	+	17,9 %	2021	—	—	—	SHA	16,5 %	18,2 %
A-3 *(ex-A-10)*	Contributions personnelles dans les soins médicaux (% de la consommation finale des ménages)	ST	3,7 %	2021	—	—	—	SHA, Comptes nationaux	2,9 %	2,9 %
A-4 *(ex-EQ-5)*	Ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques pour leurs soins de santé (% des répondants, enquête sur le budget des ménages)	●	5,2 %	2020	4,8 %	5,3 %	**6,7 %**	Enquête sur le budget des ménages	4,3 % (2018) [BE : 3,8 %]	6,5 % (2018) [BE : 3,8 %]
A-5 ***New***	Contributions personnelles dans les soins hospitaliers (% des dépenses totales en soins hospitaliers (hors douzièmes budgétaires))	●	17,6 %	2021	16,2 %	17,4 %	**23,2 %**	AIM		
A-6 *(ex-A-4)*	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants, EU-SILC)	+	0,9 %	2022	0,2 %	**2,0 %**	**1,9 %**	EU-SILC	1,2 %	0,9 %
A-7 *(ex-A-4)*	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins dentaires non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants, EU-SILC)	+	2,5 %	2022	1,1 %	**4,7 %**	**3,6 %**	EU-SILC	3,3 %	2,6 %
A-8 ***New***	Volume d'activité ambulatoire des « médecins conventionnés »* (= médecins ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des consultations/contacts ambulatoires auprès des médecins en activité)	MG +	87,3 %	2021	90,1 %	84,4 %	**71,2 %**	AIM		
		Spécialiste ST	44,0 %	2021	**37,1 %**	55,8 %	**43,6 %**	AIM		
A-9 ***New***	Volume d'activité ambulatoire des « dentistes conventionnés »* (= dentistes ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des contacts ambulatoires auprès des dentistes en activité)	-	26,3 %	2021	**16,6 %**	40,4 %	45,5 %	AIM		

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

*Remarque : * En Belgique, les médecins conventionnés sont des médecins qui adhèrent aux conventions tarifaires négociées par leurs représentants et les mutualités sous les auspices de l'INAMI. Ils s'engagent à ne pas facturer de suppléments aux patients pour les soins ambulatoires.*

4.2 Répartition du personnel de santé

L'accessibilité des soins de santé dépend également de la disponibilité et de la répartition du personnel de santé. Elle est évaluée ici par trois indicateurs :

- Densité et répartition des médecins en activité (à l'exclusion des stomatologues) (A-10)
- Densité et répartition des infirmiers en activité (A-11)
- Densité et répartition des dentistes en activité (y compris les stomatologues) (A-12)

La densité à elle seule reflète néanmoins mal la main-d'œuvre réelle (par exemple, au niveau des médecins, tous ceux qui posent plus d'un acte clinique sont inclus dans les effectifs). Pour surmonter ce problème, les résultats sont également exprimés en équivalents temps plein (ETP). En raison de l'indisponibilité d'informations sur leur temps de travail, les ETP des médecins en Belgique sont calculés comme le rapport entre le revenu individuel (déterminé sur la base des dépenses INAMI remboursées) du médecin spécialiste et le revenu P50 (médian)/les dépenses INAMI des mêmes spécialistes âgés de 45 à 55 ans (N.B. tous les résultats supérieurs à 1 sont limités à 1).

Ces ETP doivent donc être interprétés avec prudence, en particulier pour 2020, car la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur le revenu médian/les dépenses remboursées, et donc sur les estimations des ETP qui en résultent. Au niveau des infirmiers, les ETP sont un peu plus précis car pour une partie d'entre eux (infirmiers salariés), les ETP sont basés sur le taux d'activité.[k] Le nombre d'ETP médecins et dentistes ayant adhéré à la convention tarifaire nationale (médecins et dentistes conventionnés) est également présenté.

Il convient également de noter que la pénurie (future) potentielle identifiée dans la section sur la disponibilité en personnel de santé (dimension soutenabilité) aura une incidence négative sur l'accessibilité à un personnel de santé qualifié.

Médecins en activité

En 2021, il y avait 41 761 médecins professionnellement actifs (3,6 pour 1 000 habitants), 37 504 médecins en activité (3,2 pour 1 000 habitants, +11 % depuis 2011) et 25 462 ETP médecins en activité (2,2 pour 1 000 habitants, +9,3 % depuis 2011).

La Belgique avait une densité de médecins en activité pour 1 000 habitants inférieure aux moyennes de l'UE (3,2, contre 4,0 et 3,8 pour 1 000 habitants en 2020 pour l'UE-14 et l'UE-27 respectivement). L'augmentation observée en Belgique entre 2010 et 2020 était également inférieure aux moyennes de l'UE (+9,9 %, contre +13,6 % et +16,3 % pour l'UE-14 et l'UE-27 respectivement). Cependant, il convient de noter que la définition de « médecin en activité » varie d'un pays à l'autre et que dans quelques pays, elle correspond au nombre de médecins autorisés à exercer. Il convient également de souligner que contrairement à la plupart des pays, la Belgique ne comptabilise pas les médecins en formation.

De plus, la répartition des médecins à travers le pays n'était pas uniforme. En termes d'effectifs, le nombre de médecins en activité pour 1 000 habitants était plus faible en Flandre qu'à Bruxelles et en Wallonie (mais en termes d'ETP, les densité étaient plus similaires).

Des disparités entre provinces peuvent également être mises en évidence. Pour un certain nombre de spécialités médicales, des densités plus faibles (en ETP) ont été observées principalement dans la province de Luxembourg et, dans une moindre mesure, dans les provinces de Hainaut, de Limbourg et de Flandre occidentale. Inversement, les densités les plus élevées ont été généralement observées dans le Brabant wallon et le Brabant flamand (ce qui est probablement dû au fait que l'analyse était principalement basée

[k] Mais pour les infirmiers indépendants, les ETP sont également basés sur les dépenses (voir la fiche technique).

sur l'adresse du domicile du médecin plutôt que sur le lieu de pratique, ce qui explique également la plus faible densité à Bruxelles en ETP).

Enfin, il est à noter que la proportion de médecins ayant adhéré totalement ou partiellement à la convention (médecins conventionnés, en ETP) était assez stable (78,9 % en 2021), mais que des disparités importantes ont pu être relevées entre spécialités médicales. En 2021, ce pourcentage était particulièrement faible pour les dermatologues (21,1 %), les chirurgiens ophtalmologistes (28,4 %), les chirurgiens plasticiens (30,6 %), les gynécologues (41,9 %) et les orthopédistes (42,6 %).

Infirmiers en activité

Le projet PlanCad[59], qui résulte du couplage de plusieurs bases de données administratives, permet une estimation précise du nombre d'infirmiers actifs sur le marché du travail belge (infirmiers professionnellement actifs) et du nombre d'infirmiers actifs dans le secteur des soins de santé (infirmiers en activité). Le dernier projet PlanCad disponible pour les infirmiers est néanmoins basé sur l'année 2018. En 2018, il y avait 210 507 infirmiers autorisés à exercer, 148 782 infirmiers professionnellement actifs sur le marché du travail et 126 496 infirmiers actifs dans le secteur des soins de santé (107 515 en ETP). En supposant que le rapport entre les infirmiers en activité et l'ensemble des infirmiers autorisés à exercer soit resté identique entre 2018 et 2022, il y aurait environ 137 193 infirmiers en activité (116 607 en ETP) en 2022.

Les infirmiers en activité étaient relativement bien répartis entre les régions, avec 11,6 (9,7 en ETP), 10,1 (8,9 en ETP) et 10,7 (9,4 en ETP) infirmiers en activité pour 1 000 habitants en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles respectivement. Ils étaient également assez bien répartis entre les arrondissements, sauf dans certains arrondissements autour de Bruxelles (Hal-Vilvorde) ou à proximité de la frontière (Virton et Philippeville), où la densité est inférieure à 5 pour 1 000 habitants. La densité d'infirmiers en activité en Communauté germanophone semblait également plus faible (7,0 (5,4 en ETP) infirmiers en activité pour 1 000 habitants), mais il s'agit là d'une estimation basée sur le lieu de résidence.

Le nombre d'infirmiers en activité pour 1 000 habitants en Belgique est passé de 9,6 en 2010 à 11,1 (9,8 en ETP) en 2018 et était supérieur aux moyennes de l'UE-27 et de l'UE-14 (8,1 et 9,5 pour 1 000 habitants respectivement, en 2018, en effectifs). Cette tendance à la hausse s'observait également dans d'autres pays européens, mais était plus prononcée en Belgique (+15,4 % entre 2010 et 2018 en Belgique, contre +4,5 % pour l'UE-27 et +6,2 % pour l'UE-14). Les comparaisons internationales portant sur les infirmiers en activité sont toutefois à prendre avec prudence car les définitions diffèrent selon les pays. De plus, les chiffres exprimés en ETP donneraient une meilleure image de la situation réelle, en supposant qu'ils reposent sur la même méthodologie.

Le nombre plus élevé d'infirmiers en Belgique devrait également être compensé par le fait que la Belgique a une densité plus faible de médecins et une densité plus élevée d'hôpitaux (nécessitant plus d'infirmiers). Ainsi, même avec ce nombre relativement élevé, de récentes études du KCE ont montré que le nombre de patients/résidents par infirmier dans les hôpitaux et les maisons de repos et de soins reste trop élevé par rapport aux normes de qualité.[60, 61]

Dentistes en activité

Pour permettre une comparaison internationale, l'on recourt à la définition des dentistes de la CITP-08. Le nombre de dentistes en activité inclut donc également les stomatologues. En 2021, il y avait 8 926 dentistes en activité (6 478,8 en ETP), dont seulement la moitié avaient adhéré à la convention tarifaire nationale (tendance à la baisse). La situation était légèrement meilleure à Bruxelles qu'en Wallonie et en Flandre. L'analyse par spécialité montre qu'en 2021, la proportion de parodontistes et d'orthodontistes ayant adhéré à la convention était nettement inférieure (11,7 % et 2,9 % respectivement) à la proportion de dentistes généralistes y ayant adhéré (52,2 %). Cette proportion variait considérablement d'une province à l'autre et dans certaines d'entre elles, aucun parodontiste et orthodontiste n'adhérait à la convention. La densité de 0,8 dentiste en activité pour 1 000 habitants en Belgique était proche de la moyenne de l'UE-27 et suivait une tendance à la hausse similaire. La densité moyenne basée sur les pays de l'UE-14 était plus stable (et légèrement inférieure à celle de la Belgique depuis 2015).

Conclusion

La disponibilité et la répartition des médecins et dentistes en activité, et plus particulièrement, la part de ceux ayant adhéré à la convention, doivent être un point d'attention. De plus, même si la densité d'infirmiers est élevée et bien répartie, certains secteurs (hôpitaux et maisons de repos et de soins) semblent en deçà des normes de qualité. Le lecteur intéressé trouvera plus de données à jour sur les médecins et les dentistes sur le site belgiqueenbonnesante.be (https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales/contexte-general-des-variations-de-pratiques/professions-des-soins-de-sante).

Tableau 8 – Accessibilité : indicateurs de répartition du personnel de santé

(ID)	Indicateur	Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
A-10	Médecins en activité									
	Nombre pour 1 000 habitants	*	3,2	2021	**3,0**	3,4	4,0	INAMI		
			3,2	2020				OCDE	4,0	3,8
	Nombre pour 1 000 habitants, en ETP	*	2,2	2021	2,2	2,2	2,1	INAMI	-	-
	Nombre pour 1 000 habitants ayant adhéré à la convention tarifaire nationale, en ETP	*	1,7	2021	1,7	1,8	1,7	INAMI	-	-
A-11	Infirmiers en activité									
	Nombre pour 1 000 habitants	*	11,1	2018	11,6	10,1	10,7	SPF Santé Publique, OCDE	9,5	8,1
	Nombre pour 1 000 habitants, en ETP	*	9,4	2018	9,7	8,9	9,4	SPF Santé Publique		
A-12	Dentistes en activité	*								
	Nombre pour 1 000 habitants	*	0,8	2021	**0,7**	**0,7**	1,2	INAMI		
			0,8	2020				OCDE	0,7	0,8
	Nombre pour 1 000 habitants, en ETP	*	0,6	2021	**0,6**	**0,5**	0,7	INAMI		

Nombre pour 1 000 habitants ayant adhéré à la convention tarifaire nationale, en ETP	🔴*	0,3	2021	**0,2**	**0,3**	0,4	INAMI

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

** Si le nombre de professionnels de la santé est considéré comme contextuel, l'évaluation repose ici exceptionnellement sur la répartition. Il convient également de noter que des données plus à jour sont disponibles sur : https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales/contexte-general-des-variations-de-pratiques/professions-des-soins-de-sante*

4.3 Répartition des services de santé

Des soins de santé accessibles nécessitent non seulement des services financièrement abordables et une main-d'œuvre adéquate, mais aussi des ressources bien accessibles d'un point de vue géographique et disponibles en temps opportun. Dans cette sous-section, nous nous concentrons sur les obstacles possibles à l'accessibilité des soins de santé, à la fois sur le plan géographique et en termes de délai d'attente, sur la base de six indicateurs :

- Besoins autodéclarés en soins médicaux non satisfaits pour des raisons géographiques ou de délai d'attente (A-13)
- Besoins autodéclarés en soins dentaires non satisfaits pour des raisons géographiques ou de délai d'attente (A-14)
- Délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste (A-15)
- Délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un MG (A-16)
- Décès parmi les personnes sur liste d'attente pour une transplantation d'organe (A-17)
- Population résidant dans un rayon de 20 km de l'hôpital le plus proche (A-18)

Besoins autodéclarés en soins médicaux non satisfaits principalement pour des raisons géographiques

L'accessibilité géographique des soins médicaux peut être évaluée sur la base de l'EU-SILC qui mesure les personnes ayant déclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits principalement pour des raisons géographiques (% des répondants) (A-13a). Cet indicateur concerne les besoins non satisfaits, ce qui signifie que les personnes n'ont pas reçu de soins, bien qu'elles aient estimé en avoir besoin. Les raisons géographiques peuvent être une distance excessive ou l'absence de moyen de transport. Au cours de la période 2018-2022, aucun répondant (0,0 %) n'a déclaré de besoins en soins médicaux non satisfaits principalement pour des raisons géographiques en Belgique – une légère amélioration par rapport à la période 2014-2017, où cette valeur était de 0,2 % (voir également la section 8.4). Avec cette valeur nulle, la Belgique se classait mieux que l'UE-14 et l'UE-27 (moyenne de 0,1 %) en 2022. Les pourcentages étaient généralement très faibles en Europe car ils ne concernent que les besoins non satisfaits (renonciation aux soins) et seulement la partie de ceux-ci pour laquelle des raisons géographiques ont été citées comme motif principal.

L'enquête de santé par interview ('*Health interview survey*' – HIS) fournit des données comparatives, bien qu'avec quelques différences importantes : dans l'HIS, les répondants déclarent un *report* des soins de santé (pas des besoins non satisfaits ou une renonciation aux soins de santé comme dans l'EU-SILC), et les raisons géographiques peuvent être l'une des raisons invoquées (elles ne doivent pas nécessairement être citées comme motif principal comme dans l'EU-SILC). Ces différences se traduisent par des pourcentages légèrement plus élevés. Le pourcentage de personnes qui ont dû *reporter* les soins de santé en raison de la distance ou de problèmes de

transport est passé de 1,2 % à 1,6 % entre 2013 et 2018 (données les plus récentes disponibles de l'HIS), mais est resté faible par rapport aux autres pays de l'UE. Cette part était la plus élevée en Wallonie (2,6 % en 2018) et à Bruxelles (2,0 %), et la plus faible en Flandre (0,9 %). Les reports de soins de santé dus à la distance ou à des problèmes de transport étaient plus fréquents chez les répondants à faible revenu (3,8 % dans le groupe à plus faible revenu, contre 0,6 % dans le groupe à revenu plus élevé, voir également la section 7.1) et dans les ménages monoparentaux (2,4 %, contre 1,0 % pour les couples avec enfants).

Besoins autodéclarés en soins médicaux non satisfaits principalement pour des raisons de délai d'attente

L'accessibilité en temps opportun des soins de santé peut être mesurée par un indicateur sur les besoins autodéclarés en soins médicaux non satisfaits principalement pour des raisons de délai d'attente (% des répondants) (A-13b). Cet indicateur est également basé sur l'EU-SILC. Au cours de la période 2017-2020, aucun répondant (0,0 %) n'a déclaré de besoins en soins médicaux non satisfaits principalement pour des raisons de délai d'attente en Belgique. En 2021, il y a eu une légère augmentation (0,5 %), probablement en raison de la pandémie de COVID-19, car des ressources étaient mobilisées pour faire face à la crise (voir également la section 8.4). Le pourcentage est ensuite retombé à 0,0 % en 2022. Avec ce pourcentage nul, la Belgique se classait mieux que l'UE-14 et l'UE-27 (moyennes de 1,2 % et 1,5 % respectivement). Les différences en fonction du statut socioéconomique sont abordées dans la section 7.1.

Les données de l'HIS révèlent un pourcentage considérablement plus élevé de personnes déclarant un *report* des soins de santé pour des raisons de délai d'attente. En 2018, le pourcentage de personnes qui ont dû *reporter* des soins de santé parce que le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous était trop long atteignait 6,6 % pour la Belgique (9,2 % à Bruxelles, 7,1 % en Wallonie et 5,9 % en Flandre), un chiffre inférieur à celui de la plupart des autres pays de l'UE. Les différences susmentionnées entre les questions posées dans l'EU-SILC et l'HIS peuvent expliquer en partie les différences entre les deux sources.

Besoins autodéclarés en soins dentaires non satisfaits principalement pour des raisons géographiques ou de délai d'attente

Outre les deux indicateurs relatifs aux besoins en soins médicaux non satisfaits, il existe deux indicateurs similaires sur les besoins en soins dentaires non satisfaits, également basés sur l'EU-SILC. Pour la période 2013-2022, le pourcentage de patients belges déclarant des besoins en soins dentaires non satisfaits principalement pour des raisons géographiques était en moyenne de 0,0 à 0,1 %, avec 0,0 % en 2022 (A-14a) – un chiffre similaire aux moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27 pour 2022.

Le pourcentage de personnes ayant autodéclaré des besoins en soins dentaires non satisfaits principalement pour des raisons de délai d'attente (% des répondants) (A-14b) se situait en moyenne entre 0,0 et 0,1 % de 2013 à 2020. Il y a eu une légère augmentation en 2021 (0,6 %), mais le pourcentage est retombé à 0,1 % en 2022. Les différences en fonction du statut socioéconomique sont abordées dans la section 7.1.

Délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste ou un médecin généraliste

Cette section se penche sur deux indicateurs rapportés par les patients concernant les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, soit chez un médecin spécialiste (A-15), soit chez un médecin généraliste (MG) (A-16). Ce sont deux indicateurs de « l'expérience du patient » fondés sur les délais d'attente rapportés par les patients dans l'HIS. Le premier (A-15) mesure combien de patients demandant un rendez-vous en face à face avec un médecin spécialiste ont dû attendre plus de deux semaines. Le deuxième (A-16) mesure combien de patients demandant un rendez-vous en face à face avec un MG ont dû attendre un jour ou plus. On a également demandé aux patients s'ils considéraient ces délais d'attente comme problématiques.

En 2018, 48 % des patients ont dû attendre plus de deux semaines pour obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste, soit une augmentation de 10 points de pourcentage par rapport à 2013 (38 %). En 2018, ce pourcentage était le plus élevé en Wallonie (55,6 %, contre 45,6 % en Flandre et 42,5 % à Bruxelles). En 2018, 13,5 % des patients ont déclaré que le délai d'attente pour consulter un médecin spécialiste était

problématique (22,3 % de ceux qui ont dû attendre deux semaines ou plus). Dans toutes les régions à l'exception de Bruxelles, ce pourcentage avait augmenté par rapport à 2013.

Pour les MG, 42,1 % des patients ont dû attendre un jour ou plus pour obtenir un rendez-vous en 2018 (contre 30,1 % en 2013). Ce pourcentage était plus élevé en Flandre (44,9 %) et à Bruxelles (43,6 %) qu'en Wallonie (36,3 %), avec une augmentation dans toutes les régions par rapport à 2013. En 2018, 3,9 % des patients ont déclaré que le délai d'attente pour consulter un MG était problématique (24,7 % de ceux qui ont dû attendre environ une semaine ou plus).

Au problème de l'allongement des délais d'attente pour les MG s'ajoute le fait qu'un nombre croissant de MG n'acceptaient pas de nouveaux patients. Selon un rapport récent de 2023, 17 % des MG belges n'acceptent pas de nouveaux patients et 58 % n'acceptent de nouveaux patients que sous certaines conditions.[62]

Le pourcentage de MG qui n'acceptent pas de nouveaux patients est le plus élevé dans le Hainaut (27 %) et le plus faible en Flandre occidentale (8 %).

Décès parmi les personnes sur liste d'attente pour une transplantation d'organe

Un indicateur très spécifique sur l'accessibilité en temps opportun des soins de santé peut être dérivé des listes d'attente pour une transplantation d'organe. Fin 2022, 1 504 personnes figuraient sur liste d'attente pour une transplantation d'organe en Belgique. Mais toutes ne finissent pas par obtenir une transplantation d'organe ; la probabilité de décès d'une personne sur liste d'attente augmente avec le temps d'attente. L'indicateur A-17 évalue le taux de mortalité parmi les personnes sur liste d'attente sur la base des données d'Eurotransplant, un cadre de collaboration international responsable de l'attribution des organes des donneurs dans sept pays européens. En 2022, le taux de mortalité parmi les personnes sur liste d'attente pour une transplantation d'organe était de 6,3 % en Belgique. Bien qu'il s'agisse du chiffre le plus bas du cadre d'Eurotransplant, les efforts visant à le réduire davantage sont toujours justifiés par l'augmentation de l'offre en Belgique et dans les autres pays participants.

Population résidant dans un rayon de 20 km de l'hôpital le plus proche

Un autre indicateur d'accessibilité géographique évalue le nombre de personnes vivant dans un rayon de 20 km de soins d'urgence et hospitaliers (A-18) sur la base des données de Statbel. Il n'y a pas vraiment de distance maximale par rapport à un hôpital qui soit fondée sur des données probantes ; cet indicateur doit donc être considéré comme une approximation. En 2021, 99,3 % de la population belge résidait dans un rayon de 20 km de l'hôpital le plus proche avec service d'urgence (et 87,3 % dans un rayon de 10 km). Dans 6 provinces sur 10, 100 % de la population résidait dans un rayon de 20 km de l'hôpital le plus proche. L'exception la plus frappante était la province de Luxembourg, où seulement 81 % de la population vivait à moins de 20 km et 36 % à moins de 10 km de l'hôpital le plus proche en 2021.

L'évaluation de l'accessibilité géographique présente une série de défis. Outre la difficulté de déterminer la distance maximale, il serait préférable de disposer de données sur le temps nécessaire pour arriver à un hôpital (en tenant compte de facteurs tels que le réseau routier, la circulation, etc.) au lieu du nombre de kilomètres, mais ces données ne sont pas disponibles, sauf pour les services de maternité. Dans un rapport KCE distinct, nous avons analysé la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui vivent à maximum 30 minutes du service de maternité le plus proche (sur la base du temps de trajet moyen en voiture un jour de semaine normal). En 2019, 99,8 % des femmes habitaient à maximum 30 minutes d'un ou de plusieurs services de maternité et 100 % résidaient à maximum 45 minutes du service de maternité le plus proche.

Conclusion

L'accessibilité géographique en Belgique est généralement bonne ; dans l'EU-SILC, aucun répondant ne déclare de besoins en soins médicaux non satisfaits principalement pour des raisons géographiques, et les données Statbel révèlent que 99,3 % de la population belge réside dans un rayon de 20 km de l'hôpital le plus proche.

L'accessibilité en temps opportun des soins de santé s'est en revanche détériorée entre 2013 et 2018. L'EU-SILC a révélé un pourcentage nul de besoins en soins médicaux non satisfaits principalement pour des raisons de délai d'attente en Belgique, mais ces données ne donnent qu'une vision limitée de l'accessibilité car elles ne concernent que les besoins non satisfaits (c'est-à-dire les soins non reçus) à cause du délai d'attente. Les données de l'HIS sur les personnes déclarant un report de soins de santé révèlent des pourcentages généralement plus élevés et montrent également une augmentation du délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste ou un MG entre 2013 et 2018. De plus, un rapport récent de 2023, commandé par le SPF Santé publique, révèle que 17 % des MG n'acceptent pas de nouveaux patients.

Tableau 9 – Accessibilité : indicateurs de répartition des services de santé

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
Répartition des services de santé – besoins non satisfaits (renonciation aux soins de santé)										
A-13a *New*	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits principalement pour des raisons géographiques (distance excessive ou absence de moyen de transport) (% des répondants)	ST	0,0	2022	0,0	0,1	0,1	EU-SILC	0,1	0,1
A-13b *New*	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits principalement pour des raisons de délai d'attente (% des répondants)	🟢	0,0	2022	0,0	0,1	0,1	EU-SILC	1,2	1,5
A-14a *New*	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins dentaires non satisfaits principalement pour des raisons géographiques (distance excessive ou absence de moyen de transport) (% des répondants)	ST	0,0	2022	-	-	-	EU-SILC	0,0	0,0
A-14b *New*	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins dentaires non satisfaits principalement pour des raisons de délai d'attente (% des répondants)	🟢	0,1	2022	-	-	-	EU-SILC	0,7	0,7
Répartition des services de santé – délai d'attente (report de soins de santé)										
A-15	Patients ayant eu un délai d'attente supérieur à 2 semaines pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (% des répondants ayant eu un rendez-vous au cours de l'année écoulée)	🔴	48,4	2018	45,6	**55,6**	42,5	HIS	-	-
A-16 *New*	Patients ayant eu un délai d'attente d'un jour ou plus pour obtenir un rendez-vous chez un MG (% des répondants ayant eu un rendez-vous au cours de l'année écoulée)	🔴	42,1	2018	**44,9**	36,3	**43,6**	HIS	-	-
Répartition des services de santé – autres										
A-17 *New*	Décès parmi les personnes sur liste d'attente pour une transplantation d'organe (% de la population sur liste d'attente)	C	6,3	2022	-	-	-	Eurotransplant	8,9*	-
A-18 *New*	Population résidant dans un rayon de 20 km de l'hôpital le plus proche (% de la population)	🟢	99,3	2021	100,0	97,7	100,0	Statbel	-	-

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

** Pays Eurotransplant*

5 SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

La soutenabilité du système peut se définir comme sa capacité à être financé durablement par les recettes publiques, à fournir et à maintenir la main-d'œuvre (par exemple, grâce à l'éducation et à la formation), l'infrastructure et les équipements nécessaires, à se montrer innovant, à répondre aux besoins émergents et à réduire son impact environnemental (adapté de NHPC 2001[63] et OMS 2017[64]). La soutenabilité ne porte pas seulement sur la situation actuelle, mais tente également d'anticiper les évolutions futures (par exemple au moyen de projections). Elle est analysée au travers de cinq sous-dimensions :

- Soutenabilité financière (ou « génération de ressources financières ») ;
- Disponibilité en personnel de santé (ou « génération de ressources humaines ») ;
- Technologies de santé et infrastructures (ou « génération de ressources physiques ») ;
- Gouvernance ;
- Soutenabilité environnementale (pas encore développée)

5.1 Soutenabilité financière

Cette section décrit tout d'abord les éléments contextuels liés aux dépenses de santé pour avoir une meilleure vision du système de santé belge.

Dans un second temps, la soutenabilité fiscale, c'est-à-dire la capacité à lever des recettes publiques (impôts et cotisations sociales) pour faire face aux dépenses publiques, est analysée.[65] Les **dépenses publiques en santé (S-3)** sont utilisées pour refléter la soutenabilité fiscale du système.[65]

Afin de déterminer l'importance du secteur de la santé dans l'économie générale du pays, les dépenses courantes de santé exprimées en pourcentage du PIB sont également présentées, ainsi que des **projections des dépenses publiques en santé (soins aigus et de longue durée) en pourcentage du PIB (S-20)** afin d'évaluer la soutenabilité financière à long terme.

Concernant ce dernier indicateur, plus il est élevé, plus la pression sur le système est forte, soit parce que le secteur de la santé prend une plus grande importance dans l'économie générale, soit parce qu'il est de plus en plus financé par le secteur public, soit pour ces deux raisons combinées.

Enfin, un accent particulier est mis sur les **dépenses publiques en produits pharmaceutiques remboursés (S-21)**.

Contexte

Les dépenses courantes de santé en Belgique ont continué d'augmenter ; elles atteignaient 55,5 milliards d'euros en 2021 (+49,8 % par rapport à 2010). Cette progression a été particulièrement importante en 2021 en raison de la pandémie de COVID-19. Les dépenses courantes de santé par habitant, exprimées en parité de pouvoir d'achat (US $ PPA), étaient légèrement plus élevées en Belgique et dans les pays voisins que les moyennes des pays de l'UE-14 et de l'UE-27 (6 022 US $ en Belgique en 2021, contre 5 557 US $ (UE-14) et 4 410 US $ (UE-27)).

Soutenabilité fiscale

La proportion des dépenses courantes de santé financées par le secteur public (S-3) est restée stable (77,6 % en 2021, contre 76,3 % en 2010) et n'a que légèrement augmenté en 2020 et 2021 en raison de la pandémie de COVID-19 (comme dans d'autres pays) (voir également la section 8.4).

Entre 2010 et 2019, la part du financement public en Belgique était généralement proche de la moyenne de l'UE-14 et supérieure à celle de l'UE-27, et la tendance était globalement stable, à la fois en Belgique (à l'exception d'une légère baisse en 2019) et en moyenne dans les pays européens. Pendant la pandémie de COVID-19 (2020-2021), une augmentation importante a été observée, en particulier pour la moyenne de l'UE-27 (+3,6 points de pourcentage entre 2019 et 2021, contre +2,4 points de pourcentage en Belgique et +1,8 point de pourcentage pour l'UE-14). En

raison de cette importante augmentation, l'UE-27 a atteint une part proche de celle de la Belgique en 2021. La part du financement public en Belgique était toutefois inférieure à celle des pays voisins (Luxembourg, Allemagne, Pays-Bas et France).

Importance du secteur de la santé dans l'économie générale et soutenabilité à long terme

En 2021, les dépenses courantes de santé représentaient 11 % du produit intérieur brut (PIB) de la Belgique (voir les sous-analyses de S-3).

En ce qui concerne la partie publique (S-20), les dépenses publiques de santé en Belgique représentaient 8,0 % du PIB en 2022 (6,5 % du PIB pour les soins aigus et 1,5 % du PIB pour les soins de longue durée).

Les **dépenses publiques en santé en pourcentage du PIB (S-20)** devraient atteindre 8,9 % (+0,9 point de pourcentage) en 2027, 10,7 % (+2,7 pp) en 2050 et 10,8 % (+2,8 pp) en 2070. Les dépenses publiques en santé en Belgique, exprimées en pourcentage du PIB, devraient suivre une tendance similaire à la moyenne de l'UE, même si les dépenses publiques en soins de longue durée (en pourcentage du PIB) en Belgique resteront supérieures à la moyenne de l'UE. Les dépenses publiques en soins aigus en Belgique resteront quant à elles inférieures à la moyenne de l'UE.

Dépenses publiques en produits pharmaceutiques remboursés

Les produits pharmaceutiques jouent un rôle important dans le système de santé et sont en constante évolution. Un nombre croissant de nouveaux produits pharmaceutiques arrivent sur le marché chaque année, avec un coût qui peut être élevé, ce qui a des répercussions importantes sur le budget des soins de santé. En 2022, les dépenses pharmaceutiques s'élevaient à 6,20 milliards € en Belgique (2,92 milliards € pour les dépenses pharmaceutiques ambulatoires des pharmacies publiques, 2,86 milliards € pour les dépenses pharmaceutiques ambulatoires des hôpitaux et 420 millions € pour les dépenses pharmaceutiques hospitalières classiques). Cependant, les médicaments sous convention (Managed Entry Agreements, MEA) sont de plus en plus fréquents, en particulier pour les nouveaux produits pharmaceutiques innovants et coûteux, et ils comprennent la plupart du temps des mécanismes de compensation financière qui sont confidentiels, de sorte que les dépenses réelles en médicaments individuels sont inconnues. On estime qu'en appliquant une correction tenant compte des compensations des MEA, les dépenses pharmaceutiques s'élevaient à 4,94 milliards € en Belgique en 2022. Le montant total des **dépenses publiques en produits pharmaceutiques remboursés (S-21)** devrait augmenter de 48,9 % entre 2022 et 2027, ce qui correspond à une augmentation annuelle moyenne de 8,3 %. En appliquant une correction tenant compte des compensations des MEA, il devrait augmenter de 36,6 % (soit une augmentation annuelle moyenne de 6,4 %).

Conclusion

La part du financement public en Belgique est conforme à la moyenne européenne, mais des pressions budgétaires sont attendues à l'avenir. En effet, selon les projections des dépenses de santé, on s'attend à une augmentation des dépenses publiques en santé exprimées en pourcentage du PIB. En outre, l'augmentation future projetée des dépenses publiques en médicaments est importante et ne peut être ignorée. Ce paramètre doit être surveillé.

Tableau 10 – Soutenabilité : indicateurs de soutenabilité financière

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Période	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
S-3	Financement public des soins de santé (% des dépenses courantes de santé)	**C**	77,6	2021	-	-	-	OCDE	78,4	77,3
S-20	Projection des dépenses publiques en santé (% du PIB), évolution en points de pourcentage	🟡	+0,9 pp	2022-2027	-	-	-	Comité d'étude sur le vieillissement		
S-21 ***New***	Projection des dépenses publiques en produits pharmaceutiques remboursés	🔴	+36,6 % +33,4 %	2022-2027 2027-2032	-	-	-	Bureau fédéral du Plan		

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

5.2 Disponibilité en personnel de santé

La disponibilité en personnel de santé est définie comme la capacité du système à fournir et à maintenir (à l'avenir) un personnel de santé suffisant et qualifié. Cette sous-dimension comprend des indicateurs sur :

- le flux entrant : le nombre de nouveaux diplômés (S-4 pour les médecins, S-8 pour les infirmiers), leur spécialisation (S-5 pour les médecins, S-9 pour les infirmiers) et la part du personnel étranger (S-14 pour les médecins, S-16 pour les infirmiers) ;
- le flux sortant : la part du personnel qui prendra sa retraite dans un avenir proche (S-7 pour les médecins, S-10 pour les infirmiers) ;
- les pénuries (futures) potentielles : projections de l'offre et de la demande (S-18 et S-19 pour les MG, S-22 pour les infirmiers), indicateurs de bien-être et de satisfaction du personnel (R-1), indicateurs d'absentéisme (R-2), et nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux (R-3). Ces trois derniers indicateurs sont actuellement développés dans le chapitre sur la résilience (voir la section 0).

Médecins

En Belgique, un système de contingentement (quota global) limitant l'accès à la spécialisation (donc après la formation médicale de base) a été introduit en 1997, avec un premier effet observé en 2004. Pour atteindre ces quotas, des mesures spécifiques ont également été prises par les entités fédérées afin de limiter le nombre de nouveaux diplômés en médecine (voir la fiche technique pour plus de détails). Cependant, malgré l'introduction de ce système, le nombre de **nouveaux diplômés en médecine (S-4)** a augmenté plus que ce qui était prévu par les quotas. En 2021, le nombre d'étudiants diplômés des écoles de médecine belges a presque doublé par rapport à 2010 et a dépassé le quota global d'accès à une spécialisation de 674 étudiants (1 904 nouveaux diplômés en médecine, contre un quota de 1 230 pour 2021, avec un excédent plus élevé en Communauté française qu'en Communauté flamande). Parmi ces nouveaux diplômés en médecine, la part des diplômés en médecine de nationalité étrangère titulaires d'un diplôme belge variait fortement d'une communauté à l'autre, avec une proportion comprise entre 4 et 7 % en Communauté flamande (78 % d'entre eux venant des Pays-Bas en 2021) et un pourcentage croissant atteignant 20 % en Communauté française en 2020 (la moitié d'entre eux venant de France).

Pour assurer un nombre de nouveaux diplômés en médecine plus conforme aux quotas, des mesures supplémentaires ont été prises, et un examen d'entrée combiné à un numerus fixus est maintenant organisé dans les deux communautés afin de limiter le nombre d'étudiants entamant des études de médecine.[66]

Il convient toutefois de noter que, sur la base d'une analyse des besoins futurs, les quotas ont été relevés (de 1 230 en 2019 à 2 073 pour 2029)[67].

Par rapport aux moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27, la densité des nouveaux diplômés en médecine en Belgique a suivi une tendance similaire entre 2010 et 2015, mais a légèrement augmenté à partir de 2016. En 2021, la Belgique comptait 2,3 nouveaux diplômés en médecine de plus pour 100 000 habitants que la moyenne des pays de l'UE-14 et 1,3 de plus pour 100 000 habitants que la moyenne de l'UE-27. Il convient toutefois de noter que de nombreux étudiants en médecine étrangers (principalement français) contournent les difficultés d'accès aux études de médecine dans leur pays en faisant leurs études en Belgique, pour ensuite retourner dans leur pays. Ce problème est surtout présent en Communauté française. Pour cette raison, la Communauté française a désormais limité le pourcentage de personnes vivant à l'étranger qui sont admises à la formation médicale de base.

Le recrutement de **médecins formés à l'étranger (S-14)** permet également de maintenir un nombre suffisant de médecins dans un pays. Dans son « Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé », l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) encourage néanmoins les pays à acquérir une plus grande « autonomie » en ce qui concerne la formation du personnel de santé.

En 2021, environ 13 % de tous les médecins autorisés à exercer en Belgique étaient titulaires d'un diplôme étranger (9 526 médecins formés à l'étranger sur 72 660 médecins autorisés à exercer) ; la moitié d'entre eux venaient de France, des Pays-Bas et de Roumanie. Globalement, une augmentation de 5,3 points de pourcentage est observée par rapport à 2010. En comparaison avec les autres pays de l'UE, la proportion de médecins formés à l'étranger et autorisés à exercer en Belgique est restée légèrement inférieure à la moyenne de l'UE-14 (12,7 % contre 14,9 % en 2020), mais supérieure à la moyenne de l'UE-27 (12,7 % contre 11,4 % en 2020). Cependant, cette proportion concerne les médecins autorisés à exercer, et non les médecins en activité. Le pourcentage est moins élevé si nous limitons l'analyse aux médecins en activité. En effet, sur la base des données du PlanCad, seuls 6,4 % des médecins en activité en Belgique avaient un diplôme étranger en 2021 (aucune donnée internationale disponible).

Il convient également de souligner que, ces dernières années, l'objectif était d'augmenter le nombre de nouveaux diplômés qui s'orientaient vers la médecine générale et que les efforts en ce sens (tels que les sous-quotas de MG définis par les entités fédérées) ont produit des effets. Le pourcentage de **nouveaux diplômés en médecine devenant MG** (S-5) est passé de 26,3 % en 2011 à 38,3 % en 2021. L'impact le plus important a été observé en Communauté française (sur la base de la langue de contact). Le pourcentage de nouveaux diplômés en médecine devenant MG de langue française est maintenant plus élevé que le pourcentage de nouveaux diplômés en médecine devenant MG de langue néerlandaise (40,7 % contre 35,9 % en 2021), alors que c'était l'inverse jusqu'en 2018.

De plus, la proportion de MG âgés de 55 ans et plus a diminué mais est restée élevée (44,6 % en 2021). Les autres spécialités médicales affichant une **proportion de médecins âgés de 55 ans et plus** supérieure à 40 % en 2021 étaient les médecins spécialisés en rhumatologie (46,1 %), en oto-rhino-laryngologie (ORL) (41,2 %), en radiologie (41,0 %) et en médecine nucléaire (40,2 %). Pour ces spécialités médicales, le pourcentage a augmenté au fil du temps. Par rapport à d'autres pays, bien que la proportion globale de médecins âgés de 55 ans et plus (en effectifs) ait diminué depuis 2016, le pourcentage observé en Belgique (43,3 %) est resté supérieur aux moyennes de l'UE-14 (35,1 %) et de l'UE-27 (37,4 %) (sur la base des données de 2020). La vigilance reste donc de mise pour s'assurer que le flux entrant de nouveaux médecins sera suffisant pour remplacer ceux qui prendront leur retraite dans les années à venir et pour répondre à toute demande croissante.

Les résultats du modèle de microsimulation PROMES ont montré une augmentation attendue du nombre de contacts avec un MG en Belgique d'environ 51,3 millions de contacts en 2022 à 57,3 millions en 2033, soit une augmentation annuelle moyenne de 1 %. Entre 2022 et 2027, les projections avancent une augmentation du **nombre de contacts avec un MG (demande) (S-18)** de 3,4 % en Belgique (3,2 % à Bruxelles, 3,6 % en Wallonie et 3,4 % en Flandre).

Durant à peu près la même période (2021-2026), le **nombre de MG en activité (offre) (S-19)** en Belgique devrait passer de 12 554 à 13 089, soit une progression de 4,3 %. Entre 2021 et 2026, le nombre de MG en activité devrait augmenter de 4,3 % en Communauté française et de 4,2 % en Communauté flamande. Cette augmentation du nombre de MG en activité ne se traduit cependant pas par une hausse du nombre d'ETP, qui devrait baisser de 8,6 % en Communauté française et de 7,1 % en Communauté flamande. Néanmoins, entre 2026 et 2031, une augmentation du nombre d'ETP est attendue en Communauté flamande (et une diminution plus faible en Communauté française).

À partir de 2031, les ETP devraient augmenter plus encore que les effectifs (étant donné que les MG seront, en moyenne, plus jeunes).

Compte tenu des nouveaux quotas pour 2029 (voir ci-dessus), le nombre de MG en activité à l'échelon belge devrait augmenter de 13,3 % entre 2031 et 2036 et de 14,7 % entre 2036 et 2041, tandis que les ETP devraient augmenter de 14,2 % et 16,9 % respectivement. Malheureusement, ces projections à long terme ne peuvent pas être comparées aux projections du nombre de contacts avec un MG, qui ne sont disponibles que pour des horizons courts ou moyens.

Tableau 11 – Soutenabilité : indicateurs de disponibilité en personnel de santé – Médecins

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Période	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
Flux entrant										
S-4	Nouveaux diplômés en médecine (/100 000 habitants)	↗	16,4	2021	-	-	-	SPF Santé publique		
			16,6	2020	-	-	-	OCDE	14,3	15,3
S-5	Nouveaux diplômés en médecine devenant MG (% des diplômés avec spécialisation médicale)	⊕	38,3 %	2021	35,9 % (NL)	40,7 % (FR)		INAMI		
S-14	Médecins formés à l'étranger (% des médecins autorisés à exercer)	↗	13,1 %	2021	-	-	-	SPF Santé publique		
			12,7 %	2020	-	-	-	OCDE	14,9 %	11,4 %
Flux sortant										
S-7	Médecins de ≥ 55 ans (% des médecins en activité), effectifs	⊕	43,3 %	2020				OCDE	35,1 %	37,4 %
	En ETP, sur la base de la langue de contact		38,6 %	2021	36,3 % (NL)	41,7 % (FR)		INAMI		
	En ETP, sur la base de la région de contact				37,0 %	42,8 %	40,8 %			
Pénurie potentielle à l'avenir (voir également R-1, R-2, R-3)										
S-18	Projection du nombre de contacts avec un MG (demande), évolution en %	↗	+3,4 % +6,3 %	2022-2027 2027-2032	+3,4 % +6,4 %	+3,6 % +6,3 %	+3,2 % +5,1 %	Bureau fédéral du Plan		
S-19a	Projection du nombre de MG en activité (offre), évolution en %	↗	+4,3 % +3,9 %	2021-2026 2026-2031	+4,2 % +6,2 %	+4,3 % +0,8 %		Commission de planification de l'offre médicale		
S-19b	Projection du nombre de MG en activité, en ETP (offre), évolution en %	↘	-7,6 % +0,1 %	2021-2026 2026-2031	-7,1 % +1,7 %	-8,6 % -2,5 %		Commission de planification de l'offre médicale		
	Évaluation S-18/S-19	●								

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

Infirmiers

En 2021, 5 304 jeunes diplômés sont sortis des filières belges de formation en soins infirmiers. Une baisse peut être observée en 2019 en raison de l'allongement de la durée des études et le nombre enregistré en 2021 reste inférieur à celui de la période 2014-2018 (6 446 nouveaux diplômés en soins infirmiers en 2018). L'évolution de cet indicateur est à surveiller, car la combinaison des études plus longues et de la détérioration possible de la perception de la profession en raison de la pandémie de COVID-19 pourrait avoir un impact négatif sur le nombre de nouveaux diplômés en soins infirmiers à l'avenir.

Par rapport à d'autres pays, la densité de 45,0 **nouveaux diplômés en soins infirmiers pour 100 000 habitants (S-8)** en Belgique était supérieure aux moyennes de l'UE-14 (36,7) et de l'UE-27 (29,7) (sur la base des données de 2020 pour permettre une comparaison avec un nombre suffisant de pays). Néanmoins, cette comparaison est biaisée par la proportion considérable d'étudiants étrangers qui quittent généralement le pays après la fin de leurs études. La proportion d'étudiants étrangers était importante en Communauté française (35,4 % sur la base de la nationalité et 21,9 % sur la base du lieu de résidence, données de 2021) et était en augmentation (respectivement +19,2 et +20,8 points de pourcentage par rapport à 2010). En Communauté flamande, la proportion d'étudiants étrangers était plus faible, mais la tendance était également à la hausse (7,3 % en 2021, contre 3,8 % en 2019 et 1,7 % en 2010).

L'allongement de la durée des études a également eu un impact sur le **pourcentage d'infirmiers détenteurs du diplôme de bachelier** (S-9)[l] en Belgique ; en 2021, ce pourcentage était inférieur au niveau observé entre 2010 et 2018 (48,8 %, contre environ 56 %). Cette proportion est plus élevée en Communauté française (58,7 % en 2021) qu'en Communauté flamande (42,0 % en 2021). L'évolution de cet indicateur est à surveiller en vue d'assurer une proportion suffisante d'infirmiers hautement qualifiés pour les années à venir.

La proportion d'**infirmiers formés à l'étranger** parmi l'ensemble des infirmiers autorisés à exercer **(S-16)** en Belgique (4,2 % en 2021) était nettement inférieure à la proportion de médecins formés à l'étranger (13,1 % en 2021), mais cette part a augmenté au fil du temps (de 1,5 % en 2010 à 4,2 % en 2021[m]). Par rapport aux autres pays de l'UE, la proportion d'infirmiers formés à l'étranger et autorisés à exercer en Belgique était similaire aux moyennes européennes (UE-14 et UE-27) en 2020, mais l'augmentation moyenne observée entre 2010 et 2020 a été plus importante en Belgique que dans les autres pays de l'UE (+2,7 points de pourcentage en Belgique, contre +2,1 pp pour l'UE-14 et +0,6 pp pour l'UE-27).

En ce qui concerne la part d'infirmiers qui prendront leur retraite dans un avenir proche, la proportion d'**infirmiers en activité âgés de 50 ans[n] et plus** en Belgique a augmenté entre 2004 et 2018, passant de 14,0 % à 32,1 % (+18,1 points de pourcentage). Cette progression peut être perçue soit comme un besoin d'investir dans de nouvelles recrues, soit comme un signe de disponibilité plus longue sur le marché du travail (retraite à un âge plus avancé).

Les infirmiers plus âgés qui restent actifs dans le secteur des soins de santé se consacrent néanmoins plutôt à des tâches administratives.

---

l Parmi tous les nouveaux diplômés en soins infirmiers (3/3,5 ans) ou les infirmiers détenteurs d'un bachelier (4 ans).

m Y compris les diplômes dont le pays d'origine est inconnu (et de 1,2 % en 2010 à 3,9 % en 2021 en excluant les diplômes dont le pays d'origine est inconnu).

n Étant donné que les infirmiers prennent généralement leur retraite plus tôt que les médecins (souvent autour de 60 ans) ou privilégient les tâches administratives à la fin de leur carrière, le seuil a été fixé à 50 ans au lieu de 55 ans.

Le **nombre d'ETP infirmiers actifs dans le secteur des soins de santé (infirmiers en activité) (S-22)** devrait augmenter de 5 198 ETP (4,6 %) entre 2023 et 2028. Le nombre d'ETP infirmiers actifs dans le secteur hospitalier devrait augmenter de 2 554 ETP (3,7 %) entre 2023 et 2028, ce qui est insuffisant pour assurer des ratios patient/infirmier sûrs et durables dans les hôpitaux tels que définis dans le rapport KCE 325[60]. Entre 2023 et 2028, le nombre d'ETP infirmiers actifs dans les maisons de repos et de soins et le nombre d'ETP infirmiers actifs dans le secteur des soins à domicile devraient augmenter de respectivement 1 292 ETP (6,7 %) et 1 242 ETP (6,3 %). Aucune prévision de la demande future n'est disponible pour procéder à une comparaison avec ces prévisions de l'offre.

Conclusion

Les efforts visant à améliorer la disponibilité en personnel de santé ont eu un impact positif, mais la vigilance reste de mise, car le nombre de contacts avec un MG (demande) devrait augmenter plus rapidement que le nombre d'ETP MG actifs (offre) à court ou moyen terme. De plus, la proportion de médecins âgés de 55 ans et plus est restée globalement élevée et a augmenté dans certaines spécialités comme la rhumatologie et l'ORL.

En ce qui concerne les infirmiers, sur la base des projections à 2028, le nombre d'ETP infirmiers actifs devrait augmenter, mais pas suffisamment dans le secteur hospitalier pour assurer un ratio patient/infirmier sûr et durable tel que défini dans le rapport KCE 325 (en supposant une politique constante).[60] Il y a également un risque de pénurie dans les maisons de repos et de soins, ce qui compromettrait le respect des normes de qualité, mais cela doit être étudié plus avant.

Il sera également important d'évaluer et de surveiller si l'allongement de la durée des études de soins infirmiers ou la pandémie de COVID-19 a un impact négatif durable sur le nombre de nouveaux étudiants en soins infirmiers. En particulier, une baisse a été observée concernant le nombre d'infirmiers détenteurs d'un diplôme de bachelier.

Tableau 12– Soutenabilité : indicateurs de disponibilité en personnel de santé – Infirmiers

(ID)	Indicateur	Score	Belgique	Période	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
Flux entrant										
S-8	Nouveaux diplômés en soins infirmiers (/100 000 habitants)	↘	45,8	2021				SPF Santé publique		
			45,0	2020				OCDE	36,7	29,7
S-9	Infirmiers détenteurs d'un diplôme de bachelier (% des nouveaux diplômés)	🟡	48,8 %	2021	**42,0 %**	58,7 %		SPF Santé publique		
S-16	Infirmiers formés à l'étranger (% des infirmiers autorisés à exercer)	↗	4,2 %	2021				SPF Santé publique		
			4,1 %	2020				OCDE	5,3 %	4,7 %
Flux sortant										
S-10	Infirmiers de ≥ 50 ans (% des infirmiers en activité), sur la base de la région	↗	32,1 %	2018	32,8 %	30,1 %	33,8 %	SPF Santé publique		
	Sur la base de la langue du diplôme				34,2 % (NL)	28,9 % (FR)				
Pénurie potentielle à l'avenir (voir également R-1, R-2 et R-3)										
S-22 ***New***	Projection du nombre d'infirmiers en activité (offre), évolution en %	🟡	+4,6 % +4,9 %	2023-2028 2028-2033	+4,2 % +4,9 %	+5,1 % +5,0 %		Commission de planification de l'offre médicale		

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

5.3 Technologies de santé et infrastructures

Les technologies de santé et l'infrastructure peuvent être considérées comme la capacité du système à fournir et à maintenir (à l'avenir) une infrastructure suffisante et des technologies de santé (innovantes), y compris des produits de santé, du matériel médical et des technologies de l'information (e-santé). Cette sous-dimension comprend des indicateurs sur :

- les technologies de l'information : MG répondant aux seuils d'utilisation pour 6 **services d'e-santé** (% des MG actifs) (S-27) ;
- les produits de santé : nombre de notifications de conditionnements de médicaments à usage humain **temporairement indisponibles** ayant un **impact critique** (S-28) ;
- l'infrastructure : nombre de **jours-lits dans les hôpitaux aigus par habitant** (S-11). Un lien vers des informations sur le nombre de lits est également fourni.

Les technologies de l'information (e-Santé)

Une prime de pratique intégrée a été créée pour les MG actifs[o] afin de les soutenir dans leur pratique et de promouvoir leur utilisation des services d'e-santé. Le montant de la prime dépend de l'atteinte de seuils d'utilisation pour une sélection de services d'e-santé (prescription en ligne de produits pharmaceutiques, facturation en ligne, etc.). La part des MG répondant aux seuils requis pour bénéficier de la prime pour 6 services d'e-santé est passée de 51,2 % en 2019 à 71,4 % en 2021 (+20,2 points de pourcentage). Cette proportion était plus élevée pour les médecins conventionnés (74,7 %, contre 24,1 % pour les médecins non conventionnés) et moins élevée à Bruxelles (45,8 %) qu'en Flandre (78,0 %) et en Wallonie (66,6 %) en 2021. Les services d'e-santé pour lesquels les seuils d'utilisation étaient les plus atteints en 2021 étaient l'enregistrement en ligne du consentement éclairé des patients ayant ouvert un dossier médical global (DMG) auprès du MG (95,1 %), l'utilisation de MyCareNet pour gérer le DMG électronique (93,4 %) et la prescription en ligne de médicaments (91,8 %). Une augmentation des pourcentages a été observée pour tous les services d'e-santé, à l'exception de l'utilisation du CEBAM Evidence Linker (qui fournit des directives cliniques pertinentes en ligne pendant la consultation ; - 2,2 points de pourcentage entre 2019 et 2021).

Les produits de santé

Le nombre de notifications de conditionnements de médicaments à usage humain temporairement indisponibles ayant un impact critique (S-28) est passé de 21 en 2020 à 36 en 2022. Les notifications ayant un impact critique représentaient 1 % de toutes les notifications de conditionnements de médicaments à usage humain temporairement indisponibles en 2022. La durée moyenne des notifications ayant un impact critique était de 155 jours. Les immunoglobulines représentaient 56 % des notifications ayant un impact critique.

L'infrastructure

Le nombre de lits dans les hôpitaux et leur répartition géographique sont disponibles sur le site internet belgiqueenbonnesante.be (Données phares dans les soins de santé[p]). En Belgique, depuis 1982, le nombre de lits agréés pour tous les hôpitaux généraux est gelé. La création d'un nouveau lit doit donc nécessairement s'accompagner de la fermeture d'un autre. Un suivi de l'activité hospitalière s'avère dès lors nécessaire, car une augmentation de l'activité entraînerait une pression. Pour suivre l'activité hospitalière, nous avons retenu l'indicateur du nombre de **jours-lits dans les hôpitaux aigus par habitant** (S-11). En 2021, 10,6 millions de jours ont été passés dans les hôpitaux aigus (hospitalisations classiques uniquement, à l'exclusion des hospitalisations de jour).

---

[o] En effectifs ; à l'exclusion des MG qui travaillent dans des maisons médicales avec un système de rémunération par capitation (pour lesquels aucune donnée n'est disponible).

[p] https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation/activites-hospitalieres

Par habitant, cela représentait 0,90 jour-lit dans les hôpitaux aigus, une moyenne proche de celles de l'UE-27 (0,88) et de l'UE-14 (0,87). Ce chiffre est néanmoins relativement élevé par rapport aux pays voisins comme les Pays-Bas (avec 0,4 jour-lit dans les hôpitaux aigus par habitant en 2021). En Belgique, il a légèrement diminué entre 2010 (1,14) et 2019 (1,05), tandis que la durée moyenne de séjour a diminué au cours de la même période pour la plupart des APR-DRG et le nombre d'hospitalisations classiques[q] a augmenté. Si l'augmentation du nombre d'hospitalisations classiques s'explique par exemple par le vieillissement de la population et que la durée plus courte du séjour n'a pas d'effets négatifs sur les résultats de santé, l'effet combiné peut être interprété comme le signe d'une efficience accrue du secteur hospitalier au niveau macro.

Une baisse sans précédent a ensuite été observée entre 2019 et 2020 en Belgique (-18,2 %), une diminution supérieure aux moyennes de l'UE-14 (- 11,4 %) et de l'UE-27 (-15,2 %). Cette tendance s'explique par la diminution de l'activité hospitalière pendant la pandémie de COVID-19 (report des soins). La capacité totale en lits d'hôpital n'a donc pas été menacée pendant la pandémie de COVID-19 (voir néanmoins l'indicateur R-6 concernant les lits de soins intensifs et les lits réservés aux patients COVID-19).

Le nombre de jours-lits par habitant était plus élevé à Bruxelles qu'en Flandre et en Wallonie (respectivement 1,30, 0,87 et 0,88 jour-lit dans les hôpitaux aigus par habitant en 2021), ce qui s'explique par le fait que les habitants des provinces autour de Bruxelles sont hospitalisés à Bruxelles. Le même phénomène pourrait également se passer entre la province de Luxembourg et ses pays voisins. Sans coopération transfrontalière, l'infrastructure de la province de Luxembourg pourrait donc devenir insuffisante.

Conclusion

Grâce aux efforts déployés pour développer l'e-santé en Belgique, des résultats positifs peuvent être observés au niveau de l'utilisation des technologies d'e-santé.

Cependant, en ce qui concerne les produits de santé, un certain nombre de notifications d'indisponibilité temporaire de médicaments ont été évaluées comme ayant un impact critique sur les patients, et même si ce nombre est limité (36 en 2022, principalement en ce qui concerne les immunoglobulines), il reste trop important.

Enfin, en termes d'infrastructure, comme l'activité évaluée par le nombre de jours-lits dans les hôpitaux aigus par habitant a diminué, il n'y a pas eu de pression sur le nombre de lits disponibles (gelés depuis 1982).

[q] C'est-à-dire les hospitalisations impliquant au moins une nuitée.

Tableau 13 – Soutenabilité : indicateurs de technologies de santé et infrastructures

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Période	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
Technologies de santé : e-santé										
S-27 ***New***	MG répondant aux seuils d'utilisation requis pour une sélection de 6 services d'e-santé donnant droit à la prime de pratique intégrée (% des MG actifs)	⊕	71,4 %	2021	78,0 %	66,6 %	**45,8 %**	INAMI		
Technologies de santé : produits de santé										
S-28 ***New***	Notifications de conditionnements de médicaments à usage humain temporairement indisponibles ayant un impact critique (Nombre)	🔴	36	2022	-	-	-	AFMPS		-
Infrastructure										
S-11	Nombre de jours-lits dans les hôpitaux aigus (par habitant)	↘	0,92	2021	**0,87**	**0,88**	1,30	SPF Santé publique		
			0,90	2021	-	-	-	OCDE	0,87	0,88

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

5.4 Gouvernance

Depuis la pandémie de COVID-19, la bonne gouvernance a gagné en importance car les institutions du gouvernement fédéral ont été obligées d'ajuster rapidement les processus décisionnels et la coordination des politiques intergouvernementales, alors que les structures préexistantes n'étaient pas toujours adaptées pour répondre aux impacts multidimensionnels de la pandémie de COVID-19.[68]

Dans le nouveau cadre HSPA belge, la gouvernance est donc définie comme la capacité des décideurs de santé à rendre des comptes, à organiser le système, à garantir la transparence, à assurer la présence d'institutions fonctionnelles et aptes à atteindre leurs objectifs et enfin à réagir et à répondre efficacement aux besoins de la population (adapté de Papanicolas et al. 2022[11]).

Ce rapport comprend quatre indicateurs qui fournissent des informations spécifiques sur la gouvernance du système de santé. Les résultats ne donnent qu'une vue partielle de la performance de la gouvernance du système de santé belge et deux des indicateurs sont basés sur des données autodéclarées d'informateurs clés. Néanmoins, certaines conclusions importantes peuvent être tirées.

Capacité à réagir et à répondre efficacement aux besoins de la population, à rendre des comptes et à organiser le système

En 2022, 90 % de la population belge était satisfaite du système de santé – le niveau le plus élevé parmi les pays de l'UE-27. Cet indicateur (S-29) peut être considéré comme un indicateur global de la performance du système de santé belge, car il concerne également des (sous-)dimensions au-delà de la gouvernance.

Le niveau moyen de confiance dans le système de santé belge est passé de 6,7 à 7,0 entre avril/mai 2020 et juin/juillet 2020, puis a chuté à 6,3 en février/mars 2021. En Belgique, le niveau moyen de confiance était inférieur ou égal au niveau moyen de l'UE-14 entre juin/juillet 2020 et février/mars 2021, mais est resté supérieur au niveau moyen de l'UE-27. La discordance entre la satisfaction élevée à l'égard du système de santé et le niveau moyen de confiance dans le système de santé pourrait potentiellement être liée à des différences de période d'enquête ou de formulation des questions de l'enquête (satisfait ou insatisfait pour S-29 et une échelle de 1 à 10 pour S-30).

En 2023, la Belgique avait un score de deux (sur une échelle de 1 à 3) pour le rôle formel des patients dans la participation aux politiques de santé. Les citoyens ou les associations de patients sont impliqué(e)s dans trois domaines de l'élaboration des politiques de santé : la couverture ou le remboursement, l'évaluation des technologies de santé et la définition des objectifs de santé publique. Les scores de la Belgique sont restés similaires aux scores moyens de l'UE-14 et de l'UE-27 au fil du temps (respectivement 1,7 et 1,8 en 2023).

Transparence

La Belgique disposait de données pour 82 % des ODD touchant à la santé pour au moins un an entre 2013 et 2017, un chiffre légèrement inférieur aux moyennes de l'UE-27 et de l'UE-14. Sur la base d'une enquête plus récente de l'OCDE (2019-2020) sur le développement des données de santé[69], la Belgique a obtenu 4,42 (sur 8) pour la disponibilité, la maturité et le score des ensembles de données de santé et 11,86 (sur 15) pour la gouvernance des ensembles de données de santé. Ces résultats indiquent un accord moyen avec les politiques, réglementations et pratiques favorisant le développement, l'utilisation, l'accessibilité et le partage des principaux ensembles nationaux de données de santé à des fins de recherche et de statistiques et un accord élevé avec les politiques et pratiques de gouvernance des données de santé mesurées.

Conclusion

Bien que la satisfaction de la population belge à l'égard du système de santé soit restée élevée au fil du temps, la performance du pays en ce qui concerne les autres indicateurs de gouvernance était moyenne, notamment la confiance dans le système de santé pendant la pandémie de COVID-19, le rôle formel des patients dans la participation aux politiques de santé et les ODD touchant à la santé pour lesquels des données sont disponibles. Ce dernier indicateur s'appuie toutefois sur des données anciennes[r] et ces dernières années, la Belgique s'est efforcée d'améliorer son système d'information sanitaire (voir chapitre 13.1).

Comme indiqué dans le rapport KCE 370[10], la sélection d'indicateurs de gouvernance présente plusieurs limitations, notamment l'exclusion des indicateurs liés à la gouvernance de secteurs spécifiques du système de santé et l'accent mis sur les indicateurs quantitatifs. Néanmoins, plusieurs indicateurs rapportés dans la sous-dimension qualité – soins centrés sur la personne sont également liés à la gouvernance, et plus précisément à l'autonomisation et l'implication de la population (*empowerment*) et à la réactivité du système aux besoins de la population. Le profil des systèmes de santé belges en transition (HiT) fournit également une série d'évaluations qualitatives.[5] L'annexe au rapport KCE 370[10] présente aux lecteurs intéressés les sections des HiT qui donnent des informations qualitatives sur la gouvernance.

[r] Aucune évaluation n'est donc fournie.

Tableau 14 – Soutenabilité : indicateurs de gouvernance du système de santé

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
S-29 *New*	Personnes satisfaites du système de santé (en % des répondants)	ST	90	2022	-	-	-	Sondage mondial Gallup*	73	68
S-30 *New*	Confiance dans le système de santé (score moyen sur une échelle de 1 à 10)	🟡	6,3	2021	-	-	-	Eurofound	5,8	5,9
S-31 *New*	Rôle formel des patients dans la participation aux politiques de santé (score sur une échelle de 1 à 3)	🟡	2	2023	-	-	-	OCDE	1,8	1,7
S-32 *New*	Objectifs de Développement Durable (ODD) touchant à la santé pour lesquels des données sont disponibles (%)	C**	82	2013-2017	-	-	-	OMS	88	87

* *Via les Statistiques de l'OCDE ** Aucun score attribué car les données sont anciennes.*

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

5.5 Soutenabilité environnementale

La soutenabilité environnementale se définit comme la capacité du système à limiter les impacts négatifs sur l'environnement et à tirer parti des opportunités de le restaurer et de l'améliorer au profit de la santé et du bien-être des générations actuelles et futures.[64] Pour une question de calendrier et de disponibilité des données, cette sous-dimension n'est pas encore développée dans le rapport HSPA belge.

6 EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Dans le domaine des soins de santé, la notion d'efficience touche à la relation entre les intrants investis dans le système (cf. les indicateurs de soutenabilité tels que les ressources financières, le personnel et les infrastructures) et les extrants intermédiaires (cf. les indicateurs d'accessibilité et de qualité tels que les délais d'attente, etc.) ou les résultats de santé finaux (cf. les indicateurs d'état de santé tels que les années de vie gagnées), et est donc considérée comme une dimension transversale. Cependant, le lien entre les intrants et les résultats est complexe et influencé par des facteurs qui échappent au contrôle des gestionnaires du système de santé.[70] Un indicateur d'efficience fréquemment utilisé est par exemple l'espérance de vie en fonction des dépenses de santé par habitant. Les dépenses de santé ne sont néanmoins qu'un des nombreux déterminants de l'espérance de vie. C'est la raison pour laquelle cette analyse n'est pas réalisée dans les rapports HSPA belges. Dans nos rapports, nous avons plutôt décidé d'analyser des indicateurs propres à un niveau subsectoriel, représentatifs d'une utilisation plus efficiente des services de soins (tels que l'utilisation de produits pharmaceutiques génériques ou le glissement des soins hospitaliers classiques vers les hospitalisations de jour).

Cinq indicateurs ont été retenus pour évaluer l'efficience du système de santé (Tableau 15), mais il convient de noter que les indicateurs relatifs à l'inadéquation des soins sont également des indicateurs d'inefficience (voir la section 3.3et le rapport sur les variations de pratique médicale[s]).

Comme dans les autres pays européens, la tendance en Belgique était à une utilisation plus efficiente des services de soins.

Les indicateurs montraient une tendance positive au fil du temps : une augmentation du transfert des patients en séjour classique (au moins une nuit) vers une hospitalisation chirurgicale d'un jour et une augmentation du recours aux médicaments bon marché (E-3) et une réduction de la durée du séjour pour un accouchement normal (ce dernier étant un indicateur plus facile à comparer entre pays que la durée moyenne globale du séjour, qui peut être affectée par des différences de case-mix des patients, E-2) ; la durée du séjour après accouchement en Belgique était égale à la moyenne de l'UE-14 en 2021. Le degré de substitution des traitements biologiques par des biosimilaires était cependant encore très faible en Belgique, même si une tendance à la hausse commençait à se dessiner (E-4). Vous trouverez plus de détails sur la période du COVID-19 dans la section 8.4.

Les patients souffrant d'une affection rénale chronique peuvent avoir besoin d'un traitement substitutif si la fonction rénale résiduelle est insuffisante. Lorsqu'il est disponible, le traitement privilégié est la greffe d'un rein. L'alternative est la dialyse, dont il existe plusieurs types : l'hémodialyse (à l'hôpital, dans un centre auxiliaire, ou même à domicile dans certains cas) ou la dialyse péritonéale. L'hémodialyse en milieu hospitalier (dialyse « high-care ») est coûteuse, alors que les solutions telles que l'hémodialyse dans un centre auxiliaire ou à domicile, la dialyse nocturne ou péritonéale (dialyse « low-care ») coûtent moins cher.[71] Étant donné que la plupart des patients peuvent recevoir une dialyse « low-care », au moins au début de leur traitement, l'INAMI encourage les hôpitaux à promouvoir cette solution (le budget 2024 pour les frais de dialyse, que ce soit à l'hôpital, dans un centre auxiliaire ou à domicile, est de 569 millions d'euros). En vertu de la convention relative au financement de la dialyse conclue entre l'INAMI et les hôpitaux individuels, ces derniers sont censés atteindre une proportion de 40 % de dialyses « low-care ». En 2021, 48 des 52 hôpitaux ont atteint cet objectif.

[s] https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales

Tableau 15 – Indicateurs d'efficience du système de santé

(ID)	Indicateur	Score	Belgique	Année	Objectif	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
E-1	Hospitalisations chirurgicales d'un jour (% du total des hospitalisations chirurgicales)	⊕	49,5	2021	-	52,0	45,1	49,7	RHM	-	-
E-2	Durée moyenne du séjour pour un accouchement normal (jours)	⊕	2,7	2021	-	2,6	2,8	2,6	RHM	2,7	3,3
E-3	Recours aux médicaments bon marché (% du total des DDD ambulatoires)	⊕	72,1	2022	-	72,7	71,0	71,6	Pharmanet	-	-
E-4	Recours aux traitements biosimilaires (% des traitements biologiques)	⊕									
	Total		12,6	2021					INAMI	-	-
	En ambulatoire					7,8	**4,2**	**5,3**	INAMI	-	-
E-5	Dialyses « low-care » (% des hôpitaux avec ≥ 40 % de dialyses « low-care »)	⊕	92,3	2021	100	91,7	94,7	88,9	INAMI	-	-

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

7 INÉQUITÉ ET INÉGALITÉ

La Belgique s'est engagée en faveur de la couverture santé universelle (CSU), c'est-à-dire que chacun devrait pouvoir bénéficier des services de santé dont il a besoin, de bonne qualité et sans risquer de difficultés financières.[22, 42] Assurer un accès abordable aux soins de santé est au cœur de la couverture santé universelle, et a été réaffirmé à de nombreuses reprises comme un objectif clé du système de santé belge.[22] À cet égard, la politique de santé des pays d'Europe occidentale s'est non seulement préoccupée d'une distribution équitable des paiements liés aux soins de santé (voir la section 4.1 sur l'accessibilité financière), mais aussi d'un recours équitable aux soins de santé. Les deux sont bien sûr liés, car les accords de financement des soins de santé créent, réduisent ou éliminent des obstacles (financiers) potentiels au recours aux soins de santé.[72, 73]

Égalité/inégalité versus équité/inéquité

Il est important de noter qu'il existe une différence conceptuelle entre l'égalité/inégalité et l'équité/inéquité dans le recours aux soins de santé. Alors que l'*égalité* décrit la situation dans laquelle quelque chose est distribué dans la même mesure à chaque individu de la société, l'*équité* concerne la distribution juste de ce quelque chose.

Les inégalités en tant que telles ou leur absence ne sont intrinsèquement ni négatives ni positives. Leur évaluation dépend des causes sous-jacentes de ces disparités. Les inéquités, en revanche, font référence à des inégalités jugées injustes ou découlant d'une certaine forme d'injustice sociale, et nécessitent un jugement normatif.

Deux principes directeurs sont utilisés pour évaluer la distribution équitable du recours aux soins de santé : (1) le *principe de l'équité horizontale*, défini comme l'égalité des soins (ou d'accès aux soins) pour les personnes ayant les mêmes besoins en soins de santé, indépendamment d'autres caractéristiques telles que le revenu, le niveau d'éducation, le lieu de résidence, la race, etc. et (2) le *principe de l'équité verticale*, défini comme un traitement inégal approprié des personnes ayant des besoins en soins de santé différents. Par conséquent, les différences dans le recours aux soins de santé sont considérées comme justes si elles sont liées à des besoins en soins de santé différents, et injustes si elles résultent de difficultés d'accès liées, par exemple, à la capacité de paiement, à la littératie en santé ou à tout type de discrimination.

Notez qu'en ce qui concerne les soins préventifs, l'on pourrait faire valoir que les différences dans les besoins en soins de santé ne sont pas pertinentes, car la prévention est importante et précieuse indépendamment des besoins de la personne afin de préserver son état de santé. C'est en partie vrai, mais certains types de prévention sont particulièrement recommandés pour les personnes souffrant de problèmes de santé spécifiques ou pour les personnes âgées, par exemple la vaccination contre la grippe.

L'équité comme dimension transversale

Ce chapitre se compose de deux parties. **Dans la première partie, nous abordons les inégalités socioéconomiques rapportées dans une sélection d'indicateurs d'autres dimensions et domaines** couverts par le cadre HSPA belge. Les inégalités socioéconomiques sont définies comme les inégalités observées entre des sous-groupes de population ayant un statut socioéconomique différent, par exemple entre les ménages ou les personnes à faible revenu et à revenu élevé.

Dans la deuxième partie, nous examinons les inéquités socioéconomiques dans sept indicateurs portant sur le recours aux soins de santé. Ces indicateurs sont un sous-ensemble des indicateurs évalués dans le rapport KCE 334 dédié à la dimension « équité » de l'HSPA belge et ont été identifiés par un groupe d'experts comme les plus pertinents dans le contexte belge (vous trouverez plus d'informations sur la révision approfondie de la dimension équité et les indicateurs considérés dans le rapport KCE 370).[10, 22]

7.1 Inégalités socioéconomiques dans le recours aux services de santé

Les recherches ont montré à plusieurs reprises que la santé et le recours aux soins de santé sont distribués de manière inégale au sein de la société.[22] Les inégalités socioéconomiques étant présentes dans l'ensemble du système de santé, leur analyse est pertinente dans de multiples domaines. Des informations sur les disparités entre groupes sociaux ne sont toutefois pas disponibles pour tous les indicateurs ou ne sont pas pertinentes dans certains cas. Dans le Tableau 16, nous donnons un aperçu des inégalités socioéconomiques pour une sélection d'indicateurs provenant d'autres dimensions et domaines et pour lesquels des informations sont disponibles.

Les inégalités socioéconomiques dans le recours aux soins de santé peuvent avoir diverses causes sous-jacentes et ne reflètent pas seulement les différences de statut socioéconomique (éducation, revenu, statut professionnel).[74, 75] Elles peuvent également être causées par des différences en termes d'état de santé, de prévalence de certaines maladies, de besoins en soins de santé, de choix et préférences individuels concernant l'utilisation de certains services, de disponibilité des services, de mode de vie, de couverture de l'assurance maladie (complémentaire), etc. L'effet des différents facteurs est difficile à démêler. L'état de santé est par exemple systématiquement associé au statut socioéconomique, et les différences d'utilisation liées aux besoins sont susceptibles d'interférer avec la mesure des inégalités socioéconomiques.[22, 76, 77] La prudence est donc de mise lors de l'interprétation des résultats présentés dans le Tableau 16, car il n'est pas toujours aisé de déterminer dans quelle mesure les (in)égalités observées peuvent être considérées comme justes ou injustes.

Le statut socioéconomique est défini selon trois dimensions : les ressources financières de la personne ou du ménage (quintiles de revenu, seuil de revenu ou quintiles de dépenses de consommation), le niveau d'éducation de la personne ou du chef de ménage et le droit à l'intervention majorée.

Dans le Tableau 16, les inégalités sont quantifiées à la fois en termes absolus (c'est-à-dire la différence entre les valeurs moyennes observées dans la catégorie sociale la plus défavorisée et la catégorie sociale la plus favorisée) et en termes relatifs (le rapport entre la valeur moyenne observée dans la catégorie sociale la plus défavorisée et la valeur moyenne de la catégorie la plus favorisée). Un rapport de 1 ou proche de 1 implique que les inégalités sont absentes ou relativement faibles, tandis qu'un rapport inférieur ou supérieur à 1 indique des valeurs plus faibles dans, respectivement, la catégorie sociale la plus défavorisée et la catégorie la plus favorisée.

Inégalités dans l'accessibilité financière et le recours aux soins préventifs et aux médicaments

Le Tableau 16 présente les inégalités socioéconomiques observées dans une série d'indicateurs classés selon les dimensions et domaines utilisés dans l'ensemble du rapport. Les inégalités présentées indiquent que les catégories les plus défavorisées (faible niveau d'éducation, faible revenu ou bénéficiaires de l'intervention majorée) :

- déclaraient davantage de besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits pour des raisons financières. Les mesures prises pour améliorer l'accessibilité financière des soins de santé ont contribué à réduire les taux de besoins non satisfaits au fil du temps, mais d'importantes inégalités socioéconomiques subsistent. La fréquence des besoins non satisfaits était 4 à 5 fois plus élevée au sein de la population à faible niveau d'éducation que dans la population à niveau d'éducation élevé, et les différences par quintile de revenu sont encore plus marquées. Les proportions de personnes déclarant des besoins non satisfaits dans les quintiles de revenu le plus pauvre et le plus riche sont respectivement de 2,6 % et 0,0 % pour les examens médicaux et de 6,6 % et 0,1 % pour les examens dentaires.
- étaient plus susceptibles d'être confrontées à des dépenses de santé catastrophiques. La part des ménages qui font face à des contributions personnelles catastrophiques et qui peuvent ne plus être en mesure de subvenir à leurs besoins de base et de payer les soins de santé était 2,5 fois plus élevée dans le quintile le plus pauvre que dans le quintile le plus riche (12,2 %, contre 4,9 %). Les ménages du quintile le plus pauvre consacraient une part relativement moins importante de leur

budget aux soins de santé (ou étaient moins en mesure d'effectuer des dépenses pour les soins de santé).

- étaient plus susceptibles de consulter un médecin conventionné. Alors qu'il n'y avait pratiquement aucune différence au niveau des soins chez un MG (avec des taux d'adhésion à la convention élevés pour les MG), les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) étaient 30 % plus susceptibles de consulter un médecin spécialiste conventionné et plus de deux fois plus susceptibles de consulter un dentiste conventionné. Les BIM faisaient néanmoins appel à des praticiens partiellement conventionnés ou non conventionnés pour près de la moitié de leurs consultations spécialisées et plus de la moitié de leurs contacts avec un dentiste. Les indicateurs suggèrent en outre que les patients à faible revenu étaient également plus susceptibles de subir un retard dans l'obtention des soins de santé en raison de la distance ou de problèmes de transport, ou de reporter des soins en raison des délais d'attente.
- étaient moins susceptibles d'avoir recours aux soins préventifs. On observe par exemple un taux de participation beaucoup plus faible au dépistage du cancer du sein chez les BIM (chez les femmes âgées de 50 à 69 ans : 43,1 %, contre 62,9 % ; au sein du programme organisé : 21,1 %, contre 33,9 %). L'aspect financier semble donc ne pas être le seul élément qui empêche de recourir aux soins de santé, puisque même des biens ou services de santé gratuits tels que le dépistage organisé du cancer du sein peuvent être caractérisés par une sous-consommation avec un gradient social important. Les visites régulières chez un dentiste étaient également moins fréquentes dans ce groupe (42,0 %, contre 56,8 %). Le droit à l'intervention majorée n'avait en revanche aucun impact sur le recours à la vaccination contre la grippe.
- avaient plus tendance à prendre des médicaments. La proportion des bénéficiaires de l'intervention majorée ayant eu recours à des antibiotiques (36,1 %, contre 31,8 %) et des antidépresseurs (22,5 %, contre 8,9 %) au cours de l'année écoulée était plus élevée. De plus, le risque de polymédication à partir de 65 ans (recours à cinq médicaments différents ou plus sur une base chronique) était 30 % plus élevé (51 % des BIM, contre 39 % des non-BIM).
- bénéficiaient d'une bonne continuité des soins. Ces personnes avaient une couverture du dossier médical global aussi élevée que le reste de la population, étaient plus fréquemment suivies par le même MG (Indice UPC ≥ 0,75 : 64,8 %, contre 59,2 %) et avaient une probabilité plus élevée d'avoir un contact avec un MG dans les 7 jours suivant une hospitalisation (50,1 %, contre 40,0 %). Les BIM étaient également tout autant susceptibles d'être repris dans un protocole de traitement du diabète.
- étaient moins susceptibles de bénéficier d'un suivi adéquat du diabète, en particulier pour les patients insulinodépendants.
- évaluaient l'interaction avec leurs professionnels de la santé – en termes d'implication dans les décisions concernant les soins, de discussion des priorités, de qualité de la consultation – d'une manière similaire par rapport aux catégories sociales plus favorisées. En ce qui concerne la réception d'informations utiles et en temps opportun pour gérer leur santé, un pourcentage plus faible des patients à faible revenu étaient satisfaits, soit 40,7 %, contre 48,4 % des patients à revenu élevé. D'autre part, une plus grande proportion des patients à faible revenu déclaraient bénéficier d'un plan de soins qui prend en considération tous leurs besoins de santé et de bien-être (43,5 %, contre 26,8 % des patients à revenu élevé).
- assumaient le rôle d'aidants informels moins fréquemment à partir de 50 ans.

Conclusion

Par rapport aux personnes de la catégorie sociale la plus favorisée, les personnes appartenant à la catégorie la plus défavorisée (selon le niveau d'éducation, les ressources financières ou le droit à l'intervention majorée) étaient caractérisées par : des obstacles financiers plus importants à l'accessibilité des soins, en termes à la fois de dépenses de santé catastrophiques et de besoins non satisfaits pour des raisons financières, un taux de participation plus faible au dépistage du cancer, des visites moins régulières chez un dentiste, une consommation plus élevée de médicaments (antidépresseurs, polymédication), une meilleure continuité des soins, en particulier avec le MG, et des taux plus faibles de suivi adéquat du diabète. Cependant, il n'est pas toujours aisé de déterminer dans quelle mesure les inégalités observées (par exemple au niveau du recours aux médicaments) peuvent être considérées comme justes ou si elles découlent d'obstacles injustes à la capacité des personnes à accéder aux soins de santé.

On n'observe que des inégalités socioéconomiques mineures en ce qui concerne les soins centrés sur la personne.

Tableau 16 – Indicateurs repris dans d'autres sections, résultats par groupes socioéconomique et mesure des inégalités socioéconomiques

ID	Indicateur	Valeur globale	Année	Classification du SSE	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisée	Différence absolue (SSE le plus défavorisé moins SSE le plus favorisé)	Différence relative (SSE le plus défavorisé divisé par SSE le plus favorisé)
Adéquation des soins								
QA-1	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline)	42,7	2021	Intervention majorée	38,3	45,3	-7,0	0,8
QA-2	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par des antidiabétiques autres que l'insuline)	16,9	2021	Intervention majorée	16,3	17,2	-0,9	0,9
QA-4	Recours aux antibiotiques au moins une fois dans l'année (% de la population)	32,6	2021	Intervention majorée	36,1	31,8	4,3	1,1
Sécurité des soins								
OLD-13	Polymédication chez les personnes âgées (5 médicaments ou plus à raison de >80 DDD par an) (% de la population assurée de ≥ 65 ans)	42	2022	Intervention majorée	51	39	12	1,3
Continuité des soins								

ID	Indicateur	Valeur globale	Année	Classification du SSE	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisée	Différence absolue (SSE le plus défavorisé moins SSE le plus favorisé)	Différence relative (SSE le plus défavorisé divisé par SSE le plus favorisé)
QC-1	Couverture du dossier médical global (% des personnes ayant établi un dossier médical global (DMG) auprès d'un médecin généraliste)	83,6	2021	Intervention majorée	85,1	83,2	1,9	1,0
QC-2	Indice UPC (*Usual Provider Continuity*) ≥ 0,75 (% de patients ayant eu 3 contacts ou plus avec un médecin généraliste au cours des 2 dernières années)	60,3	2021	Intervention majorée	64,8	59,2	5,7	1,1
QC-3	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% des patients de ≥ 65 ans)	43,5	2021	Intervention majorée	50,1	40,0	10,1	1,3
QC-4	Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline)	86,0	2021	Intervention majorée	84,7	86,9	-2,2	1,0
QC-5	Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par antidiabétiques autres que l'insuline)	26,6	2021	Intervention majorée	28,0	26,0	2,0	1,1
Soins centrés sur la personne								
QP-8	Patients impliqués autant qu'ils le souhaitent dans les décisions concernant leurs soins (% des répondants)	98,4	2022	Revenu : le plus bas (≤ 1 700 €/mois) le plus élevé (≥ 2 700 €/mois)	97,4	100	2,6	1,0
QP-9	Patients qui discutent avec les professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge de ce qui est le plus important pour eux dans la gestion de leur santé et de leur bien-être (% des répondants)	97,9	2022	Revenu : le plus bas (≤ 1 700 €/mois) le plus élevé (≥ 2 700 €/mois)	97,5	92,1	5,4	1,1
QP-10	Patients qui attribuent une note « bonne » à « excellente » à leur dernière consultation avec un	96,6	2022	Revenu :	96,4	97,7	1,3	1,0

ID	Indicateur	Valeur globale	Année	Classification du SSE	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisée	Différence absolue (SSE le plus défavorisé moins SSE le plus favorisé)	Différence relative (SSE le plus défavorisé divisé par SSE le plus favorisé)
	professionnel des soins (médecin, infirmier…) (% des répondants)			le plus bas (≤ 1 700 €/mois) le plus élevé (≥ 2 700 €/mois)				
QP-11	Patients qui déclarent bénéficier d'un plan de soins qui prend en considération tous leurs besoins de santé et de bien-être (% des répondants)	33,9	2022	Revenu : le plus bas (≤ 1 700 €/mois) le plus élevé (≥ 2 700 €/mois)	43,5	26,8	16,7	1,6
QP-12	Patients déclarant qu'ils reçoivent des informations utiles au moment où ils en ont besoin pour les aider à gérer leur santé et leur bien-être (% des répondants)	46,0	2022	Revenu : le plus bas (≤ 1 700 €/mois) le plus élevé (≥ 2 700 €/mois)	40,7	48,4	7,7	0,8
Accessibilité des soins								
A-3	Sous-indicateur : Contributions personnelles dans les soins médicaux (en % de la consommation finale des ménages)	6,3	2020	Quintiles de dépenses de consommation	4,2	7,2	-3,0	0,6
A-4	Ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques pour leurs soins de santé (en % des répondants)	5,2	2020	Quintiles de dépenses de consommation	12,2	4,9	7,3	2,5
				Niveau d'éducation du chef de ménage : primaire ou moins, secondaire, supérieur	8,2	4,2	4	2,0
A-6	Personnes ayant autodéclaré des besoins en examens médicaux non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants ≥ 16 ans)	0,9	2022	Quintiles de revenu	2,6	0,0	2,6	—
				Niveau d'éducation : primaire ou moins, secondaire, supérieur	2,0	0,4	1,6	5,0
A-7		2,5	2022	Quintiles de revenu	6,6	0,1	6,5	66,0

ID	Indicateur	Valeur globale	Année	Classification du SSE	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisée	Différence absolue (SSE le plus défavorisé moins SSE le plus favorisé)	Différence relative (SSE le plus défavorisé divisé par SSE le plus favorisé)
	Personnes ayant autodéclaré des besoins en examens dentaires non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants ≥ 16 ans)			Niveau d'éducation : primaire ou moins, secondaire, supérieur	4,7	1,2	3,5	3,9
A-8	Volume d'activité ambulatoire des médecins « conventionnés » (= médecins ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des consultations/contacts ambulatoires auprès des médecins actifs)	MG : 87,3 MS : 44,0	2021	Intervention majorée	MG : 89,2 MS : 52,8	MG : 86,5 MS : 41,6	MG : 2,7 MS : 11,2	MG : 1,0 MS : 1,3
A-9	Volume d'activité ambulatoire des dentistes « conventionnés » (= dentistes ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des contacts ambulatoires auprès des dentistes actifs)	26,3	2021	Intervention majorée	43,6	22,9	20,7	2,1
A-13A	Sous-indicateur : Personnes ayant subi un retard dans l'obtention des soins de santé en raison de la distance ou de problèmes de transport (% des répondants ≥ 15 ans)	1,6	2018	Quintiles de revenu	3,8	0,6	3,2	6,3
A-13B	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons de délai d'attente (% des répondants ≥ 16 ans)	0,5	2021	Quintiles de revenu	0,6	0,1	0,5	6,0
A-14B	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins dentaires non satisfaits pour des raisons de délai d'attente (% des répondants ≥ 16 ans)	0,6	2021	Quintiles de revenu	0,6	0,4	0,2	1,5
Prévention								
P-4	Vaccination contre la grippe (% de la population ≥ 65 ans)	57,3	2021	Intervention majorée	55,2	58,1	-2,9	1,0
P-6	Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	59,0	2021	Intervention majorée	43,1	62,9	-19,8	0,7
P-7	Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	31,5	2021	Intervention majorée	21,1	33,9	-12,8	0,6
P-11	Contacts réguliers avec un dentiste (% de la population ≥ 3 ans)	53,8	2021	Intervention majorée	42,0	56,8	-14,8	0,7
Soins de santé mentale								

ID	Indicateur	Valeur globale	Année	Classification du SSE	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisée	Différence absolue (SSE le plus défavorisé moins SSE le plus favorisé)	Différence relative (SSE le plus défavorisé divisé par SSE le plus favorisé)
MH-3	Délai d'attente pour un 1er contact avec un centre ambulatoire de santé mentale (jours) (Flandre uniquement)	41	2022	Intervention majorée	50	36	14	1,4
MH-7	Prise d'antidépresseurs (au moins une fois par an, % de la population ≥ 18 ans)	13,7	2021	Intervention majorée	22,5	8,9	13,6	2,5
MH-8	Prise d'un traitement antidépresseur de courte durée (< 3 mois) (% de la population ≥ 18 ans)	12,4	2020	Intervention majorée	10,7	13,1	-2,4	0,8
Soins aux personnes âgées								
OLD-3	Aidants informels (% de la population âgée de ≥ 50 ans)	16,6	2018	Quintiles de revenu	10,4	26,0	-15,6	0,4

Remarque : SSE = statut socioéconomique

Encadré 11 – Méthode du« *fairness gap* »

Le *fairness gap* est une méthodologie proposée par Fleurbaey et Schokkaert (2009, 2011)[74, 78], qui permet d'évaluer le principe de l'équité horizontale. Il s'agit d'une généralisation de l'évaluation de l'inéquité horizontale des soins de santé telle qu'étudiée entre autres par l'OCDE.[79, 80]

Le *fairness gap* est la différence entre le recours aux soins de santé observé chez une personne (par exemple, consultation chez un MG ou un spécialiste) et une norme ajustée en fonction des besoins. La norme n'est pas la même pour chaque personne, mais est ajustée en fonction des besoins en soins de santé de la personne (ou plus généralement en fonction de toutes les caractéristiques qui sont considérées comme conduisant à des différences justes dans le recours aux soins de santé), sans toutefois tenir compte de la position socioéconomique de la personne (ou plus généralement de toutes les caractéristiques qui sont considérées comme conduisant à des différences injustes dans le recours aux soins de santé). Par conséquent, la même norme de recours aux soins de santé s'applique à deux personnes ayant les mêmes besoins en soins de santé, mais un niveau de revenu ou d'éducation différent. Vous trouverez des détails techniques sur le calcul du *fairness gap* dans la note méthodologique sur l'équité figurant en annexe de ce rapport.

Lorsque nous utilisons le terme *recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins* dans ce chapitre, nous faisons plus particulièrement référence au *fairness gap*.

Dans ce rapport, nous avons utilisé l'âge (EU-SILC) ; le genre (EU-SILC) ; l'état de santé autoévalué, la présence d'une maladie chronique et de limitations des activités quotidiennes (EU-SILC) ; les informations quant aux pathologies basées sur le recours aux médicaments (AIM), l'incapacité de travail ou l'invalidité (AIM) et le droit au forfait malades chroniques (AIM) comme indicateurs des besoins en soins de santé en ce qui concerne les contacts avec un médecin généraliste, un médecin spécialiste, un service d'urgence et des soins hospitaliers classiques.

Comme aucune variable spécifique n'est disponible pour procéder à un ajustement en fonction des besoins en soins dentaires, seuls l'âge et le genre ont été utilisés. Cependant, on pourrait soutenir que cela est suffisant car des soins dentaires réguliers, et en particulier des soins dentaires préventifs réguliers, sont recommandés quel que soit l'état de santé.

7.2 Inéquités socioéconomiques dans le recours aux services de santé

Les inégalités jugées injustes sont appelées « inéquités ». Dans ce chapitre, nous évaluons l'inéquité dans le recours aux soins de santé par le *principe de l'équité horizontale* qui est défini comme l'égalité des soins (ou d'accès aux soins) pour les personnes ayant les mêmes besoins en soins de santé, indépendamment d'autres caractéristiques telles que le revenu, le niveau d'éducation, le lieu de résidence, la race, etc.[22] Nous supposons que, en moyenne, le *principe de l'équité verticale* est respecté, car faute d'informations diagnostiques réelles disponibles, il est difficile de vérifier l'adéquation des soins reçus au niveau individuel.

Le principe d'équité horizontale est mis en pratique à l'aide du *fairness gap*, une méthodologie permettant de corriger le recours aux soins de santé d'une personne en tenant compte des différences dans les besoins en soins de santé (voir Encadré 11 pour plus de détails sur le *fairness gap*). Une telle correction est nécessaire et cruciale pour comprendre et interpréter les disparités dans le recours aux soins de santé. Nos résultats montrent par exemple qu'il n'y a pas d'inégalités socioéconomiques dans le recours aux soins spécialisés en fonction du niveau de revenu ou d'éducation, mais révèlent d'importantes inéquités socioéconomiques une fois que ce recours est ajusté en fonction des besoins en soins de santé (voir ci-dessous et la fiche technique EQ-3 en annexe de ce rapport). Un ensemble unique de données a été créé spécifiquement pour cette analyse. Il relie les riches données de niveau individuel sur les caractéristiques sociodémographiques, le statut socioéconomique et l'état de santé de l'enquête EU-SILC de Statbel, les données de niveau individuel sur le recours aux soins de santé et les informations socioéconomiques complémentaires de l'AIM, et les données de niveau communal sur l'offre de soins de santé de l'INAMI.

Nous évaluons si des disparités systématiques par groupe socioéconomique ou selon une dimension socioéconomique subsistent après ajustement du recours aux soins de santé en fonction des différences dans les besoins en soins de santé. Les différences socioéconomiques systématiques dans le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins violent le principe de l'équité horizontale et indiquent que le recours aux soins de santé n'est pas distribué de manière équitable.

La Figure 3 et le Tableau 17 donnent un aperçu des résultats de cette évaluation pour sept indicateurs portant sur le recours aux soins de santé. La Figure 3 est une carte thermique qui présente la différence entre le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins dans un sous-groupe spécifique et le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins dans la population. Les valeurs proches de zéro (en gris) indiquent que le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins dans le sous-groupe et dans la population est similaire. Les valeurs positives (en bleu) ou négatives (en orange/rouge) impliquent, respectivement, un recours plus ou moins important aux soins de santé dans le sous-groupe que prévu en fonction des besoins en soins de santé. L'Encadré 12 fournit plus d'informations sur la façon d'interpréter les résultats de la carte thermique ainsi qu'un exemple. Dans le Tableau 17, nous rapportons, pour chaque indicateur, l'indice de concentration absolue, qui est un score récapitulatif de l'inéquité dans la distribution du recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins selon une dimension socioéconomique (distribution des niveaux de revenu ou d'éducation). Si aucune inéquité socioéconomique n'est constatée, l'indice de concentration prend la valeur nulle. Les valeurs positives ou négatives indiquent des niveaux plus élevés de recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins parmi, respectivement, les groupes les plus favorisés ou les plus défavorisés. Une valeur absolue plus élevée de l'indice de concentration indique des niveaux plus élevés d'inéquité. L'Encadré 13 fournit de plus amples informations sur l'indice de concentration.

Le score (pictogramme) attribué à l'indicateur dans le Tableau 17 est une évaluation globale basée sur les inéquités socioéconomiques présentées à la fois dans la Figure 3 et dans le Tableau 17.

Encadré 12 – Interprétation de la carte thermique

La Figure 3 est une carte thermique qui présente les différences dans le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins. Elle fournit des informations sur la différence (absolue) entre le *fairness gap* moyen dans la population et le *fairness gap* moyen dans divers sous-groupes de population d'intérêt pour une année donnée (sur l'axe horizontal), et ce pour l'ensemble des sept indicateurs (sur l'axe vertical).

Les *sous-groupes* suivants sont évalués (une définition technique est disponible dans la note méthodologique sur l'équité figurant en annexe de ce rapport) :

- Groupes basés sur le diplôme le plus élevé obtenu : pas de diplôme, primaire ou secondaire inférieur ; secondaire supérieur ; enseignement supérieur. Dans le cas des soins dentaires préventifs pour les enfants, les groupes d'éducation sont basés sur le niveau d'éducation des parents.
- Groupes de revenu basés sur le revenu disponible équivalent des ménages : à risque de pauvreté ; classe moyenne inférieure ; classe moyenne intermédiaire ; classe moyenne supérieure ; plus hauts revenus.
- Autres sous-groupes en situation de vulnérabilité financière : chômeurs (âgés de 18 à 65 ans) ; célibataires (âgés de 18 à 65 ans) ; bénéficiaires de l'intervention majorée, à risque de pauvreté avec ou sans intervention majorée ; personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle grave (la privation matérielle fait référence à un état de pression économique, la privation matérielle aigüe indiquant l'incapacité à couvrir les dépenses liées à 4 ou plus des 9 éléments mesurés).

Comment lire la carte thermique ?

Dans chaque carré, la différence est indiquée sous la forme d'un chiffre et d'une couleur. Les valeurs négatives (en orange et rouge) indiquent que – après prise en considération des besoins en soins de santé – le sous-groupe a un recours aux soins de santé moins important que la population en général. Les valeurs positives (en cyan et bleu), en revanche, indiquent que – après prise en considération des besoins en soins de santé – le sous-groupe a un recours aux soins de santé plus important que la population en général. Les carrés de couleur grise indiquent que la différence entre le sous-groupe et la population est faible. La variation des couleurs permet un aperçu rapide de l'inéquité pour un indicateur (horizontal) ou un sous-groupe (vertical) spécifique et de l'évolution dans le temps (2012, 2018 et 2021). Pour les indicateurs relatifs au nombre de contacts de soins médicaux, la différence est exprimée en nombre de contacts et la légende de couleur inférieure s'applique ; pour tous les autres indicateurs (binaires), la différence est exprimée en points de pourcentage et la légende supérieure s'applique.

Exemple

La deuxième ligne fournit des informations sur la probabilité d'avoir eu au moins un contact avec un MG au cours de l'année écoulée. Après ajustement en fonction des besoins et calcul du *fairness gap*, nous constatons que les personnes à risque de pauvreté mais sans intervention majorée (colonne 11) ont une probabilité inférieure de 6 points de pourcentage de consulter un MG en 2012 par rapport à la moyenne de la population. La valeur négative est représentée par la couleur de fond orange. Les carrés adjacents pour 2018 et 2021 indiquent que l'écart par rapport à la population a encore augmenté pour atteindre une probabilité inférieure de 10 points de pourcentage en 2021.

Encadré 13 – L'indice de concentration

L'indice de concentration est une mesure de disparité standard couramment utilisé dans la littérature économique pour évaluer les inégalités et inéquités socioéconomiques.[80-82] Il résume l'inéquité observée en un seul score, ce qui permet de saisir facilement l'évolution dans le temps. L'indice de concentration évalue la mesure dans laquelle l'indicateur de soins de santé, par exemple le fait d'avoir eu un contact avec un MG ou un spécialiste au cours de l'année écoulée, est concentré parmi les personnes lorsque celles-ci sont classées par statut socioéconomique, c'est-à-dire d'un faible revenu à un revenu élevé ou d'un faible niveau d'éducation à un niveau d'éducation élevé. L'indice de concentration ne distingue pas un sous-groupe de revenu ou d'éducation spécifique, mais utilise l'ensemble de la distribution des niveaux de revenu ou d'éducation pour résumer la disparité en un seul score.

Le score récapitulatif peut être positif ou négatif. Les valeurs positives indiquent des niveaux plus élevés de recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins dans la moitié supérieure/le haut de la distribution (revenu ou éducation), tandis que les valeurs négatives impliquent des niveaux plus élevés de recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins dans la moitié inférieure/le bas de la distribution (revenu ou éducation). Une valeur nulle indique l'absence d'inéquités systématiques par statut socioéconomique.

La situation financière, un facteur d'inéquité plus important que l'éducation

Une première conclusion générale qui peut être tirée de la Figure 3 est que si des inéquités dans le recours aux soins de santé sont observées en fonction du niveau d'éducation (par exemple, en ce qui concerne les soins spécialisés et les soins dentaires), la situation financière des personnes ou des ménages s'avère un facteur d'inéquité plus important dans le recours aux soins de santé.

Recours aux soins hospitaliers classiques assez équitable

Les résultats pour les hospitalisations classiques (*indicateur EQ-5*) montrent que les différences dans le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins étaient faibles (Figure 3) et que l'indice de concentration était proche de 0 (Tableau 17). Nous en concluons que le l'utilisation des soins hospitalisations classiques est en relation avec les besoins en soins de santé et que l'accès peut dès lors être considéré comme équitable.

Mais inéquités dans les contacts avec un médecin généraliste, un médecin spécialiste ou un service d'urgence

La grande majorité de la population adulte a eu au moins un contact avec un médecin généraliste (MG), un médecin spécialiste ou un service d'urgence au cours des 12 derniers mois. En 2021, environ 89 % de la population a eu au moins un contact avec un MG, 66 % avec un médecin spécialiste, 15 % avec un service d'urgence, et 93 % avec au moins un de ces trois services. Comme prévu, les groupes ayant des besoins en soins élevés avaient des taux de contacts plus élevés et un nombre plus élevé de contacts.

Après correction en fonction des besoins en soins de santé, nous constatons que les inéquités socioéconomiques étaient plus répandues dans les *soins de médecine générale, spécialisés et d'urgence* que dans les soins hospitaliers classiques. Une tendance similaire se dégage pour les contacts avec un MG, un spécialiste ou un service d'urgence (*indicateur EQ-1*) et les consultations auprès d'un MG (*indicateur EQ-2*). Les MG sont des prestataires de soins de première ligne et devraient être facilement accessibles. Malgré les taux de contacts élevés et le fait que les soins de médecine générale soient relativement peu coûteux – petit montant pour les tickets modérateurs et taux d'adhésion à la convention élevés (voir indicateur A-8) –, la Figure 3 suggère qu'il existe des obstacles qui empêchent certains groupes de consulter un MG lorsque les besoins sont présents. Notez que la Belgique fait partie d'un groupe restreint de pays de l'UE où les soins de médecine générale ne sont pas gratuits au point d'utilisation ou où les ménages à faible revenu ne sont pas exemptés de contributions personnelles.[43, 83] Des taux de contacts plus faibles sont principalement observés chez les personnes à risque de pauvreté, les

personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe ainsi que les chômeurs et les célibataires âgés de 18 à 65 ans. Une constatation positive est que les bénéficiaires de l'intervention majorée avaient une probabilité de consulter un MG similaire à la moyenne de la population, même lorsqu'ils sont à risque de pauvreté (voir également ci-dessous). En outre, certains groupes vulnérables présentaient un taux de contacts plus faible, mais une fois qu'un premier contact était établi, ils avaient un nombre plus élevé de visites (de suivi), comme c'était le cas, par exemple, pour les personnes à risque de pauvreté, les personnes de la classe moyenne inférieure et les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe. Cette constatation est également corroborée par la valeur négative de l'indice de concentration concernant le nombre de contacts avec un MG (Figure 3). Un nombre plus élevé de contacts avec un MG en faveur des groupes les plus défavorisés est, d'une part, un signal positif concernant l'accessibilité financière des soins de médecine générale, mais peut, d'autre part, être une compensation des inéquités observées pour les soins spécialisés (voir ci-dessous) et doit donc également être considéré comme un signal d'alarme concernant les obstacles à l'accessibilité pour d'autres types de soins. Une telle valeur négative n'est pas observée, au niveau de l'indice de concentration, en ce qui concerne le nombre combiné de contacts (MG, spécialistes et urgences).

Au niveau des contacts avec un médecin spécialiste (*indicateur EQ-3*), les inéquités socioéconomiques étaient plus prononcées et des gradients sociaux clairs peuvent être discernés. On observe non seulement un recours moins important aux soins spécialisés par les personnes ayant un faible niveau d'éducation et un faible revenu, mais aussi un recours plus important aux soins spécialisés par les personnes ayant un niveau d'éducation élevé et un revenu élevé que ce qui peut être expliqué par l'état de santé (Figure 3). Les valeurs positives significatives de l'indice de concentration indiquent que les disparités en faveur des personnes à revenu élevé et hautement qualifiées ne sont pas seulement liées à la décision de consulter un médecin spécialiste, mais aussi au nombre de contacts (Figure 3). Un recours nettement moins important aux soins spécialisés est également constaté chez les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe, les chômeurs, les célibataires âgés de 18 à 65 ans et les BIM (Figure 3). Pour ces derniers, les résultats sont contraires à ceux observés pour les soins de médecine générale.

Pour les contacts avec des urgences (indicateur EQ-4), des inéquités socioéconomiques sont également constatées, mais suivant un schéma opposé aux soins spécialisés : un recours accru aux soins d'urgence par les personnes peu qualifiées et à faible revenu. Les inéquités se sont réduites au fil du temps. Les soins d'urgence semblent remplacer les soins de médecine générale et spécialisés chez les personnes à risque de pauvreté ou en situation de privation matérielle aigüe, et dans une moindre mesure, chez les personnes peu qualifiées. Une explication est que contrairement aux soins spécialisés et de médecine générale, les soins d'urgence sont gratuits au point d'utilisation, même si au bout du compte, ils ne sont pas nécessairement moins coûteux. Une autre explication est que le report de soins médicaux pour des raisons financières (voir indicateur A-6) a entraîné un problème de santé aigu nécessitant des soins d'urgence. Le risque de besoins non satisfaits est considérablement plus élevé chez les personnes à faible revenu et peu qualifiées (voir Tableau 16).

On peut s'interroger sur le caractère inéquitable d'un recours accru aux soins d'urgence par les personnes en situation de vulnérabilité financière. Si ce recours accru est le résultat de besoins en soins de santé qui n'ont pas été satisfaits dans un autre cadre en raison d'obstacles à l'accessibilité, il ne devrait probablement pas être considéré comme inéquitable, mais même dans ce cas, il reste un signal d'alarme concernant les obstacles à l'accessibilité pour d'autres types de soins.

Inéquités importantes et croissantes dans les soins dentaires

Seule la moitié de la population belge a eu des contacts réguliers avec un dentiste au cours des trois dernières années (voir indicateur P-11), avec des taux de contacts encore plus faibles pour les soins dentaires préventifs. Il existe par ailleurs d'importantes différences dans le recours aux soins dentaires en fonction du statut socioéconomique.

Les inéquités socioéconomiques dans les soins dentaires sont conformes à au schéma observé pour les soins spécialisés, mais sont plus prononcées, comme l'illustrent les résultats présentés dans le Tableau 17 et la Figure 3. Il existe une grande fracture sociale avec, d'une part, de faibles taux de

soins dentaires (préventifs) réguliers chez les personnes peu qualifiées et à faible revenu et, d'autre part, des taux élevés chez les personnes hautement qualifiées et à revenu élevé. La Figure 3 montre par exemple qu'en 2021, il y avait un écart de 19 points de pourcentage dans les taux de contacts pour les soins dentaires (préventifs) entre les adultes à risque de pauvreté (-11 points de pourcentage) et les adultes faisant partie du groupe des plus hauts revenus (+8 points de pourcentage). En outre, de faibles taux de soins dentaires (préventifs) réguliers sont constatés pour tous les groupes de population financièrement vulnérables examinés, en particulier les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe.

Malgré une exonération des tickets modérateurs pour les enfants, les inéquités socioéconomiques dans les soins dentaires préventifs réguliers chez les enfants étaient encore plus importantes que chez les adultes. En 2021, un écart de 27 points de pourcentage était constaté dans les taux de contacts pour les soins dentaires préventifs entre les enfants des ménages à risque de pauvreté (-11 points de pourcentage) et ceux des ménages faisant partie des plus hauts revenus (+16 points de pourcentage). Ces résultats indiquent clairement qu'il existe des obstacles importants à l'accessibilité des soins dentaires qui ne sont pas résolus uniquement par une exonération des tickets modérateurs et qui nécessitent d'autres mesures.

Intervention majorée : un instrument efficace pour les soins de médecine générale, mais pas pour les autres types de soins de santé

Plusieurs mesures de protection, dont l'intervention majorée, ont été introduites dans le système public d'assurance maladie obligatoire afin de réduire ou d'éliminer les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé. Les bénéficiaires de l'intervention majorée (environ 20 % de la population en 2022) bénéficient d'une réduction des tickets modérateurs et de l'application obligatoire du principe du tiers payant pour les consultations de médecine générale.[84, 85]

Sur la base des résultats présentés à la Figure 3, l'intervention majorée semble être une mesure efficace pour éliminer les obstacles à l'accès aux soins de médecine générale. Après ajustement en fonction des besoins en soins de santé, cet accès était meilleur pour les BIM que pour les autres groupes financièrement vulnérables. Les BIM avaient une probabilité de consulter un MG similaire à la moyenne de la population, même lorsqu'ils étaient à risque de pauvreté, et ce contrairement aux autres groupes financièrement vulnérables tels que les chômeurs et les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe.

Un autre résultat notable mis en évidence dans la Figure 3 est la différence dans le recours aux soins de médecine générale par les personnes à risque de pauvreté avec et sans intervention majorée. Les taux de contacts ainsi que le nombre de contacts étaient nettement plus faibles chez les personnes à risque de pauvreté sans intervention majorée (non-BIM). L'éligibilité à l'intervention majorée est subordonnée aux ressources et ciblée sur les ménages à faible revenu, mais le droit n'est pas octroyé automatiquement pour la majorité des ménages éligibles. Des recherches antérieures ont révélé d'importants taux de non-participation lorsque les personnes doivent demander le statut, si bien qu'un pourcentage important des personnes à risque de pauvreté se retrouvent sans protection (environ 35 % en 2021).[22, 42, 85-87] Ce groupe de ménages à risque de pauvreté potentiellement éligibles mais non bénéficiaire connaît non seulement un accès réduit aux soins de médecine générale, mais sa sous-utilisation s'aggrave avec le temps et s'étend à d'autres types de soins.

En ce qui concerne les soins spécialisés et les soins dentaires, les BIM étaient confrontés aux mêmes inéquités que les autres groupes financièrement vulnérables. Le statut BIM est donc moins efficace pour améliorer l'accès à ces types de soins. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette divergence. Premièrement, les avantages diffèrent ; plus précisément, l'application obligatoire du principe du tiers payant ne s'applique qu'aux soins de médecine générale, et non aux soins spécialisés ou dentaires. Deuxièmement, les taux d'adhésion à la convention des médecins spécialistes et des dentistes sont beaucoup plus faibles que ceux des médecins généralistes (voir indicateurs A-8 et A-9), ce qui entraîne une insécurité des prix et augmente la probabilité de suppléments. De plus, pour les soins dentaires, davantage de services ne sont pas couverts, ce qui contribue à une part élevée de contributions personnelles (voir indicateur A-2).

Conclusion

On observe d'importantes inéquités socioéconomiques pour les soins dentaires réguliers et les soins spécialisés, le recours ajusté en fonction des besoins augmentant fortement avec le niveau d'éducation et de revenu et les taux de contacts s'avérant plus faibles dans tous les groupes financièrement vulnérables examinés.

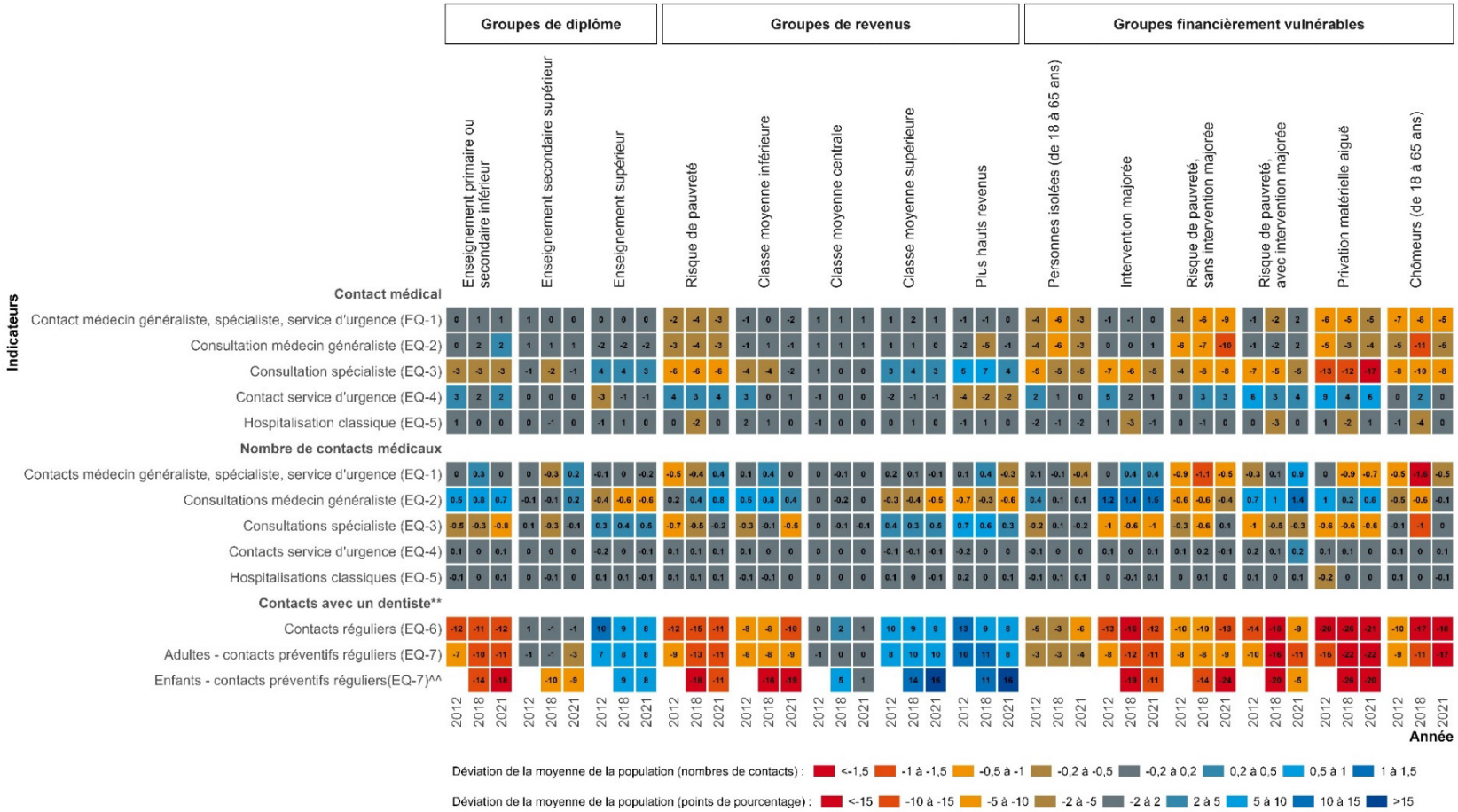
Pour les soins de médecine générale, les inéquités socioéconomiques étaient moins importantes et l'accès des bénéficiaires de l'intervention majorée était élevé. Un tel impact positif de l'intervention majorée n'est pas observé pour l'accès aux soins spécialisés ou dentaires.

Les inéquités dans les soins d'urgence favorisaient les personnes à faible revenu, peu qualifiées et financièrement vulnérables. Une constatation similaire est établie en ce qui concerne le nombre de contacts avec un MG. Ces deux éléments peuvent être dus à un effet de substitution induit par les obstacles à l'accès dans d'autres types de soins.

Aucune inéquité n'est observée pour les soins hospitaliers classiques.

Compte tenu de tous les indicateurs, le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins était particulièrement faible chez les chômeurs âgés de 18 à 65 ans, les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe et les personnes à risque de pauvreté mais ne bénéficiant pas de l'intervention majorée. La réduction du non-recours à l'intervention majorée pourrait aider à surmonter les obstacles à l'accès pour ce dernier groupe.

Figure 3 – Écarts dans le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins entre la population et les sous-groupes, par sous-groupe et par année (2012, 2018, 2021)



*Remarques : ** Les besoins en soins de santé en cas de soins dentaires sont limités à l'âge et au sexe (voir Encadré11) ; ^^ Pour les enfants, les groupes d'éducation sont basés sur le niveau d'éducation des parents.*
Source : calculs KCE basé sur les données EU-SILC (Statbel) / AIM / INAMI.

Tableau 17 – Indicateurs d'équité des soins de santé

(ID)	Indicateur	Score		Moyenne	Année	Indice de concentration absolue°° Revenu	Éducation	Source
EQ-1	Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : MG, médecins spécialistes, urgences (population ≥ 18 ans)	ST	Au moins un contact (% des répondants ≥ 18 ans)	92,5 %	2021	**0,006**	-0,002	EU-SILC/AIM
			Nombre de contacts (si au moins 1 contact)	9,9	2021	-0,077	-0,054	EU-SILC/AIM
EQ-2	Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : MG (population ≥ 18 ans)	ST	Au moins un contact (% des répondants ≥ 18 ans)	88,5 %	2021	0,003	**-0,008**	EU-SILC/AIM
			Nombre de contacts (si au moins 1 contact)	6,5	2021	**-0,263**	**-0,273**	EU-SILC/AIM
EQ-3	Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : Médecins spécialistes (population ≥ 18 ans)	ST	Au moins un contact (% des répondants ≥ 18 ans)	66,1 %	2021	**0,016**	**0,012**	EU-SILC/AIM
			Nombre de contacts (si au moins 1 contact)	5,0	2021	**0,182**	**0,259**	EU-SILC/AIM
EQ-4	Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : Urgences (population ≥ 18 ans)	+	Au moins un contact (% des répondants ≥ 18 ans)	14,5 %	2021	**-0,010**	**-0,007**	EU-SILC/AIM
			Nombre de contacts (si au moins 1 contact)	1,4	2021	**-0,030**	**-0,033**	EU-SILC/AIM
EQ-5	Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : Hospitalisations classiques (population ≥ 18 ans)	ST	Au moins un contact (% des répondants ≥ 18 ans)	11,4 %	2021	0,000	0,001	EU-SILC/AIM
			Nombre de contacts (si au moins 1 contact)	1,3	2021	**-0,029**	**-0,043**	EU-SILC/AIM
EQ-6	Contacts réguliers avec un dentiste (population ≥ 18 ans)**	+	Avec contact régulier (% des répondants ≥ 18 ans)	58,1 %	2021	**0,045**	**0,042**	EU-SILC/AIM
EQ-7	Contacts préventifs réguliers avec un dentiste (adultes et enfants)**	ST	Avec contact régulier (% des répondants ≥ 18 ans)	38,4 %	2021	**0,046**	**0,041**	EU-SILC/AIM
		ST	Avec contact régulier (% des répondants < 18 ans)^^	47,2 %	2021	**0,068**	**0,049**	EU-SILC/AIM

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

*Remarques : ** Les besoins en soins de santé en cas de soins dentaires sont limités à l'âge et au sexe (voir Encadré 11) ; ^^ Pour les enfants, les groupes d'éducation sont basés sur le niveau d'éducation des parents ; °° L'indice de concentration absolue du recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins est indiqué en gras lorsque la valeur est significativement différente de zéro (p < 0,05). Une valeur nulle indique l'absence d'inéquités, des valeurs positives indiquent des niveaux plus élevés de recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins parmi les groupes les plus favorisés, et des valeurs négatives indiquent des niveaux plus élevés de recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins parmi les groupes les plus défavorisés. Des valeurs absolues plus élevées de l'indice de concentration absolue reflètent un niveau plus élevé d'inéquité absolue dans la distribution. Notez que l'indice de concentration (relative) peut être obtenu en divisant l'indice de concentration absolue par la valeur moyenne.*

8 RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ FACE À LA CRISE DU COVID-19

8.1 Qu'est-ce que la résilience du système de santé ?

La résilience d'un système de santé est définie comme « *sa capacité à (a) prévoir les chocs, (b) les absorber et (c) s'y adapter (…) d'une manière qui lui permette (i) de continuer à fournir les prestations requises, (ii) de revenir le plus rapidement possible à un niveau de performance optimal, (iii) d'adapter sa structure et ses fonctions afin de se renforcer et (iv) (éventuellement) de limiter sa vulnérabilité à des chocs futurs similaires et à des changements structurels* ».[10, 16, 88]

Cette définition englobe quatre composantes principales de la résilience[16, 89] :

a) Capacité de prévention : la capacité du système de santé à prévoir l'apparition d'un choc et à limiter son impact futur potentiel ;

b) Capacité d'absorption : la capacité du système de santé à amortir l'impact des chocs ;

c) Capacité d'adaptation : la capacité du système de santé à continuer à fournir les prestations requises ;

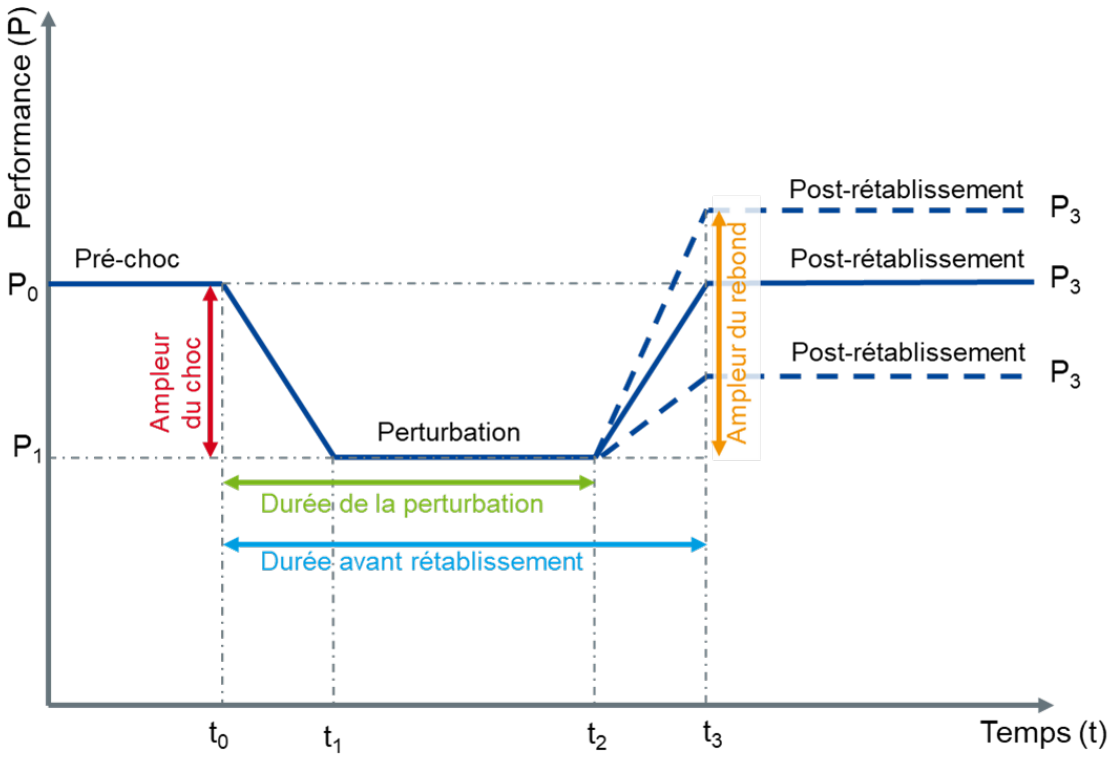
d) Capacité de transformation : la capacité du système de santé à transformer sa structure et son fonctionnement afin de limiter sa vulnérabilité aux chocs futurs.

Bien que de nombreux types de chocs très différents puissent affecter le système de santé de diverses façons, ce rapport se limite à analyser la résilience du système de santé face à la crise du COVID-19.

La notion de résilience du système de santé est illustrée graphiquement par la Figure 4, où P_t représente un indicateur quantifiable donné de la performance du système de santé, qui évolue dans le temps. Lorsque le système de santé subit un choc qui l'affecte négativement, il est probable que la valeur de P_t diminue. Ensuite, la valeur de P_t reste inférieure à son état pré-choc pendant une période qui peut être courte ou longue. Enfin, P_t augmente à nouveau pour atteindre son état post-rétablissement. Dans ce dernier état, la valeur de P_t peut être la même que dans l'état pré-choc, mais dans certains cas, elle peut rester inférieure ou, si le système a la capacité de se transformer en réponse au choc, elle peut même être supérieure à sa valeur initiale.

Sur cette base, la résilience peut être définie comme la capacité à limiter l'impact du choc (mesuré par la distance entre P_0 et P_1), à réduire la durée de la perturbation (mesurée par la distance entre t_0 et t_2) et le temps avant rétablissement (mesuré par la distance entre t_0 et t_3), et à transformer sa structure de telle sorte que P_3 soit supérieur ou égal à P_0. La composante préventive de la résilience n'est étudiée que dans des analyses complémentaires (voir section 0), mais ne constitue pas l'objet principal de ce chapitre.

Figure 4 – Variation de la performance du système de santé à la suite d'un choc



Source : inspiré du Groupe d'experts de l'UE sur l'évaluation de la performance du système de santé (2020)[16]

8.2 La crise du COVID-19 en Belgique

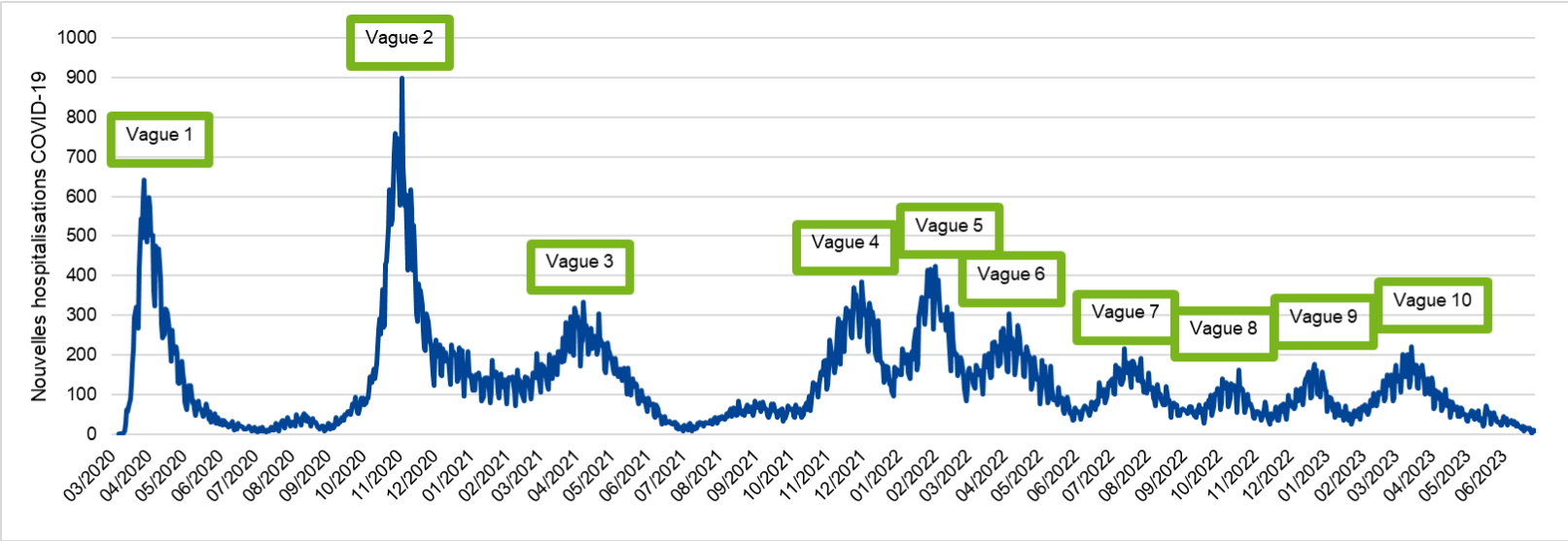
La résilience du système de santé face à la crise du COVID-19 doit être analysée en fonction des vagues successives de la pandémie. Comme le montre le Tableau 18, dix vagues ont été identifiées en Belgique entre mars 2020 et juin 2023. Une période « intervague » est clairement observée entre la première et la deuxième ainsi qu'entre la troisième et la quatrième vagues, mais pas entre les autres vagues. Il est important de noter que la désignation de ces vagues ne représente pas nécessairement la gravité de la situation épidémiologique ou la charge de santé publique pendant ces périodes. Par exemple, comme le montre la Figure 5, le nombre d'hospitalisations liées au COVID-19 s'est avéré très différent d'une vague à l'autre. Pour plus d'informations sur l'évolution de la crise du COVID-19 en Belgique, le lecteur intéressé est renvoyé aux données épidémiologiques disponibles dans le tableau de bord Sciensano et aux données phares dans les soins de santé (organisation, activité de soins, financement et qualité) publiées par le SPF Santé publique sur le site internet belgiqueenbonnesante.be.

Tableau 18 – Vagues de l'épidémie de COVID-19 en Belgique

Vague de l'épidémie de COVID-19	Date de début
Première vague	1er mars 2020
Intervague	22 juin 2020
Deuxième vague	31 août 2020
Troisième vague	15 février 2021
Intervague	27 juin 2021
Quatrième vague	4 octobre 2021
Cinquième vague	27 décembre 2021
Sixième vague	28 février 2022
Septième vague	30 mai 2022
Huitième vague	12 septembre 2022
Neuvième vague	21 novembre 2022
Dixième vague	23 janvier 2023

Source : Sciensano (2023)[90]

Figure 5 – Nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 en Belgique, mars 2020 – juin 2023



Source : Sciensano (https://epistat.wiv-isp.be/covid)

8.3 Résilience du système de santé face à la crise du COVID-19 en Belgique

Dans ce qui suit, des indicateurs HSPA sont utilisés pour mesurer, dans le contexte de la crise du COVID-19 en Belgique :

- la valeur **pré-choc** de l'indicateur (P_0) ;
- la pire valeur de l'indicateur pendant la crise du COVID-19 (P_1). Dans la Figure 4, P_1 est inférieur à P_0 mais, selon l'indicateur, le contraire peut se produire. C'est la raison pour laquelle nous utilisons le terme « pire » plutôt que « minimum » ou « maximum » ;
- la valeur post-rétablissement de l'indicateur (P_3). Dans la plupart des cas, la valeur la plus récente de l'indicateur ne correspond pas à la meilleure valeur de l'indicateur. Par conséquent, deux valeurs sont calculées pour P_3 : la « **valeur la plus récente** » et la « **meilleure valeur** » (qui peut être un maximum ou un minimum en fonction de l'indicateur) ;
- l'ampleur de la perturbation (représentée par la flèche rouge dans la Figure 4). La mesure de la distance entre P_0 et P_1 permet d'évaluer la capacité d'absorption du système, c'est-à-dire sa capacité à amortir l'impact du choc. Plus la différence entre P_0 et P_1 est petite, plus le système est résilient. Concrètement, l'ampleur de la perturbation est calculée comme **la différence entre la valeur pré-choc et la pire valeur de l'indicateur** mesurée pendant la crise du COVID-19 ;
- la durée de la perturbation (représentée par la flèche verte dans la Figure 4). La mesure du temps qui s'écoule avant que l'indicateur commence à rebondir permet d'évaluer la capacité d'adaptation du système. Plus le rebond se produit tôt, plus le système est résilient. Concrètement, la durée de la perturbation mesure **le temps entre le moment où un changement négatif est observé et le moment où l'effet rebond est constaté** (= le moment où un changement positif significatif est observé) ;
- l'ampleur du rebond (représentée par la flèche orange dans la Figure 4). La comparaison de la valeur post-crise de l'indicateur avec son niveau perturbé (P_1) permet d'évaluer la capacité du système à se rétablir et même à transformer sa structure et son fonctionnement. Concrètement, l'ampleur du rebond est calculée comme **la différence entre la meilleure valeur (post-choc) et la pire valeur de l'indicateur** ;
- la durée avant rétablissement (représentée par la flèche bleue dans la Figure 4). Celle-ci est calculée comme le **temps écoulé entre le moment où un changement négatif est observé et le moment où la meilleure valeur est relevée**.

Par souci de clarté, les indicateurs sont regroupés en trois catégories : (1) garantir une main-d'œuvre suffisante (R-1, R-2 et R-3), (2) maintenir les services de santé essentiels et les services de santé publique de routine (R-4 et R-5) et (3) renforcer la capacité existante et créer de nouveaux services de santé (R-6, R-7, R-8, R-9, R-10 et R-11).

Pour beaucoup d'entre eux, une évaluation définitive est prématurée. En particulier, il est certainement trop tôt pour saisir pleinement l'ampleur du rebond. En outre, dans certains cas, le niveau post-rétablissement peut être temporairement supérieur au niveau pré-choc en raison d'un effet de rattrapage (le système étant perturbé depuis quelque temps, il surcompense pendant une certaine période, mais cet effet ne dure pas nécessairement). Pour d'autres indicateurs, il est difficile d'évaluer l'ampleur du choc, par exemple parce que des données n'ont pas été collectées avant le choc. Par conséquent, dans de nombreux cas, seule une analyse partielle mesurant certains des éléments ci-dessus est réalisée.

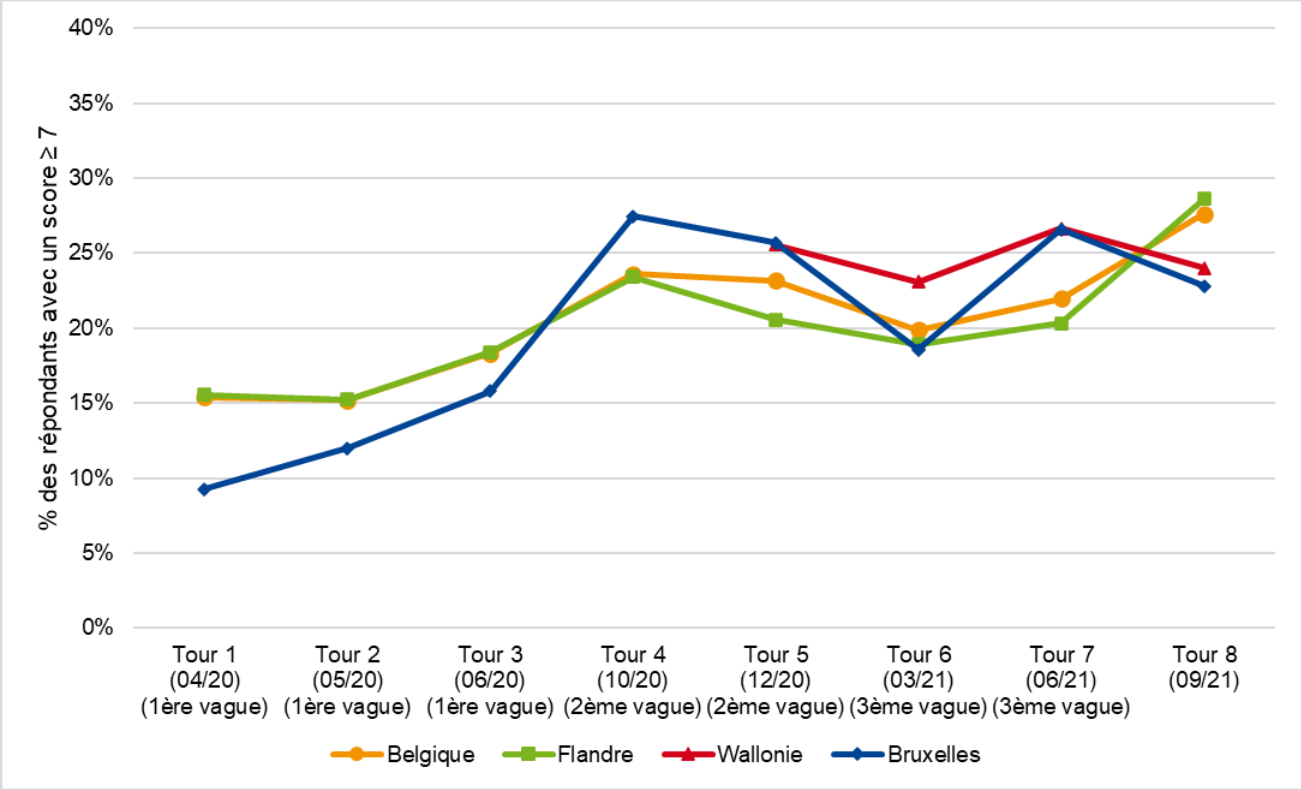
Afin d'identifier l'ampleur de la perturbation, la durée de la perturbation, l'ampleur du rebond et la durée avant rétablissement, une figure représente, pour chaque indicateur, l'évolution de la valeur dans le temps (ainsi que le stade de la pandémie tel que défini dans le Tableau 18) pour la Belgique et les trois régions (voir Figure 6 à Figure 16). Dans la mesure du possible, la valeur pré-choc, la pire valeur, la meilleure valeur et la valeur la plus récente sont indiquées pour la Belgique et pour les trois régions dans le Tableau 19.

Garantir une main-d'œuvre suffisante

Il est largement reconnu que la période du COVID-19 a exercé une pression considérable sur les professionnels de la santé en termes de charge de travail accrue, mais aussi de symptômes physiques et psychologiques.[91-94] En réaction, les pays ont mis en œuvre divers programmes visant à soutenir la santé mentale des professionnels de la santé et à leur apporter une assistance financière et pratique.[95] Pour mesurer la résilience du système de santé belge en ce qui concerne le bien-être des professionnels de la santé, nous utilisons les données de l'enquête Power to Care réalisée par Sciensano et le LIGB – KULeuven. Cette enquête compte huit tours (dont les quatre premiers n'incluent pas les professionnels de Wallonie) répartis entre avril 2020 et septembre 2021. Il ne s'agit pas d'une étude longitudinale et le nombre de répondants varie selon les tours et les régions. Il convient donc d'interpréter l'évolution dans le temps avec prudence.

La proportion des professionnels de la santé ayant attribué un score élevé à l'élément « envisage d'abandonner la profession » (R-1, voir Figure 6) est passée de 15,4 % en avril 2020 à 23,6 % en octobre 2020. Ce pourcentage était encore de 23,2 % en décembre 2020 ; après une légère baisse, il est reparti à la hausse pour atteindre 27,6 % en septembre 2021. Cette proportion était constamment plus élevée en Wallonie et plus faible en Flandre, par rapport aux résultats nationaux, sauf au dernier tour. Entre le premier et le dernier tour de l'enquête, la part des professionnels de la santé qui envisagent d'abandonner la profession a augmenté de 12,2 points de pourcentage. Cette augmentation peut être interpréter comme correspondant à l'ampleur de la perturbation. Cependant, il convient de garder à l'esprit qu'aucune donnée n'est disponible pour la période pré-COVID et que les quatre premiers tours n'incluent aucun répondant de Wallonie. Un rebond (c'est-à-dire une amélioration permanente de l'indicateur) n'a pas pu être observé dans les données, mais aucune donnée n'est disponible après septembre 2021. Selon une autre enquête réalisée entre décembre 2021 et février 2022 auprès de 2 183 infirmiers actifs dans des unités de soins intensifs, 43,9 % d'entre eux avaient l'intention de quitter leur emploi et 26,5 % envisageaient d'abandonner la profession d'infirmier.[96] Ce pourcentage était plus élevé en Wallonie (37,5 %) et à Bruxelles (34,9 %) qu'en Flandre (17,4 %).

Figure 6 – Enquête Power to Care : proportion des professionnels de la santé ayant attribué un score élevé à l'élément « envisage d'abandonner la profession »



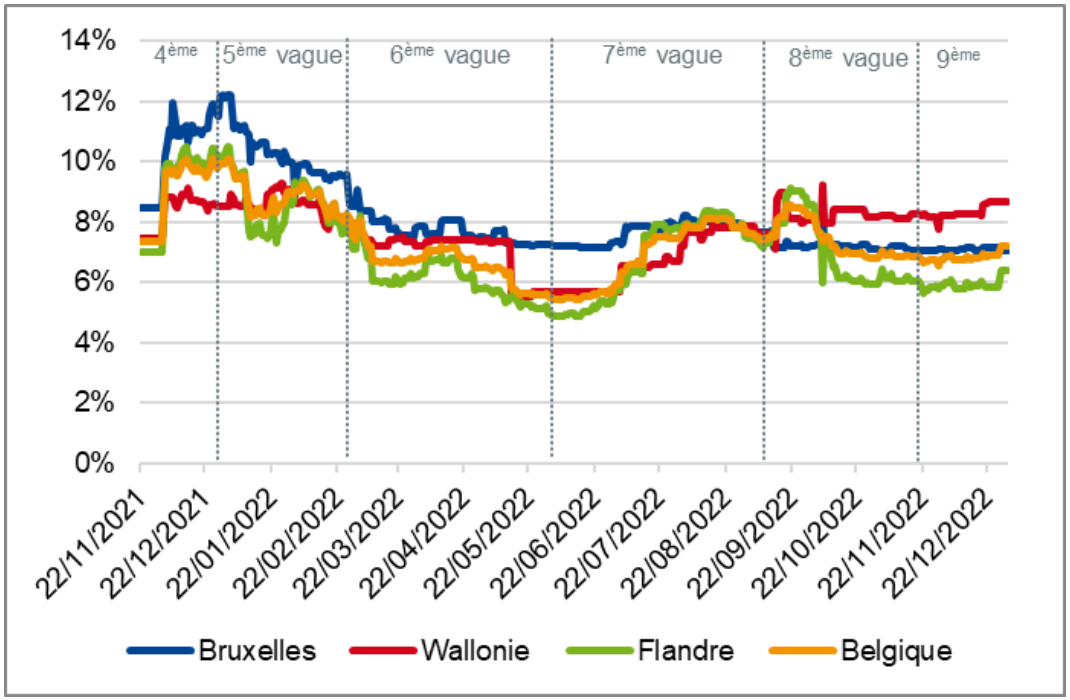
Source : Sciensano, calculs : KCE

La pénurie de personnel résultant de l'absence de professionnels de la santé, en particulier des infirmiers actifs dans les services hospitaliers, est considérée à la fois comme une conséquence de la crise du COVID-19 et comme un obstacle à la qualité des soins pendant la période du COVID-19.[97, 98] Bien que des pénuries d'infirmiers aient été signalées dans la plupart des pays industrialisés avant la crise, la pandémie de COVID-19 a amplifié le problème. En Belgique, l'absentéisme des professionnels de la santé a été quantifié dans des contextes restreints[99], mais aucune donnée administrative complète n'est disponible au niveau national. Pour quantifier les absences du personnel hospitalier et leur évolution pendant la pandémie de COVID-19, nous nous appuyons donc sur des indicateurs « *proxy* ».

Dans le cadre de l'enregistrement quotidien des données dans le contexte des plans de capacité de pointe, les hôpitaux doivent enregistrer le nombre de lits d'hôpital fermés en raison d'absentéisme de personnel ou d'un cas de force majeure (R-2, voir Figure 7). Ces données ont été analysées pour la période comprise entre le 22 novembre 2021 et le 31 décembre 2022. La part des lits d'hôpital fermés en raison de l'absentéisme au sein du personnel ou d'un cas de force majeure a varié de 5,4 % à 10,1 % sur la période étudiée. Après une diminution entre janvier et août 2022, elle a augmenté en septembre, avant de reculer à nouveau et de se stabiliser en fin d'année. En termes relatifs, plus de lits de soins intensifs (SI) ont été fermés que d'autres lits et d'importantes différences provinciales apparaissent aussi bien pour la part des lits d'hôpital fermés que pour la proportion des lits de SI fermés. Comme les données n'ont été collectées qu'à partir d'octobre-novembre 2021, il n'est pas possible d'évaluer l'ampleur de la perturbation.

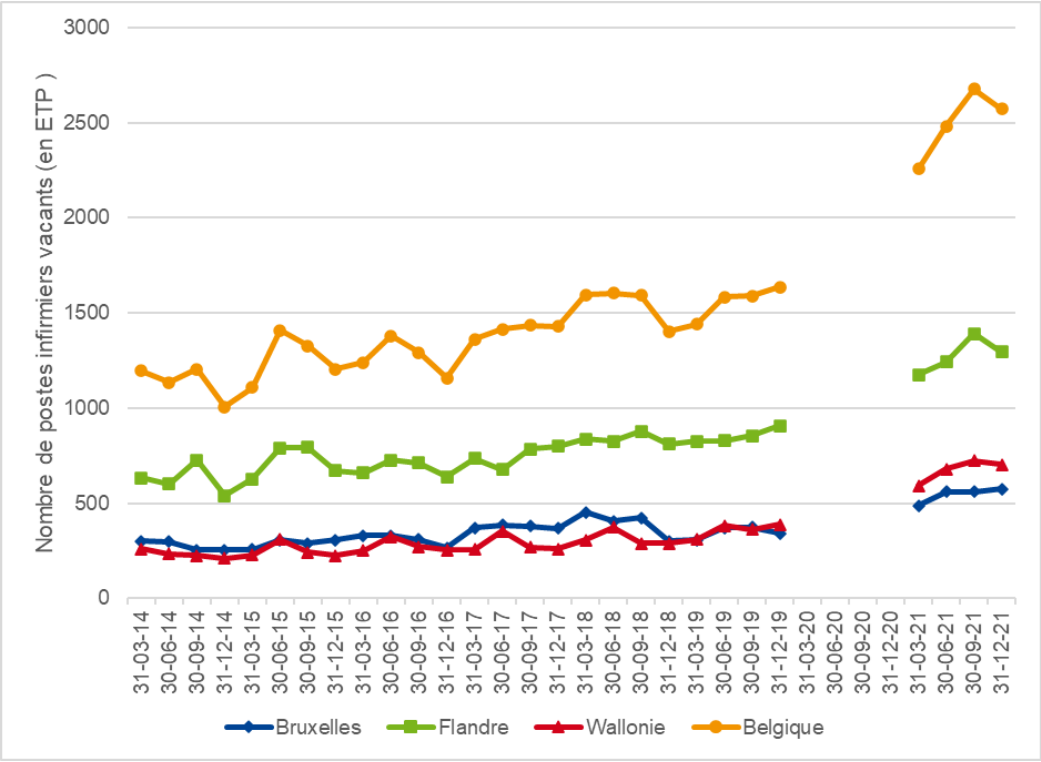
L'enquête des statistiques hospitalières annuelles contient, depuis 2013, une question sur le **nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux** (R-3, voir Figure 8). Le nombre de postes vacants est défini comme « le nombre de postes vacants pour lesquels un appel (interne/externe) est lancé ». Les hôpitaux sont invités à répondre à cette question à quatre points dans le temps chaque année : le 31 mars, le 30 juin, le 30 septembre et le 31 décembre. Au 31 décembre 2021, 2 572 postes infirmiers vacants en ETP étaient rapportés dans les hôpitaux belges. Le nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux, qui reflète la capacité des hôpitaux à recruter et à retenir les infirmiers, a été affecté par la pandémie de COVID-19. La perturbation la plus forte a été observée en Wallonie en septembre 2021 (+100,3 % par rapport à septembre 2019), suivie de la Flandre (+62,4 % par rapport à septembre 2019). À Bruxelles, le pic a été observé en décembre 2021 (+68,3 % par rapport à décembre 2019). Il n'est néanmoins pas possible de déterminer l'ampleur exacte de la perturbation en raison de l'absence de données pour 2020.

Figure 7 – Part des lits d'hôpital fermés en raison d'absentéisme du personnel ou d'un cas de force majeure



Source : SPF Santé publique, calculs : KCE

Figure 8 – Nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux (en ETP)



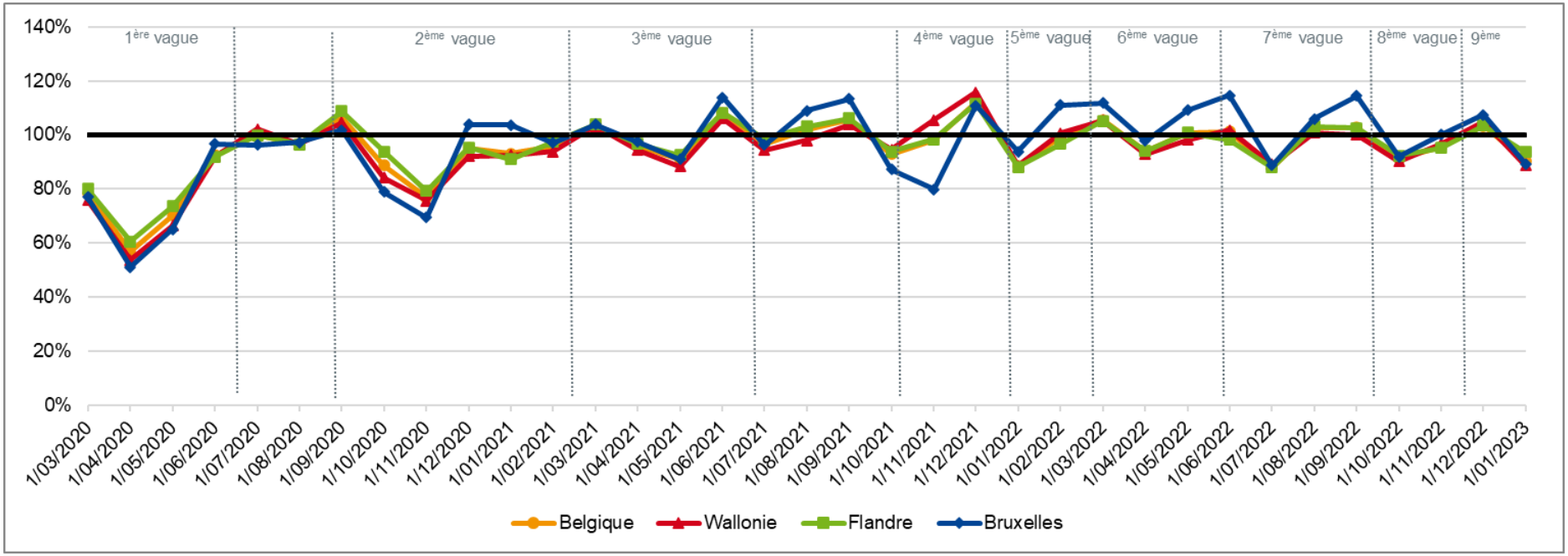
Données 2020 non disponibles. Source : SPF Santé publique, calculs : KCE

Maintenir les services de santé essentiels et les services de santé publique de routine

À partir de la mi-mars 2020, les hôpitaux de Belgique et d'autres pays ont été contraints d'arrêter les activités non essentielles afin de libérer du matériel, des infirmiers et des médecins pour le traitement des patients COVID-19.[100] Les hôpitaux belges ont dû suspendre les consultations, examens et interventions électives. Les soins dits « essentiels » ont quant à eux pu être poursuivis. Cependant, aucune définition formelle concrète des soins essentiels et non essentiels n'a été fournie. Les hôpitaux ont pu reprendre progressivement les soins hospitaliers réguliers à partir du 4 mai 2020. Plusieurs analyses ont pointé une diminution des soins non essentiels dans les hôpitaux belges au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19, mais aussi une certaine diminution des soins réguliers essentiels.[100-102] Lors des vagues suivantes, il a été demandé aux hôpitaux de suspendre les activités non essentielles dès que la capacité de SI réservée aux patients COVID-19 risquait de s'en trouver affectée.

Pour évaluer la capacité des hôpitaux à maintenir les activités essentielles, nous utilisons le nombre d'activités chirurgicales hospitalières essentielles régulières qui ont été maintenues par rapport à ce qui était attendu sur la base des données 2018-2019 (R-4, voir Figure 9) en suivant la méthodologie de la Cellule Audit Hôpitaux de l'INAMI, du SPF Santé publique et de l'AFMPS.[103, 104] En avril 2020, 5,7 % des activités chirurgicales hospitalières non essentielles, 29,8 % des activités mixtes (qui peuvent être essentielles ou non selon le contexte) et 56,9 % des activités essentielles ont été maintenues. Cela signifie que, bien que jugées essentielles, 43,1 % de ces activités chirurgicales ont été suspendues en avril 2020 (soit une ampleur de la perturbation de -43,1 %). Ces diminutions ont été légèrement moins marquées en Flandre que dans les deux autres régions. Une deuxième baisse, bien que moins importante, a été observée en novembre 2020. Au cours de cette deuxième vague, 76,8 % des activités essentielles ont été maintenues. Un rebond a été observé à partir de novembre 2020 (durée de la perturbation = 9 mois). En 2021 et 2022, les variations ont été beaucoup moins prononcées. Au moins 88,0 % des activités essentielles ont été maintenues. Le pourcentage d'activités essentielles maintenues a atteint 100 % pour la première fois en mars 2021 (durée avant rétablissement = 13 mois).

Figure 9 – Part des activités chirurgicales hospitalières essentielles régulières attendues (sur la base des données de 2018 et 2019) qui ont été maintenues

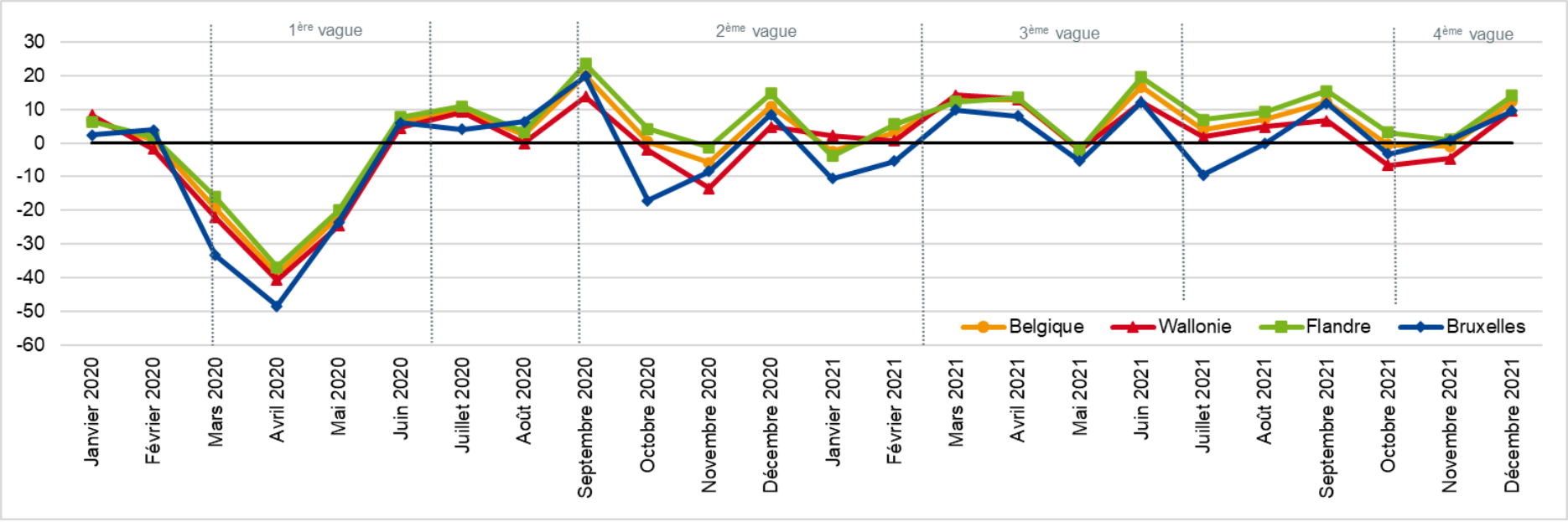


Source : Audit Hôpitaux INAMI – SPF Santé Publique – AFMPS

Au cours de la semaine du 16 mars 2020, les programmes organisés de dépistage du cancer du sein chez la femme, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal dans la population ont été suspendus. Ils ont repris à la mi-mai 2020. La Figure 10 montre le pourcentage de variation du nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs par mois par rapport au même mois en 2017-2019 (R-5) sur la base de la base de données d'incidence du Registre du Cancer. En mars 2020, le nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs était inférieur de 19,3 % à la moyenne de mars 2017-2019, ce qui correspond à 1 222 diagnostics de cancers « manquants ». En avril 2020, le nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs était inférieur de 39,0 % à la moyenne d'avril 2017-2019, ce qui correspond à 2 181 diagnostics de cancers « manquants » (ampleur de la perturbation = -39,0 %). En mai 2020, le début du rebond a été observé (durée de la perturbation = 2 mois). Le nombre de nouveaux diagnostics de cancers était encore inférieur (de 21,7 %) à celui de mai 2017-2019, ce qui correspond à 1 366 diagnostics de cancers « manquants ». En juin 2020, le nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs a retrouvé son niveau de 2017-2019 (durée avant rétablissement = 4 mois).

En septembre 2020, il dépassait son niveau de 2017-2019 (de 19,9 %). Par la suite, il est resté dans la fourchette -5,8 %/+16,6 % par rapport à son niveau de 2017-2019. Le pourcentage de variation du nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs a suivi une tendance similaire dans les trois régions du pays. Cependant, les baisses ont été plus fortes à Bruxelles que dans les deux autres régions, ce qui n'a pas été compensé par des augmentations ultérieures plus importantes.

Figure 10 – Pourcentage de variation du nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs au cours de la période 2020-2021 par rapport à la période 2017-2019



Source : Fondation Registre du Cancer

Renforcer la capacité existante et créer de nouveaux services de santé

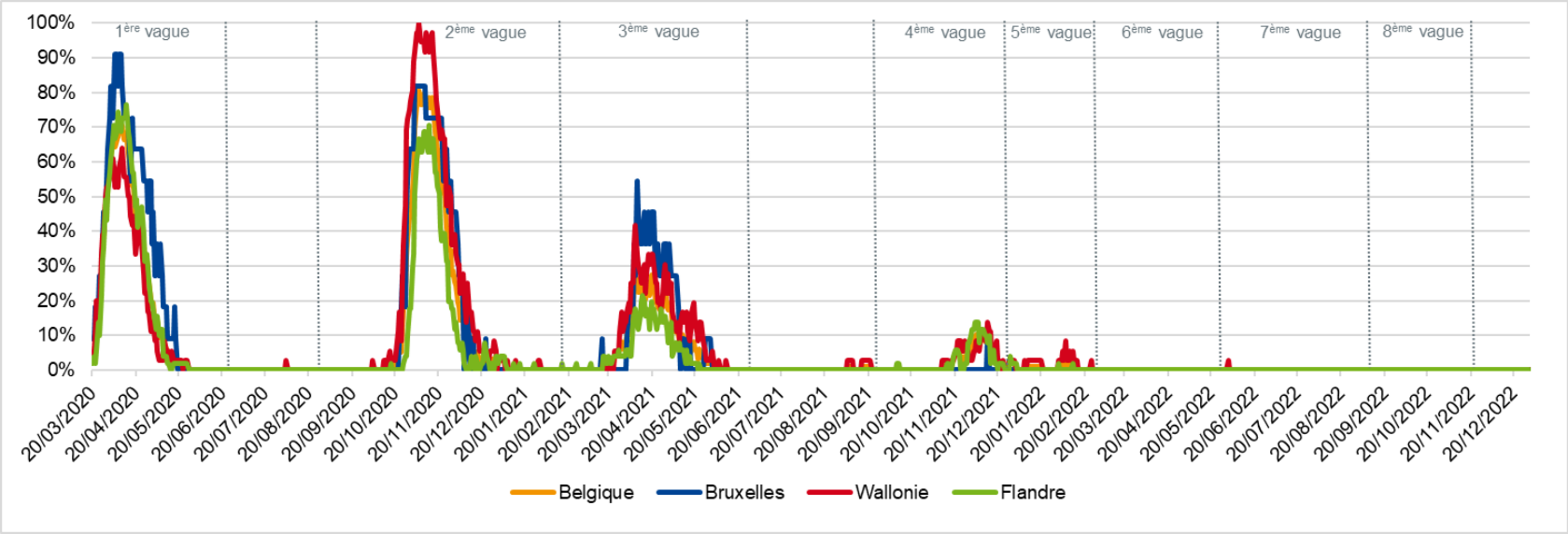
Les ressources de soins intensifs ont été soumises à une immense pression pendant la pandémie, ce qui a dans certains cas entraîné une demande de soins intensifs supérieure à l'offre disponible.[17] L'augmentation des taux d'occupation dans les unités de soins intensifs a été associée à une hausse de la mortalité.[105]. En réaction`, de nombreux pays ont augmenté leur capacité de SI en créant une capacité supplémentaire (capacité de pointe ou surge capacity). À partir de la mi-mars 2020, tous les hôpitaux belges ont été priés de créer une capacité de lits « supplémentaire », notamment en SI. En particulier, le 17 mars 2020, les hôpitaux ont été tenus de « mettre tout en œuvre pour créer une capacité de SI supplémentaire »[106]. Le 1er avril 2020, les hôpitaux ont enregistré un maximum de 1 182 lits de SI supplémentaires, en plus des 1 993 lits de SI agréés, augmentant ainsi la capacité totale de près de 60 %. Plus tard, des instructions plus concrètes ont été fournies concernant le nombre requis de lits supplémentaires en fonction du stade de la pandémie. La Belgique a été saluée pour sa faculté à augmenter rapidement sa capacité de lits.[95, 107]

Cependant, il s'est rapidement avéré que l'augmentation de la capacité de lits de SI était difficile à gérer en raison du manque d'infirmiers expérimentés en SI.[100, 108, 109] Une analyse de la mortalité hospitalière des patients COVID-19 traités en SI en Belgique au cours de la première vague a montré que le « débordement des SI » (c'est-à-dire lorsque le nombre de lits de SI occupés par les patients COVID-19 dépasse le nombre de lits de SI agréés réservés aux patients COVID-19) était une variable explicative de la mortalité hospitalière des patients COVID-19.[110] À partir du 30 septembre 2020, les hôpitaux ont été encouragés à mieux répartir les patients COVID-19 entre hôpitaux au lieu de recourir à une capacité supplémentaire de lits de SI.[100] Le « Patient Evacuation Coordination Center » a également été chargé d'aider les hôpitaux à mieux répartir les patients COVID-19.[111]

Nous analysons les taux d'occupation au niveau hospitalier afin de saisir la variation entre hôpitaux et de déterminer si les patients ont été répartis de manière à réduire les risques de mortalité associés au débordement. En effet, bien que le taux d'occupation national puisse rester élevé, une meilleure répartition des patients entre hôpitaux devrait entraîner une réduction du pourcentage d'hôpitaux « débordés ». Pour la mesure du débordement, nous suivons Taccone et al. (2021)[110] en divisant le nombre de patients COVID-19 par le nombre de lits de SI agréés réservés aux patients COVID-19, fixé en mars 2020 à 60 % du nombre total de lits de SI agréés.

La Figure 11 montre le **pourcentage des hôpitaux où le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 est supérieur à 60 %** (R-6). Au cours de la première vague de la pandémie, un maximum de 70,4 % des hôpitaux belges ont été confrontés à un débordement des SI (c'est-à-dire un taux d'occupation des lits de SI agréés supérieur à 60 %). Cette part a atteint 80,6 % lors de la deuxième vague. Considérant que le pourcentage d'hôpitaux débordés était nul avant la pandémie, l'ampleur du choc est égale à 80,6 %. En avril 2021, alors que le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 était encore proche de 50 %, seuls 30 % des hôpitaux présentaient un débordement des SI, ce qui montre que le système s'était adapté. En décembre 2021, lorsque le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 a de nouveau dépassé la barre des 40 % au niveau national, seuls 10 % des hôpitaux ont présenté un débordement des SI.

Figure 11 – Pourcentage des hôpitaux où le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 est supérieur à 60 %

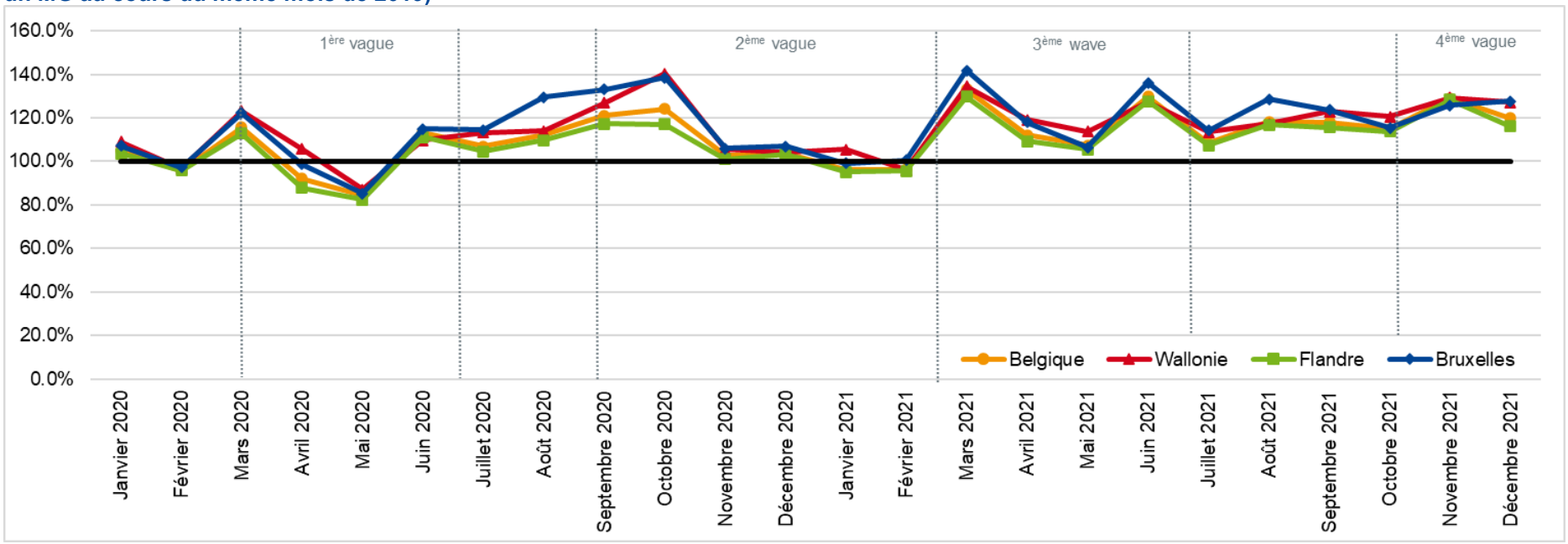


Source : SPF Santé publique, calculs : KCE

La pandémie de COVID-19 a forcé les pouvoirs publics à encourager des moyens innovants de fournir des services de santé. Parmi eux, les téléconsultations (en tant qu'alternative aux contacts en face à face avec les médecins) ont été largement promues dans de nombreux pays.[17] En Belgique, les téléconsultations en médecine de première ligne ont été introduites en mars 2020 (par la création de trois codes de nomenclature) afin d'assurer la continuité des soins tout en prévenant la propagation du virus en évitant les contacts directs entre les patients et les professionnels de la santé. Ces téléconsultations étaient gratuites pour le patient. Depuis août 2022, ce système temporaire a été remplacé par un système permanent impliquant un petit ticket modérateur pour le patient.[112]

La Figure 12 présente le **nombre de contacts avec un MG (en ce compris les téléconsultations)** exprimé en pourcentage du nombre total de contacts avec un MG au cours du même mois de 2019 (R-7). Durant la première vague de la pandémie, une nette baisse des contacts en face à face avec les MG a été constatée dans les trois régions du pays, mais celle-ci a été en grande partie compensée par l'instauration des téléconsultations. Une petite perturbation a été observée en avril et mai 2020, le nombre de contacts y compris les téléconsultations représentant respectivement 92,0 % et 84,5 % du nombre de contacts au cours du même mois de 2019 (ampleur de la perturbation = -15,5 %). Un rebond a déjà été observé à partir de juin 2020 (durée de la perturbation = 2 mois). Par la suite, le nombre de contacts avec un MG, y compris les téléconsultations, a été constamment supérieur ou proche de son niveau pour le même mois de 2019 (durée avant rétablissement = 3 mois).

Figure 12 – Nombre total de contacts avec un MG (en ce compris les téléconsultations) (exprimé en pourcentage du nombre total de contacts avec un MG au cours du même mois de 2019)



Source : INAMI, calculs : KCE

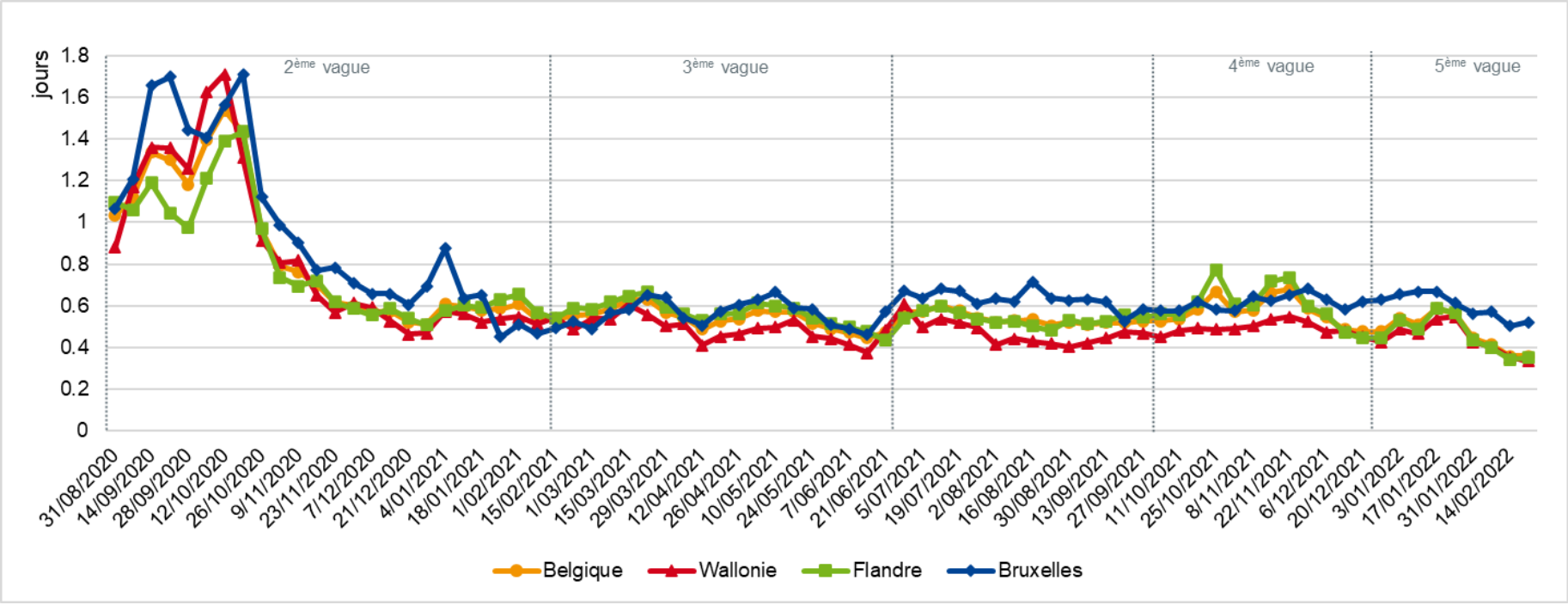
Les stratégies de tests de la population à grande échelle ont également été un outil essentiel pour contrôler l'épidémie.[113] Pour assurer un isolement efficace et un traçage adéquat des contacts, il était également crucial de raccourcir le délai entre le prélèvement et la communication du résultat du test. Le plan de préparation sanitaire de l'UE recommandait que les pays ciblent un délai d'exécution de 24 heures (entre la demande de test et la communication du résultat du test)[114]. Ce délai d'exécution peut être subdivisé en deux phases différentes : le temps nécessaire entre la prescription du test et le prélèvement, et le temps qui s'écoule entre le prélèvement et la communication du résultat. La première phase est un indicateur de la capacité de prélèvement, tandis que la seconde est plus représentative de la capacité de test.

La Figure 13 montre la capacité de test, c'est-à-dire la **durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat du test COVID-19** (R-8). Malheureusement, aucune donnée n'est disponible avant septembre 2020, de sorte que la durée moyenne au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19 ne peut être estimée. Lors de la deuxième vague (septembre-octobre 2020), la durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat du test était de 1,54 jour. À partir de novembre 2020, elle est restée inférieure à 1 jour dans

les trois régions, même lorsqu'un très grand nombre de tests étaient réalisés. Cette durée limitée peut s'expliquer en partie par le développement d'outils de diagnostic rapide tels que les tests antigéniques, qui n'existaient pas au début de la pandémie, mais ont été de plus en plus utilisés par la suite. Cette méthode étant caractérisée par une communication quasi immédiate du résultat, son utilisation a réduit la durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat. Néanmoins, même aux derniers stades de la pandémie, ces outils ne représentaient pas une proportion importante des prélèvements effectués. Par conséquent, la réduction observée de la durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat du test s'explique également par une réduction des délais d'exécution des tests moléculaires.

En ce qui concerne le délai entre la prescription du test et le prélèvement (indicateur secondaire, non présenté ici), la durée moyenne était d'environ 1 jour pendant la majeure partie de l'année 2021, si bien que le délai d'exécution total moyen est resté supérieur à 1 jour. Fin 2021, la durée moyenne écoulée entre la prescription du test et le prélèvement a baissé, pour atteindre 0,5 jour en février 2022. Au cours de cette période, le délai d'exécution total moyen était inférieur à 1 jour.

Figure 13 – Durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat du test COVID-19 (en jours)



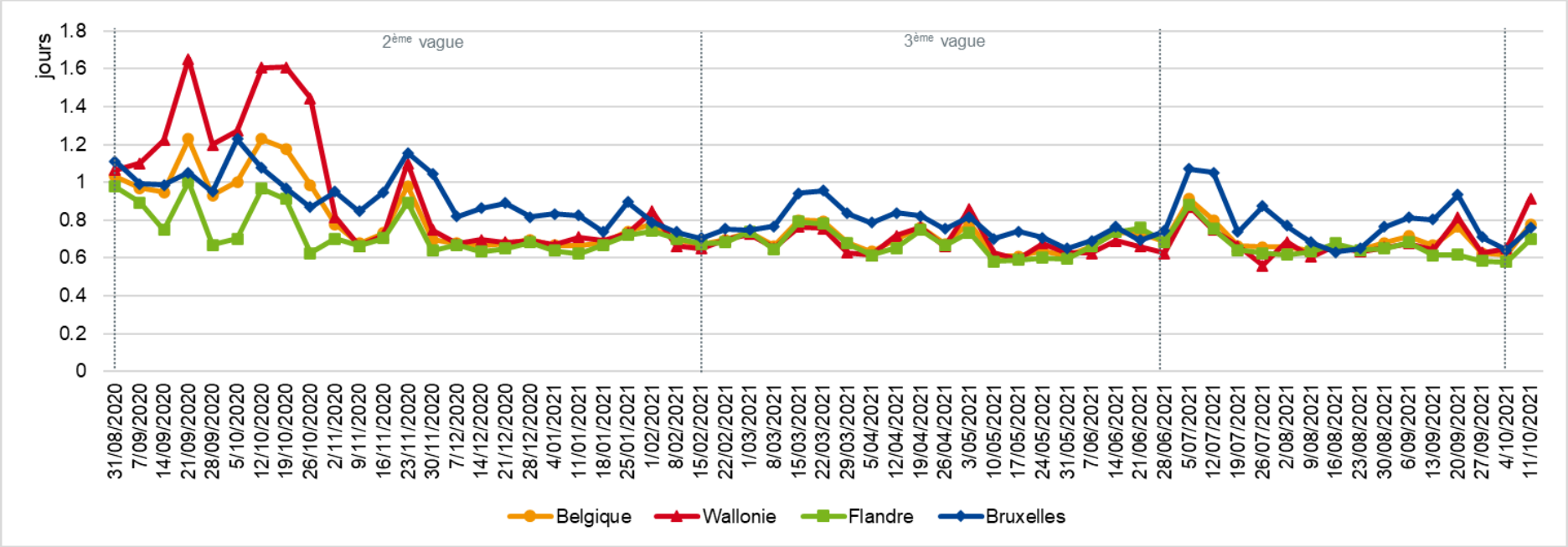
Source : Sciensano

Le traçage des contacts est un autre outil de santé publique majeur qui a été mis au point pour contrôler la propagation du COVID-19. Cependant, de nombreux pays ne sont pas parvenus à le mettre en œuvre efficacement.[115] Des retards peuvent survenir à chaque étape du processus : entre l'apparition des symptômes et la réalisation du test, entre la réalisation du test et la communication de son résultat, et entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts. Pour interrompre la transmission du COVID-19, l'ECDC recommandait que « le traçage des contacts soit effectué dans le plus grand nombre de cas possible et le plus rapidement possible ».[116]

Pour suivre ce paramètre en Belgique, nous mesurons la durée moyenne écoulée entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts (R-9, voir Figure 14). La base de données des résultats des tests de Sciensano a été reliée à la base de données du traçage des contacts via le numéro de registre national unique pseudonymisé. Aucune donnée n'étant disponible avant septembre 2020, l'indicateur ne peut hélas pas être calculé pour la période correspondant à la première vague de la pandémie. En outre, la durée écoulée entre un test positif et le début du traçage des contacts n'est calculée que pour les cas index (c'est-à-dire les personnes ayant un test de diagnostic positif) qui ont été effectivement contactés. Comme le pourcentage de cas index qui n'ont pas pu être contactés varie dans le temps et dépend du nombre de cas à contacter, les résultats ne sont pas comparables sur toutes les périodes. Le pourcentage de cas index qui n'ont pas pu être contactés est resté relativement constant (environ 8-9 %) entre septembre 2020 (aucune donnée disponible avant) et mi-octobre 2021. Cependant, ce pourcentage était plus élevé fin 2021 et début 2022 (variants Delta et Omicron) en raison du très grand nombre de cas index. Par exemple, il était de 17,2 % au cours de la semaine du 18 octobre 2021, de 45,8 % au cours de la semaine du 29 novembre 2021 et de 67,0 % au cours de la semaine du 15 novembre 2022[117-119]. Durant cette période, plusieurs stratégies ont été appliquées pour prioriser les cas index à contacter (en fonction, par exemple, de l'âge, de la charge virale, de la date du prélèvement ou de l'incidence du COVID-19 dans la zone) et des méthodes alternatives pour contacter les cas index par SMS et via un outil en ligne ont été déployées. Par conséquent, la mesure de la durée moyenne écoulée entre un test positif et le début du traçage des contacts est moins pertinente pour cette période, et les résultats n'ont pas pu être comparés à ceux obtenus avant octobre 2021. L'indicateur n'est dès lors calculé que pour la période comprise entre la semaine 36 de 2020 (semaine du 31 août 2020) et la semaine 41 de 2021 (semaine du 11 octobre 2021).

Pendant la majeure partie de la période étudiée, la durée moyenne écoulée entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts a été inférieure à 1 jour dans les trois régions du pays. Elle était la plus longue (1,23 jour) au début de la période étudiée (septembre-octobre 2020), lorsqu'un grand nombre de personnes devaient être contactées. Il n'est pas possible d'évaluer si elle était plus élevée ou non avant septembre 2020.

Figure 14 – Durée moyenne écoulée entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts (en jours)



Source : Sciensano

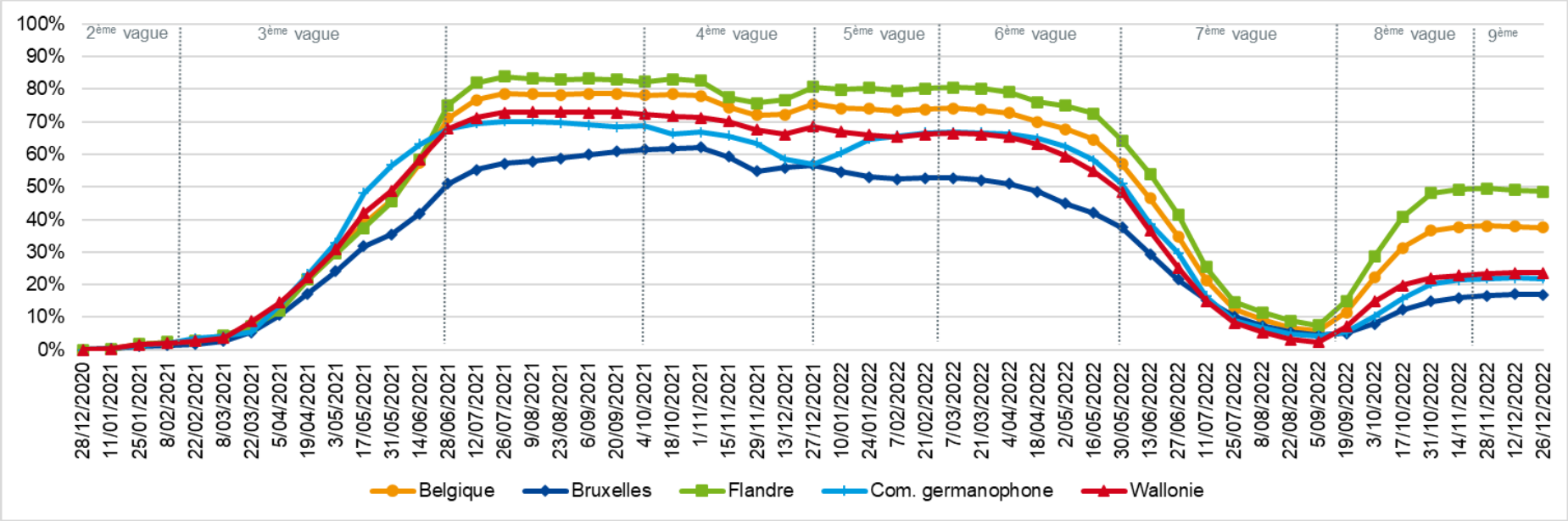
Le développement et le déploiement rapides des vaccins ont également été des facteurs importants de gestion de la pandémie.[17] La couverture de vaccination COVID-19 dans la population adulte et dans des groupes spécifiques (plus de 65 ans, plus de 85 ans, etc.) a été largement suivie à l'aide d'indicateurs tels que le pourcentage de la population ayant reçu la primovaccination ou la primovaccination et la dose de rappel.[120] Cependant, au fur et à mesure que le temps passe et qu'une grande partie de la population est vaccinée, la poursuite du suivi de ces indicateurs s'avère moins pertinente. Pour évaluer l'évolution de la performance du système de santé belge en ce qui concerne la vaccination COVID-19, nous utilisons le pourcentage de la population ayant reçu au moins une dose de vaccin au cours des six derniers mois (population adulte : R-10, voir Figure 15 ; population âgée de 65 ans et plus : R-11, voir Figure 16).

La pertinence de ces indicateurs dépend fortement du stade de la pandémie et du type de variant dominant. En particulier, au début de la campagne de vaccination, il était conseillé de prévoir un court délai entre les doses afin d'assurer une protection rapide de la population. Le premier rappel a été recommandé à toute la population adulte et administré principalement en hiver. Une fois la phase aiguë passée, un rappel annuel, avant chaque hiver, a été conseillé pour les groupes à risque. Par conséquent, l'intervalle de six mois est pertinent pour l'analyse en hiver, mais moins en été. Au contraire, le nombre de personnes recevant une dose de vaccin en été devrait être

limité, car ces personnes feraient face à une diminution de l'efficacité du vaccin en hiver. En outre, la vaccination est particulièrement recommandée pour garantir la protection contre les variants agressifs, et doit être effectuée au moment opportun pour assurer son adéquation au variant en question. Pour cette raison, l'interprétation de l'indicateur principal doit être nuancée en tenant compte à la fois de la période de l'année et du type de variant dominant.

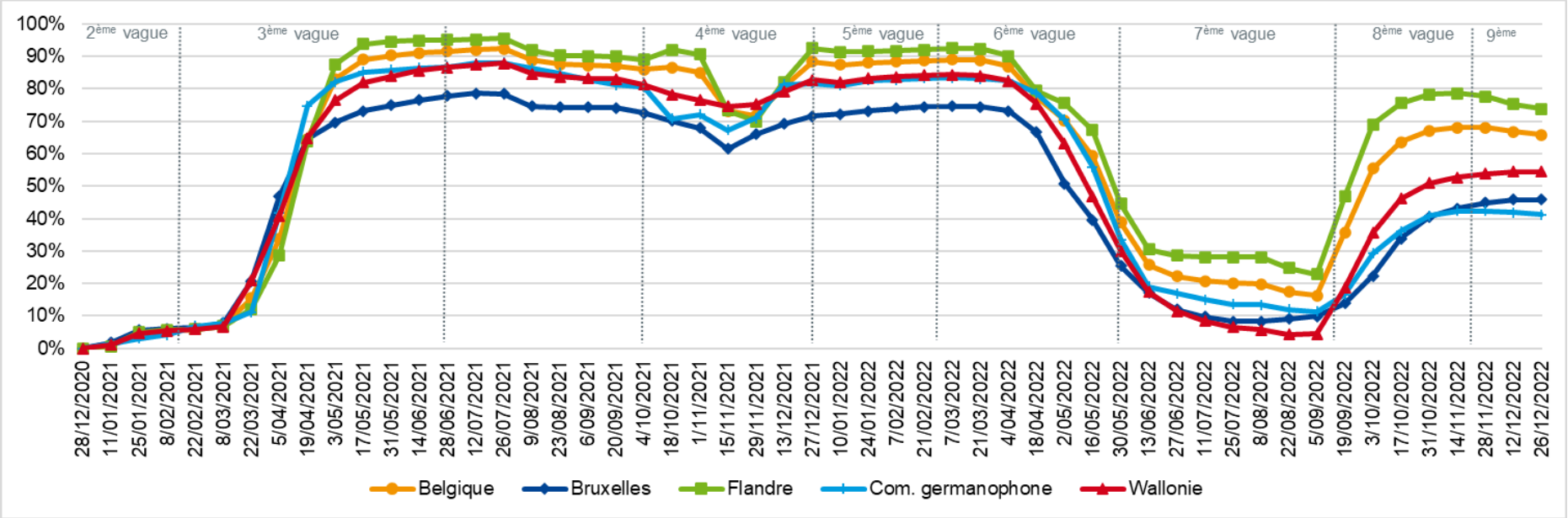
En Belgique, la grande majorité (> 97 %) des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu la primovaccination. Le pourcentage était de 89,3 % pour l'ensemble de la population adulte (âgée de 18 ans et plus), un chiffre supérieur à la moyenne des pays de l'UE-27 (77,0 %). En outre, plus de 90 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu la primovaccination et un premier rappel. Le pourcentage s'élevait à 76,3 % pour la population adulte, un chiffre supérieur à la moyenne des pays de l'UE-27 (65,4 %) et de l'UE-14 (73,1 %). Après la première campagne de rappel, une diminution de la proportion de la population ayant reçu au moins une dose au cours des six derniers mois a été observée. Grâce aux deuxième et troisième campagnes de rappel, cette part a ensuite augmenté, mais est restée largement inférieure à son niveau précédent (un maximum de 68,1 % a été atteint pour le groupe d'âge des 65 ans et plus et de 38,0 % pour la population adulte). Fin 2022, 65,8 % des personnes âgées de 65 ans et plus et 37,6 % des adultes âgés de 18 ans et plus avaient reçu au moins une dose au cours des six derniers mois. Ces proportions étaient de 73,8 % et 48,6 % en Flandre, 54,4 % et 23,6 % en Wallonie (hors Communauté germanophone), 41,3 % et 21,9 % en Communauté germanophone et 45,9 % et 17,0 % à Bruxelles.

Figure 15 – Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus ayant reçu au moins une dose de vaccin COVID-19 au cours des six derniers mois



Source : Sciensano

Figure 16 – Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus ayant reçu au moins une dose de vaccin COVID-19 au cours des six derniers mois



Source : Sciensano

Tableau 19 – Résilience du système de santé

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Flandre	Wallonie*	Bruxelles	Période	Source
R-1 ***New***	Professionnels d'aide et de soins qui envisagent (score ≥ 7 sur une échelle de 0 à 10) d'abandonner la profession (% des répondants)		Pré-choc ? Pire 27,6 % Meilleure 15,2 % Récente 27,6 %	Pré-choc ? Pire 28,6 % Meilleure 15,3 % Récente 28,6 %	Pré-choc ? Pire 26,7 % Meilleure 23,1 %** Récente 24,0 %	Pré-choc ? Pire 27,5 % Meilleure 9,3 % Récente 22,8 %	04/20-09/21 (** Wallonie : 12/20-09/21)	Sciensano (Power to Care)
R-2 ***New***	Part des lits d'hôpital fermés (en raison de l'absentéisme au sein du personnel ou d'un cas de force majeure)		Pré-choc ? Pire 10,1 % Meilleure 5,4 % Récente 7,2 %	Pré-choc ? Pire 10,5 % Meilleure 4,9 % Récente 6,4 %	Pré-choc ? Pire 9,3 % Meilleure 5,5 % Récente 8,7 %	Pré-choc ? Pire 12,2 % Meilleure 7,1 % Récente 7,1 %	22/11/21-31/12/22	SPF Santé publique (ICMS)

R-3	Nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux	🔴	Pré-choc 1 636,9 Pire 2 675,7 Meilleure 2 258,3 Récente 2 572,1	Pré-choc 908,3 Pire 1 390,2 Meilleure 1 176,7 Récente 1 293,6	Pré-choc 387,5 Pire 724,9 Meilleure 593,9 Récente 704,6	Pré-choc 341,1 Pire 560,5 Meilleure 487,8 Récente 573,9	31/12/19-31/12/21	SPF Santé publique
R-4 ***New***	Nombre d'actes chirurgicaux essentiels à l'hôpital (base 2019 = 100)	🟡	Pré-choc 100 Pire 56,9 Meilleure 112,1 Récente 90,4	Pré-choc 100 Pire 60,5 Meilleure 111,6 Récente 93,7	Pré-choc 100 Pire 53,7 Meilleure 115,7 Récente 88,8	Pré-choc 100 Pire 51,1 Meilleure 114,7 Récente 89,4	03/20-01/23	INAMI (Cellule Audit Hôpitaux)
R-5 ***New***	Nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs (par mois) (exprimé en pourcentage du nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs au cours de la période pré-COVID)	🟢	Pré-choc 100 % Pire 61,0 % Meilleure 119,9 % Récente 112,2 %	Pré-choc 100 % Pire 63,2 % Meilleure 123,4 % Récente 114,1 %	Pré-choc 100 % Pire 59,4 % Meilleure 114,2 % Récente 109,5 %	Pré-choc 100 % Pire 51,7 % Meilleure 119,8 % Récente 109,4 %	01/20-12/21	Fondation Registre du Cancer
R-6 ***New***	Hôpitaux où le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 est supérieur à 60 % (% des hôpitaux généraux avec lits de SI agréés)	🟡	Pré-choc ? Pire 80,6 % Meilleure 0 % Récente 0 %	Pré-choc ? Pire 76,5 % Meilleure 0 % Récente 0 %	Pré-choc ? Pire 100 % Meilleure 0 % Récente 0 %	Pré-choc ? Pire 90,9 % Meilleure 0 % Récente 0 %	20/03/20-31/12/22	SPF Santé publique (ICMS et enquête SC)
R-7 ***New***	Nombre de contacts avec un MG (en ce compris les téléconsultations) (exprimé en pourcentage du nombre total de contacts avec un MG au cours de la période pré-COVID)	🟢	Pré-choc 100 % Pire 84,5 % Meilleure 133,1 % Récente 120,0 %	Pré-choc 100 % Pire 82,5 % Meilleure 129,7 % Récente 116,0 %	Pré-choc 100 % Pire 87,1 % Meilleure 140,5 % Récente 127,2 %	Pré-choc 100 % Pire 85,2 % Meilleure 141,8 % Récente 127,6 %	01/20-12/21	INAMI
R-8 ***New***	Durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat du test COVID-19 (en jours)	🟡	Pire 1,54 Meilleure 0,36 Récente 0,36	Pire 1,44 Meilleure 0,34 Récente 0,35	Pire 1,71 Meilleure 0,34 Récente 0,34	Pire 1,71 Meilleure 0,45 Récente 0,52	31/08/20-21/02/22	Sciensano
R-9 ***New***	Durée moyenne écoulée entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts (en jours)	🟡	Pire 1,23 Meilleure 0,61 Récente 0,78	Pire 1,01 Meilleure 0,58 Récente 0,70	Pire 1,65 Meilleure 0,56 Récente 0,91	Pire 1,23 Meilleure 0,63 Récente 0,76	31/08/20-11/10/21	Sciensano
R-10 ***New***	Vaccination COVID-19 au cours des six derniers mois (au moins une dose, % de la population)	🟡	Meilleure 78,7 % Récente 37,6 %	Meilleure 83,8 % Récente 48,6 %	Meilleure 73,0 % Récente 23,6 %	Meilleure 62,2 % Récente 17,0 %	28/12/20-19/11/22	Sciensano
R-11 ***New***	Vaccination COVID-19 au cours des six derniers mois (au moins une dose, % des personnes âgées (≥ 65 ans))	🟢	Meilleure 92,3 % Récente 65,8 %	Meilleure 95,5 % Récente 73,8 %	Meilleure 87,8 % Récente 54,5 %	Meilleure 78,6 % Récente 45,9 %	28/12/20-19/11/22	Sciensano

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

** Pour R-10 et R-11, hors Communauté germanophone.*

8.4 Impact de la crise du COVID-19 sur d'autres indicateurs HSPA

Outre les perturbations identifiées ci-dessus, la crise du COVID-19 a eu un impact sur de nombreux indicateurs et dimensions de la performance du système de santé. En raison du manque de données répétées, il n'est cependant pas possible de mesurer l'ampleur de la perturbation, la durée de la perturbation et l'ampleur du rebond pour tous les indicateurs. Néanmoins, le Tableau 20 présente une comparaison entre les résultats avant et après/pendant la pandémie de COVID-19 pour une sélection d'indicateurs pertinents identifiés dans d'autres dimensions du cadre HSPA belge.

Qualité

Une diminution du recours total aux antibiotiques dans le secteur ambulatoire en Belgique (QA-3) a été observée entre 2016 et 2020, mais l'année 2020 montre une baisse plus marquée (de 19,7 à 15,2 DDD/1 000 habitants/jour). Cette tendance à la baisse peut s'expliquer par plusieurs éléments, dont la réduction des contacts sociaux, donc de la transmission des maladies contagieuses, et la réduction du nombre de contacts avec des MG. Cependant, les chiffres sont repartis à la hausse en 2021 et, au cours des prochaines années, la consommation reviendra probablement à ses niveaux d'avant la crise.

Les techniques d'imagerie de la colonne (QA-6) sont passées de 10 153 examens pour 100 000 habitants en 2019 à 8 004 en 2020, comme observé pour de nombreux autres services hospitaliers pendant la pandémie. En 2021, le nombre d'examens a augmenté pour atteindre un niveau compris entre ceux de 2019 et de 2020 (9 421 examens pour 100 000 habitants).

Le taux d'hospitalisations liées à l'asthme (QE-1) et à la BPCO (QE-10) a fortement diminué en 2020 par rapport à 2019, passant de 23,6 à 13,5 pour 100 000 habitants pour l'asthme et de 277,3 à 180,5 pour 100 000 habitants pour la BPCO. Cette baisse coïncide avec la réduction des soins hospitaliers réguliers observée lors des vagues de la pandémie (voir par exemple R-4 ci-dessus). En 2021, le taux d'hospitalisations liées à l'asthme est resté proche de sa valeur de 2020 (13,7 pour 100 000 habitants), alors que le taux d'hospitalisations liées à la BPCO a continué à diminuer (169,8 pour 100 000 habitants).

Efficience

La durée moyenne du séjour pour un accouchement normal (E-2) est passée de 2,99 jours en 2019 à 2,71 jours en 2020. Cette baisse peut s'expliquer au moins en partie par les mesures prises pendant la pandémie de COVID-19, comme les sorties précoces ou la restriction des visites. Il est également possible que cela ait entraîné des changements plus durables des attitudes concernant les sorties précoces. En 2021, la durée moyenne du séjour pour un accouchement normal est resté stable (2,69 jours) par rapport à 2020.

Accessibilité

Les contributions personnelles ont diminué en raison des confinements et du report des soins non urgents en réaction à la crise du COVID-19. En termes relatifs, les contributions personnelles, que ce soit en pourcentage des dépenses de santé courantes (A-2) ou en pourcentage de la consommation finale des ménages (A-3), ont connu une baisse importante en 2020 et un léger rebond en 2021. Il est intéressant de noter que la moyenne des contributions personnelles dans les soins de santé dans l'UE, exprimées en pourcentage de la consommation finale des ménages, n'a pas enregistré de baisse comme en Belgique, mais plutôt une légère augmentation.

Le COVID-19 a également eu un impact profond sur les contributions personnelles dans les soins hospitaliers (A-5), avec des taux de contraction similaires pour les tickets modérateurs et les suppléments et pour les soins hospitaliers classiques et d'hôpital de jour. Le rebond a toutefois varié, avec des taux de croissance plus faibles pour les soins hospitaliers classiques et les tickets modérateurs par rapport aux soins en hôpital de jour et aux suppléments. L'effet combiné a été une baisse de la part des contributions personnelles dans les dépenses en soins hospitaliers de 18,6 % en 2019 à 17,1 % en 2020, suivie d'un rebond (17,6 %) en 2021.

La crise du COVID-19 a eu un impact sur le report des soins en général, mais pas sur la tendance à la baisse des besoins autodéclarés non satisfaits pour des raisons financières (A-6 et A-7). Les mesures liées au COVID-19 telles que les confinements et la réduction des soins non urgents ont eu un impact sur l'accessibilité des soins médicaux et dentaires. Celui-ci est particulièrement prononcé dans la vague EU-SILC 2021, avec une proportion considérablement plus élevée de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont eu besoin de soins médicaux (ou de soins dentaires) mais qui n'ont pas pu en recevoir au cours des 12 derniers mois (c'est-à-dire dans le courant de l'année 2020 et début 2021) pour toutes les raisons combinées : 2,2 % en 2020, 3,0 % en 2021 et 1,6 % en 2022 pour les soins médicaux et 4,8 % en 2020, 5,9 % en 2021 et 3,9 % en 2022 pour les soins dentaires. Cependant, à l'examen des raisons des besoins non satisfaits, ce ne sont pas des raisons financières, mais « d'autres raisons » et les « listes d'attente » qui ont été citées comme motif principal de l'inaccessibilité des soins. Le pourcentage de répondants ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons de délai d'attente (A-13B et A-14B) est passé de 0,0-0,1 % au cours des quatre années précédentes (2017-2020) à 0,5-0,6 % en 2021. En 2022, ces pourcentages sont revenus à leurs niveaux pré-COVID.

Soutenabilité

Une augmentation du financement public des soins de santé a été observée pendant la pandémie de COVID-19. En pourcentage des dépenses courantes de santé, le financement public des soins de santé (S-3) a augmenté de 2,67 points de pourcentage entre 2019 et 2020. Cela a été principalement financé par une augmentation des transferts des recettes publiques intérieures.

Prévention

Une diminution substantielle de l'incidence estimée de la rougeole (P-5) a été observée (de 38,1 cas à 4,0 cas par million d'habitants), probablement en raison des restrictions mises en place pour arrêter la transmission du COVID-19. Cependant, une sous-déclaration ou des retards de notification de la rougeole pendant l'épidémie de COVID-19 ne peuvent être exclus. Cette baisse s'est poursuivie en 2021 (0,4 cas par million d'habitants). D'autre part, une augmentation des taux de mortalité évitable (P-13) est observée en raison de l'ajout du COVID-19 comme cause évitable de décès.

Le dépistage du cancer du sein (P-6 et P-7) a également régressé en raison de la crise du COVID-19 (voir également R-6 ci-dessus). Le pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans ayant eu un dépistage du cancer du sein a diminué en 2020 par rapport à 2019. Un effet rebond est observé en 2021, bien que les taux soient encore inférieurs à ceux de 2019. De la même manière, le pourcentage de la population âgée de 3 ans et plus ayant des contacts réguliers avec un dentiste (P-11) a diminué en 2020 par rapport à 2019 (de 55,7 % à 54,4 %). Cependant, aucun effet rebond direct n'est observé, puisque la baisse s'est poursuivie en 2021 (53,8 %).

La vaccination contre la grippe (P-4) a bénéficié d'une sensibilisation accrue pendant la période du COVID-19, de sorte que le pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe est passé de 52,9 % en 2019 à 62,1 % en 2020. En 2021, il est redescendu à 57,3 %, ce qui reste plus élevé qu'en 2019.

Soins aux personnes âgées

La proportion de la population âgée de 65 ans et plus bénéficiant de soins de longue durée à domicile (OLD-2) a légèrement diminué en 2020 par rapport à 2019 (de 7,6 % à 7,3 %), probablement en raison de la pandémie de COVID-19. En 2021, elle est remontée à son niveau de 2019 (7,6 %).

Soins de fin de vie

Sur la période 2008-2019, le pourcentage de patients atteints de cancer et décédés au lieu de résidence habituel (EOL-4) est resté plus ou moins stable. En 2020 par contre, il a augmenté pour atteindre 28,6 % (contre 22,6 % en 2019), probablement en raison de la pandémie de COVID-19. Aucune autre donnée n'est disponible à ce stade.

Tableau 20 – Impact de la crise du COVID-19 sur d'autres indicateurs HSPA

ID	Indicateur	Valeur pré-COVID	Année	Valeur COVID	Année	Valeur post-COVID	Année
	Qualité						
QA-3	Recours aux antibiotiques (total des DDD/1 000 habitants/jour)	19,7	2019	15,2	2020	16,0	2021
QA-6	Imagerie de la colonne (radiographie, CT scan, IRM par 100 000 habitants)	10 153	2019	8 004	2020	9 421	2021
QE-1	Hospitalisations liées à l'asthme chez l'adulte (/100 000 habitants)	23,6	2019	13,5	2020	13,7	2021
QE-10	Hospitalisations liées à la BPCO chez l'adulte (/100 000 habitants)	277,3	2019	180,5	2020	169,8	2021
	Efficience						
E-2	Durée moyenne du séjour pour un accouchement normal (en jours)	3,0	2019	2,7	2020	2,7	2021
	Accessibilité						
A-2	Contributions personnelles dans les soins de santé (% des dépenses de santé courantes)	19,8	2019	17,4	2020	17,9	2021
A-3	Contributions personnelles dans les soins médicaux (% de la consommation finale des ménages)	4,0	2019	3,6	2020	3,7	2021
A-5	Contributions personnelles dans les soins hospitaliers (% des dépenses totales en soins hospitaliers)	18,6	2019	17,1	2020	17,6	2021
A-13B	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons de délai d'attente (% des répondants)	0,0	2020	0,5	2021	0,0	2022
A-14B	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins dentaires non satisfaits pour des raisons de délai d'attente (% des répondants)	0,0	2020	0,6	2021	0,1	2022
	Soutenabilité						
S-3	Financement public des soins de santé (% des dépenses courantes de santé)	75,3	2019	77,9	2020	77,6	2021
	Prévention						
P-4	Vaccination contre la grippe (% de la population ≥ 65 ans)	52,9	2019	62,1	2020	57,3	2021
P-5	Incidence de la rougeole (nouveaux cas/million habitants)	38,1	2019	4,0	2020	0,4	2021
P-6	Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	61,0	2019	57,7	2020	59,0	2021
P-7	Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	32,3	2019	30,3	2020	31,5	2021

P-11	Contacts réguliers avec un dentiste (% de la population ≥ 3 ans)	55,7	2019	54,4	2020	53,8	2021
P-13	Mortalité évitable, hommes	193,4	2019	243,1	2020	-	-
P-13	Mortalité évitable, femmes	91,6	2019	113,8	2020	-	-
	Soins aux personnes âgées						
OLD-2	Soins de longue durée à domicile (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	7,6	2019	7,3	2020	7,6	2021
	Soins de fin de vie						
EOL-4	Décès au lieu de résidence habituel (domicile ou institution) (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic décédés)	22,6	2019	28,6	2020	-	-

8.5 Autres indicateurs de résilience du système de santé

La préparation est un élément de la résilience du système de santé. Le Tableau 21 décrit deux indicateurs de préparation qui ne sont pas spécifiques à la pandémie de COVID-19 : la probabilité perçue que les institutions gouvernementales seraient préparées à faire face à une nouvelle pandémie (R-13) et la préparation du pays aux risques pour la santé publique et aux événements graves (R-14). En 2021, environ 37 % des répondants belges interrogés dans le cadre de l'enquête de l'OCDE sur les déterminants de la confiance dans les pouvoirs publics (« enquête sur la confiance ») ont exprimé leur confiance dans le fait que les institutions gouvernementales soient prêtes à faire face à une nouvelle pandémie ; c'est moins que les moyennes de l'UE-14 (49 %) et de l'UE-27 (48 %). À l'aide d'un outil d'autoévaluation (SPAR), le score moyen toutes capacités du Règlement sanitaire international (RSI) fournit des informations sur la capacité de préparation d'un pays aux risques pour la santé publique et aux événements graves. En 2022, le score RSI moyen toutes capacités de la Belgique (63 %) était inférieur aux scores moyens de l'UE-14 (77 %) et de l'UE-27 (76 %). Les scores de capacité RSI les plus faibles de la Belgique concernaient les domaines « Instruments politiques, juridiques et normatifs pour l'application du RSI », « Coordination pour le RSI, fonctions du point focal national et promotion du RSI », « Zoonoses » et « Sécurité sanitaire des aliments ».

Le Tableau 21 contient également un indicateur sur la constitution d'une réserve de main-d'œuvre (R-12). Cet indicateur a été jugé très pertinent pour évaluer la résilience face à la pandémie de COVID-19, mais n'a pas été inclus dans l'analyse ci-dessus en raison de l'absence de données répétées. Pendant la pandémie de COVID-19, la Belgique a établi des listes de réserve pour soutenir le personnel de santé en activité, avec un enregistrement possible via des plateformes dédiées. Sur la base des données des entités fédérées, il apparaît que près de 19 000 professionnels de la santé se sont enregistrés sur ces plateformes : 12 779 professionnels de la santé en Flandre au 28 avril 2021, 5 865 nouveaux enregistrements en Wallonie entre 2020 et 2022, 133 enregistrements à Bruxelles entre août 2020 et décembre 2020, et 37 enregistrements en Communauté germanophone (aucune période de référence fournie).

Tableau 21– Autres indicateurs de résilience du système de santé

(ID) Indicateur		Score	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Communauté germanophone	Source
R-12 *New*	Réserve de main-d'œuvre	**C**	2020-2021	~12 779	~5 865	~133	~37	Entités fédérées

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Année	Source	UE-14	UE-27
R-13 *New*	Personnes estimant que les institutions gouvernementales seraient préparées à faire face à une nouvelle pandémie (% des répondants)	🔴	37	2021	Enquête de l'OCDE sur la confiance	49	48
R-14 *New*	Préparation du pays aux risques pour la santé publique et aux événements graves (score moyen sur une échelle de 1 à 100)	🟡	63	2022	SPAR, OMS	77	76

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

8.6 Conclusion

Comme dans beaucoup d'autres pays, la performance du système de santé belge a été affectée par la crise du COVID-19. Au cours des premières vagues de l'épidémie, les indicateurs liés à la main-d'œuvre, aux services de santé essentiels et aux services de santé publique de routine ont montré des perturbations majeures. Cependant, après ce choc, le système a fait preuve d'une certaine résilience et un grand nombre d'indicateurs ont retrouvé plus ou moins rapidement leur niveau d'avant la crise. Bien qu'il soit prématuré d'évaluer l'ampleur de ce rebond post-crise, pour de nombreux indicateurs HSPA, les résultats obtenus en 2021 sont meilleurs que ceux de 2020 et retrouvent même parfois le niveau de 2019. Le système de santé belge a également été capable de s'adapter et se transformer, par exemple en limitant le débordement des soins intensifs par des transferts entre hôpitaux, en instaurant les téléconsultations et en déployant des programmes de vaccination.

Cependant, pour les indicateurs liés à la capacité du système à garantir une main-d'œuvre suffisante, la situation est plus alarmante. Dans ce chapitre, des indicateurs mesurant le bien-être et l'absentéisme des professionnels de la santé sont analysés. Bien qu'ils soient imparfaits et qu'ils ne mesurent que partiellement le bien-être et l'absentéisme, aucun rebond n'est encore observé.

En outre, la confiance dans la préparation des pouvoirs publics aux crises futures est limitée.

9 SOINS PRÉVENTIFS

La prévention comprend deux types d'interventions : la « prévention primaire », qui vise à réduire ou supprimer l'apparition d'une maladie (par exemple, la vaccination), et la « prévention secondaire », qui vise à détecter l'apparition d'une maladie à un stade précoce afin d'instaurer un traitement aussi tôt que possible de manière à en limiter les conséquences en termes de mortalité et de morbidité/invalidité (par exemple, le dépistage du cancer ou les visites de contrôle chez le dentiste). Seule la prévention primaire organisée par le système de santé est décrite ici.

Pour ce rapport, nous avons sélectionné, pour évaluer la prévention primaire, des indicateurs mesurant la couverture vaccinale contre des maladies infantiles évitables par la vaccination, ainsi que la vaccination des personnes âgées. Pour évaluer la prévention secondaire, nous avons retenu des indicateurs portant sur le dépistage de certains cancers et sur les soins dentaires préventifs. Tous les indicateurs repris dans le Tableau 22 sont des indicateurs de processus évaluant la couverture de la prévention, à l'exception d'un seul, l'incidence de la rougeole, qui est un indicateur de résultat.

Rappelons que l'organisation des interventions préventives incombe principalement aux entités fédérées, avec une certaine implication des autorités fédérales pour une partie des remboursements. Selon le cas, les programmes régionaux peuvent être assez similaires (par exemple, la vaccination des enfants ou le dépistage du cancer du sein) ou présenter des différences plus ou moins importantes. C'est pourquoi, en plus de cette évaluation au niveau national, l'évaluation de la performance du système de santé devrait également être réalisée à l'échelon régional.

Vaccination des enfants et des adolescents

La Belgique est plutôt performante en ce qui concerne la vaccination infantile : le taux de couverture du schéma de vaccination complet pour le vaccin DTP/polio (4 doses) a atteint environ 94 % en 2020, ce qui n'est que légèrement inférieur à la valeur cible pour la polio et la coqueluche (95 %). De nombreux petits foyers de coqueluche ont encore été observés. La couverture de la vaccination contre le pneumocoque était satisfaisante.

En ce qui concerne la rougeole, l'OMS a quantifié des objectifs à atteindre en vue de son éradication : un taux de couverture de 95 % pour les deux doses de vaccination et une incidence de la maladie inférieure à 1 cas par million d'habitants. En ce qui concerne le **taux de couverture** de la première dose de vaccination contre la **rougeole**, cette valeur cible de 95 % est atteinte depuis 2012 en moyenne pour la Belgique. Elle a été atteinte en 2012 en Flandre et en 2015 en Wallonie, et Bruxelles en a été très proche (94,8 %) en 2019. Cependant, pour la seconde dose (administrée au début de l'adolescence), le taux de couverture moyen n'était que de 83 % pour la Belgique en 2020, ce qui est beaucoup trop faible. On observe d'importantes différences régionales : en Flandre, le taux a atteint presque 90 %, mais en Wallonie et à Bruxelles, il fluctuait entre 51 et 75 % seulement. Ces chiffres doivent toutefois être interprétés avec prudence car la méthodologie varie d'une région à l'autre, et il se peut que la couverture à Bruxelles et en Wallonie ait été sous-estimée, en particulier lors de la dernière enquête (51 %). Une nouvelle enquête de couverture vaccinale est en cours d'analyse.

En ce qui concerne l'**incidence de la rougeole**, après les deux épidémies de 2011 et 2017 et celle de 2019, l'incidence estimée a diminué en 2020 et 2021. Cette baisse est probablement liée aux mesures restrictives mises en place pour arrêter la transmission du COVID-19 et est potentiellement due à la sous-déclaration pendant la crise (voir également la section 8.4). En 2020, l'OMS a déclaré la rougeole éradiquée en Belgique. Des efforts continus et ciblés restent cependant nécessaires, non seulement pour atteindre un taux de couverture de 95 % pour les deux doses de la vaccination, mais aussi pour détecter et vacciner les groupes d'adultes non vaccinés.

Au niveau de la vaccination contre le HPV (papillomavirus humain ou PVH), la couverture nationale des filles de moins de 15 ans (69,3 %) était encore loin de la valeur cible de 90 % fixée par l'OMS. La vaccination a débuté en septembre 2019 chez les garçons. La couverture vaccinale était plus élevée en Flandre.

La pandémie de COVID-19 a eu très peu ou pas d'impact sur la vaccination des jeunes enfants. Cependant, il est possible qu'il y ait eu un impact mineur sur la vaccination des adolescents, en particulier en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Vaccination contre la grippe

La vaccination des personnes âgées (≥ 65 ans et ne vivant pas en institution) contre la grippe a connu un recul entre 2010 et 2019, a augmenté pendant la pandémie de COVID-19 et a de nouveau diminué pour atteindre un taux de couverture de 57,3 % en 2021 (voir également la section 8.4). Les différences de couverture vaccinale selon le statut socioéconomique étaient mineures (voir section 7.1), alors que le taux de vaccination étaient légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes et plus élevé en Flandre qu'à Bruxelles et en Wallonie. Cependant, la couverture globale est restée bien en deçà de l'objectif de 75 % fixé par l'OMS. En 2021, la couverture vaccinale contre la grippe en Belgique se situait entre la moyenne de l'UE-27 et celle de l'UE-14.

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

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, le taux de couverture global (incluant la participation au programme de dépistage organisé et le dépistage opportuniste) était de 59,0 % en 2021, alors qu'un taux de participation de 75 % est recommandé. Ce faible taux de couverture était stable dans le temps (pour la période du COVID-19, voir la section 8.4). En Flandre, le taux de couverture global était plus élevé de 18 points de pourcentage (différence absolue) que dans les autres régions, soit une différence relative de 38 %. Si l'on se limite au dépistage organisé, l'écart entre les régions était encore bien plus important : en Flandre, 49,2 % des femmes ont participé au programme organisé, alors qu'en Wallonie et à Bruxelles, c'était le cas pour seulement 4,0 % et 9,0 % (respectivement) des femmes. Dans ces deux régions, le dépistage du cancer du sein se faisait surtout de façon opportuniste. Cet état de fait soulève la question de l'efficience globale du programme. Il existait en outre d'importantes différences socioéconomiques (voir section 7.1).

En 2021, le taux couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus était de 53,7 % des femmes âgées de 20 à 69 ans sans exclusions médicales et de 57,4 % des femmes de la même tranche d'âge avec exclusions médicales. La couverture sans exclusions médicales était similaire dans les trois régions (52 %), et inférieure à la recommandation de 85 %. En Flandre, seule région ayant un programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus (pour les femmes âgées de 25 à 64 ans), le taux de couverture avec exclusions médicales a atteint 62,7 % en utilisant la population cible du programme. En 2021, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus en Belgique était inférieur à la moyenne de l'UE-14 (59,6 %) mais supérieur à celle de l'UE-27 (53,2 %).

Des programmes de dépistage du cancer colorectal par test de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS ; en anglais, *faecal occult blood test* ou FOBT) existent en Wallonie et à Bruxelles depuis 2009 et en Flandre depuis 2013. Différents indicateurs de couverture peuvent être calculés, car la stratégie consiste soit à réaliser un test RSOS (s'il n'y a pas de facteurs de risque), soit à effectuer une coloscopie (s'il existe des facteurs de risque). Le taux total de dépistage du cancer colorectal n'était que de 53,6 % en 2021, dont 32,6 % pour le dépistage via le programme organisé et 21,1 % pour le dépistage opportuniste. Le taux total de couverture du dépistage n'atteignait la recommandation de 65 % qu'en Flandre, où la couverture était deux fois plus élevée qu'à Bruxelles et en Wallonie. Le taux de couverture belge était inférieur à la moyenne de l'UE-14 mais supérieur à celle de l'UE-27.

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

L'indicateur « contacts réguliers avec un dentiste »[t] est le seul de cette section qui ne relève pas de la compétence des entités fédérées. Les résultats sont mauvais, puisque seulement 53,8 % de la population a eu des contacts réguliers avec un dentiste en 2021, ce taux étant plus faible en Wallonie (48,7 %) et à Bruxelles (47,4 %) qu'en Flandre (57,6 %). Ces chiffres sont restés relativement stables au cours du temps dans toutes les régions. Les taux de fréquentation étaient plus faibles dans les groupes plus défavorisés (voir section 7.1). Pour la période du COVID-19, nous vous renvoyons à la section 8.4.

Les taux de fréquentation plus élevés observés chez les enfants âgés de 5 à 17 ans (67 à 71 %) peuvent probablement s'expliquer en partie par les traitements orthodontiques, fréquents dans cette tranche d'âge. La faible fréquentation des cabinets dentaires, malgré le remboursement intégral de la plupart des soins dentaires préventifs et conservateurs chez les jeunes de moins de 18 ans, soulève des questions sur les facteurs qui freinent l'accès à ces soins bucco-dentaires (préventifs).

Mortalité évitable grâce à la prévention (mortalité que l'on pourrait « prévenir »)

On dit qu'un décès pourrait être « prévenu » si, à la lumière de la compréhension des déterminants de la santé au moment du décès, il aurait pu être évité grâce à des interventions efficaces de santé publique et de prévention primaire.

Par rapport aux autres pays de l'UE-14, la Belgique est mal classée pour les hommes et les femmes. La mortalité évitable grâce à la prévention était particulièrement élevée en 2020 en raison de l'intégration du COVID-19 comme cause de mortalité évitable (voir également la section 8.4). La mortalité évitable grâce à la prévention était plus de deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Les différences régionales se sont creusées en 2020. Chez les hommes, la mortalité prématurée était 56 % plus élevée en Wallonie et 46 % plus élevée à Bruxelles qu'en Flandre ; chez les femmes, elle était 51 % plus élevée en Wallonie et 33 % plus élevée à Bruxelles qu'en Flandre.

Conclusion

La performance de la prévention en Belgique était plutôt médiocre. Seule la couverture vaccinale des nourrissons a atteint un niveau acceptable, même si elle devrait encore être améliorée pour atteindre les valeurs cibles définies. La vaccination des adolescents contre la rougeole et le HPV (papillomavirus humain) n'a pas atteint la valeur cible, en particulier en Wallonie et à Bruxelles. Malgré une augmentation pendant la pandémie de COVID-19, la vaccination des personnes âgées contre la grippe est restée insuffisante dans les trois régions. Le taux de dépistage du cancer du sein est resté trop faible, surtout à Bruxelles et en Wallonie, et ce même si l'on examine le taux de couverture global (dépistages organisé + opportuniste). Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus était nettement inférieur au taux cible dans toutes les régions, et le taux de couverture du dépistage du cancer colorectal était inférieur à la valeur cible en Wallonie et à Bruxelles. La proportion de la population ayant des contacts réguliers avec un dentiste est restée insuffisante. Enfin, la mortalité évitable grâce à la prévention est restée élevée et supérieure aux moyennes de l'UE.

[t] Avoir des contacts réguliers avec un dentiste signifie avoir eu au moins deux contacts durant au moins deux années différentes au cours des trois dernières années.

Tableau 22 – Indicateurs de prévention

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Année	Objectif	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
Couverture vaccinale											
P-1	Vaccination contre la polio (4e dose, %)		94,0	2020	95	94,2	94,3	92,8	Sciensano – Entités fédérées	-	-
P-12	Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche chez les enfants (4e dose, %)		93,9	2020	90-95	94,2	94,0	92,6	Sciensano – Entités fédérées	-	-
P-2a	Vaccination contre la rougeole chez les enfants (1re dose, %)		96,0	2020	95	96,1	96,5	94,8	Sciensano – Entités fédérées	-	-
P-2b	Vaccination contre la rougeole chez les adolescents (2e dose, %)		83,0[a]	2020	95	89,2	***51,1[b]***		Sciensano – Entités fédérées	-	-
P-3	Vaccination contre le pneumocoque chez les enfants (3e dose, %)		93,8	2020	-	95,4	92,0	91,7	Sciensano – Entités fédérées	-	-
P-4	Vaccination contre la grippe (% de la population ≥ 65 ans)[c]	ST	57,3	2021	75	64,7	**49,1**	**46,3**	AIM ; OCDE	62,8	43,2
P-14 ***New***	Vaccination contre le HPV chez les filles (2e ou 3e dose selon les vaccins, %)		69,3	2020	90	84,3	**50,2**		Sciensano – Entités fédérées	-	-
Incidence des maladies infectieuses évitables par la vaccination											
P-5	Incidence de la rougeole (nouveaux cas/million habitants)[d]		0,4[e]	2021	< 1	0,5	0,5	0	Sciensano – Entités fédérées	0,1	
Dépistage du cancer[f]											
P-6	Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	ST	59,0	2021	75	65,8	**49,2**	**48,0**	AIM ; OCDE	61,4	54,5
P-7	Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	ST	31,5	2021	75	49,2	**4,0**	**9,0**	AIM	-	-
P-8	Dépistage du cancer du col de l'utérus (% des femmes âgées de 20 à 69 ans)		53,7	2021	85	52,0	51,8	52,0	RBC[g] ; OCDE	59,6	53,2

P-9	Dépistage du cancer colorectal (FOBT) (% de la population âgée de 50 à 74 ans)	🔴	53,6	2021	65	66,1	**33,2**	**33,2**	RBC[g] ; OCDE	54,6	45,7
Santé bucco-dentaire – contacts avec un dentiste											
P-11	Contacts réguliers avec un dentiste[h] (% de la population ≥ 3 ans)	ST	53,8	2021	-	57,6	48,7	47,4	AIM	-	-
Mortalité évitable											
P-13	Mortalité évitable grâce à la prévention (/100 000 habitants, taux ajusté sur l'âge), hommes	🔴	243,1	2020	-	200,9	**313,3**	**292,7**	Statbel, base de données des causes de décès		
			243,8	2020					Eurostat	210,6	265,7
	Mortalité évitable grâce à la prévention (/100 000 habitants, taux ajusté sur l'âge), femmes	🔴	113,8	2020	-	96,0	**144,6**	**127,3**	Statbel, base de données des causes de décès		
			113,6	2020					Eurostat	87,6	101,6

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

a La moyenne belge a été calculée sur la base des données de 2020 pour la Flandre et de 2015-2016 pour la Wallonie et Bruxelles (75 %) ; b Cette étude a été réalisée avec un autre échantillon et une autre méthodologie que les années précédentes et n'est pas représentative. Une nouvelle étude est en cours d'analyse et devrait apporter un éclairage nouveau sur la question ; c À l'exclusion de la population vivant en MRPA/MRS (pas de données fiables) ; d Les différences régionales observées au cours d'une année spécifique ne sont pas mises en évidence, car les maladies épidémiques chez les enfants montrent des fluctuations qui sont mal représentées par un instantané d'un an ; e Les cas de rougeole ont été fortement influencés par la pandémie et les mesures de contrôle. Il existe toujours un risque d'épidémies de rougeole en Belgique ; f Au cours des deux dernières années pour le dépistage des cancers du sein et colorectal, au cours des trois dernières années pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ; g Plusieurs sources de données ont été utilisées, notamment : Statbel, CvKO, CHP, CIB et AIM ; h Par « contacts réguliers », l'on entend au moins deux contacts durant deux années différentes au cours des trois dernières années. Les résultats en gras indiquent les régions ayant un risque relatif supérieur de 1,2 (ou inférieur de 0,83) par rapport à la région ayant obtenu les meilleurs résultats.

10 SOINS DE SANTÉ MENTALE

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

Au cours des dernières décennies du 20e siècle, le secteur de la santé mentale a connu, en Belgique comme dans la plupart des pays industrialisés,[121] plusieurs réformes caractérisées par une forte volonté de désinstitutionnalisation. Ce mouvement insistait sur la nécessité de réintégrer les patients psychiatriques dans la société en faisant évoluer le système de grands hôpitaux psychiatriques vers une offre de services alternatifs au sein de la communauté.[122] Pourtant, d'importantes limitations des données entravent la mesure adéquate de la performance des soins de santé mentale ; en particulier, l'absence de système d'identification unique du patient ne permet pas le suivi des patients après leur sortie de l'hôpital psychiatrique, et peu de données adéquates sont disponibles pour les soins ambulatoires. Étant donné les limitations des structures de données actuelles, il n'a pas été possible de développer des indicateurs pertinents pour suivre ces évolutions (par exemple, la gestion des cas). À défaut, nous nous sommes donc appuyés sur des indicateurs généraux et relatifs aux hospitalisations psychiatriques (par exemple, le nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie ou les hospitalisations sous contrainte).

Ce rapport comprend 11 indicateurs sur la santé mentale et les soins de santé mentale dans notre pays. Les résultats présentent plusieurs limitations et ne dressent qu'un tableau partiel de la performance de ce secteur. En outre, sur la base des analyses réalisées, l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les soins de santé mentale n'a pas pu être évalué de manière fiable. Néanmoins, certaines conclusions importantes peuvent être tirées.

Accessibilité des soins de santé mentale

La densité de psychiatres en activité est restée stable entre 2011 et 2021 (1,7 pour 10 000 habitants). En 2021, elle était plus élevée à Bruxelles (3,3 pour 10 000 habitants) qu'en Wallonie (1,6 pour 10 000 habitants) et en Flandre (1,5 pour 10 000 habitants) ; cependant, la région était principalement basée sur l'adresse du domicile des psychiatres, ce qui donne peu d'informations sur le lieu de travail effectif. La densité de psychiatres en activité en Belgique était inférieure aux moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27 (respectivement 2,1 et 1,8 pour 10 000 habitants).

La densité de psychologues cliniciens enregistrés auprès de l'INAMI était de 2,5 pour 10 000 habitants en 2022, et n'était que légèrement plus élevée en Wallonie (2,6 pour 10 000 habitants) qu'en Flandre (2,4 pour 10 000 habitants) et à Bruxelles (2,3 pour 10 000 habitants). Ici aussi, la région était principalement basée sur l'adresse du domicile des psychologues, ce qui donne peu d'informations sur le lieu de travail effectif. En Belgique, parmi les 14 641 psychologues cliniciens agréés en 2022, seuls 19,7 % étaient enregistrés auprès de l'INAMI, mais une étude récente révèle que l'accessibilité des soins psychologiques s'est améliorée à la suite de la mise en œuvre de la réforme visant à améliorer l'accès aux soins de santé mentale de première ligne en 2022 (voir section 13.6).[123]

Les données sur les délais d'attente pour les services de santé mentale ne sont pas systématiquement collectées pour l'ensemble du système belge de soins de santé mentale. Seules les données relatives aux délais d'attente pour accéder aux centres ambulatoires de santé mentale flamands sont accessibles au public. En 2022, le délai d'attente moyen était de 41 jours entre l'inscription et le premier contact en face à face avec un centre ambulatoire de santé mentale et de 48 jours entre le premier et le deuxième contact en face à face. En moyenne, les délais d'attente étaient les plus longs pour les enfants et les jeunes adultes et pour les soins aux personnes ayant un handicap mental. Les différences en fonction du statut socioéconomique sont abordées dans la section 7.1.

Adéquation des soins de santé mentale

Les résultats des réformes visant à passer des soins de santé mentale hospitaliers classiques aux alternatives ambulatoires commencent à être visibles. Le nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie est passé de 789 pour 1 000 habitants en 2010 à 550 pour 1 000 habitants en 2021. Il était plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cependant, deux indicateurs que l'on pouvait s'attendre à voir diminuer (à long terme) à la suite de ces efforts de réforme n'ont pas reculé : le pourcentage de

passages aux urgences pour un problème social, mental ou psychologique est resté stable dans le temps (de 1,5 % en 2010 à 1,6 % en 2021), et le nombre d'hospitalisations sous contrainte dans un service de psychiatrie est passé de 7,1 pour 10 000 habitants en 2010 à 9,4 pour 10 000 habitants en 2021.

En outre, le nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie était plus élevé en Flandre que dans les autres régions. Il conviendrait d'examiner si ces hospitalisations sont adéquates ou si elles résultent de lacunes dans l'offre de services (par exemple, manque d'alternatives au sein de la communauté ou gestion des cas insuffisante).

Continuité des soins

Le taux de réadmissions en psychiatrie dans les 30 jours suivant la sortie (dans le même hôpital) était de 17,6 % en 2021, ce qui est dans la fourchette d'autres pays similaires. Bruxelles affichait un taux de réadmissions plus élevé (23,2 %) que la Wallonie (17,2 %) et la Flandre (17,1 %).

Adéquation des habitudes de prescription chez les patients ambulatoires

Bien qu'une augmentation des taux de prescription d'antidépresseurs soit observée dans toute l'Europe, les taux belges de prise d'antidépresseurs (86,5 DDD/1 000 habitants/jour) étaient supérieurs aux moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27 (respectivement 77,1 et 64,2 DDD). Les femmes ont consommé deux fois plus d'antidépresseurs que les hommes. Les chiffres étaient sensiblement plus élevés en Wallonie (100,1 DDD) qu'en Flandre (82,4 DDD) et à Bruxelles (65,7 DDD). Il conviendrait d'examiner si cet écart est dû à des différences socioéconomiques et démographiques ou s'il s'explique par d'autres raisons (par exemple, culture professionnelle, diffusion de recommandations fondées sur des données probantes).

Le pourcentage d'adultes sous antidépresseurs est néanmoins resté stable dans le temps (de 13,3 % en 2010 à 13,7 % en 2021), mais avec de fortes variations entre les régions (plus élevé en Wallonie qu'à Bruxelles et en Flandre). Par ailleurs, le pourcentage d'adultes sous antidépresseurs était plus élevé dans les groupes socioéconomiques défavorisés (voir section 7.1), il augmentait avec l'âge (avec les taux de prescription les plus élevés observés chez les adultes âgés de 75 ans ou plus) et était plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Un troisième indicateur est la mesure du **respect des recommandations**. Alors que la dépression majeure nécessite au moins trois mois de prise d'antidépresseurs, un faible pourcentage d'adultes (12,4 % en 2020) a pris ces médicaments pendant une période plus courte. Le pourcentage de traitements de courte durée était plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les taux de prescription d'antidépresseurs à court terme ont diminué au cours de la dernière décennie.

Conclusion

Alors que les résultats des réformes passées commencent à devenir visibles et que l'accessibilité des soins psychologiques s'est améliorée, les résultats des indicateurs touchant aux soins de santé mentale restent globalement médiocres. L'adéquation des soins de santé mentale reste moyenne, la continuité des soins s'est détériorée et l'adéquation des habitudes de prescription chez les patients ambulatoires reste insatisfaisante. De plus, le suivi de la performance dans ce domaine demeure difficile, car les systèmes de données devraient idéalement permettre un suivi de l'ensemble du trajet de soins (y compris au niveau ambulatoire), ce qui n'est pas encore suffisamment le cas.

Tableau 23 – Indicateurs de soins de santé mentale

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
Accessibilité des soins										
MH-2	Psychiatres en activité (/10 000 habitants)	→	1,7	2021	1,5	1,6	3,3	INAMI ; OCDE	2,1	1,8
MH-12 ***New***	Nombre de psychologues cliniciens enregistrés auprès de l'INAMI (/10 000 habitants)	C	2,5	2022	2,4	2,6	2,3	INAMI	-	-
MH-3	Délai d'attente pour un 1er contact en face à face avec un centre ambulatoire de santé mentale (en jours)	→	-	2022	41	-	-	Departement Zorg	-	-
Adéquation des soins										
MH-4	Taux d'hospitalisations sous contrainte dans un service de psychiatrie (/10 000 habitants)	↗	9,4	2021	9,2	8,2	12,2	RPM	-	-
MH-5	Passage aux urgences pour un problème social, mental ou psychologique (% des admissions aux urgences des hôpitaux généraux)	ST	1,6	2021	**1,9**	1,3	**1,7**	RHM	-	-
Continuité des soins										
MH-11	Réadmissions en psychiatrie dans les 30 jours suivant la sortie (dans le même hôpital, % des admissions)	-	17,6	2021	17,1	17,2	**23,2**	RPM	-	-
Adéquation des habitudes de prescription chez les patients ambulatoires										
MH-6	Prise d'antidépresseurs (total DDD/1 000 habitants/jour)	-	86,5	2021	**82,4**	**100,1**	65,7	Pharmanet		
			86,2	2021				OCDE	77,1	64,2
MH-7	Prise d'antidépresseurs (au moins une fois par an, % de la population ≥ 18 ans)	→	13,7	2021	12,9	16,2	11,3	Pharmanet	-	-
MH-8	Prise d'un traitement antidépresseur de courte durée (< 3 mois) (% de la population ≥ 18 ans)	↘	12,4	2020	12,6	11,5	14,7	Pharmanet	-	-
Indicateur contextuel										
MH-10	Jours d'hospitalisations en psychiatrie (/1 000 habitants)	↘	550	2021	609	455	344	RPM	-	-

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

11 SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Le groupe des personnes âgées représente une part importante et croissante de la population. En 2022, 2,3 millions de Belges étaient âgés de 65 ans et plus, soit 19,6 % de la population totale. Selon les projections démographiques du Bureau fédéral du Plan, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus devrait encore augmenter pour atteindre 25,1 % en 2050.[124] Au cours de cette période (2022-2050), le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait augmenter de 39 % et le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait presque doubler.

Ce groupe de population a également besoin de services de santé particuliers. D'une part, l'avancée en âge est fortement corrélée à une augmentation de la demande de services médicaux et hospitaliers aigus, et d'autre part, de nombreuses personnes âgées ont besoin d'un accompagnement continu à long terme dans leurs activités quotidiennes.

Les **soins informels**, c'est-à-dire les soins fournis par la famille et les amis (en général, le conjoint et les enfants), ont toujours été une source importante de soins pour les personnes ayant des besoins en soins de longue durée. Si les soins informels ne sont plus suffisants, la personne doit recevoir des **soins formels**, prodigués par des professionnels. Dans un premier temps, les soins formels peuvent être dispensés à domicile, ce qui permet d'éviter l'institutionnalisation. Pour soutenir les activités principalement instrumentales de la vie quotidienne, il existe des **services d'aide à domicile**. Si la personne a plutôt besoin de soins infirmiers, elle peut recourir aux **soins à domicile**.

Si elle n'est plus capable de vivre seule à son domicile, la personne doit être placée en structure résidentielle. On distingue deux grands types de **structures résidentielles pour personnes âgées** en Belgique : 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 (catégories O, A, B, C, Cd et D de l'échelle de Katz), et les **maisons de repos et de soins (MRS)**, destinées aux personnes fortement dépendantes mais ne nécessitant pas de soins hospitaliers permanents (catégories B, C, Cd et D de l'échelle de Katz). En plus des MRPA et des MRS, il existe des structures de soins (semi-résidentielles), telles que des **centres de soins de courte durée** et des **centres de soins de jour**.

La Belgique compte également des **résidences-services**, où les personnes peuvent vivre de manière autonome dans un bâtiment adapté et sécurisé, avec une pièce commune destinée aux interactions avec les autres résidents, et où elles peuvent bénéficier de services de soins (y compris des repas partagés) au besoin.

En Belgique, la gouvernance des soins de longue durée est fragmentée entre le niveau fédéral et les entités fédérées (régions et communautés). La coordination entre les différents niveaux doit être gérée par des conférences interministérielles et des structures de coordination inter-administrations.[125]

Les entités fédérées sont responsables de la programmation, de la reconnaissance, de la subvention et de la supervision des services d'aide à domicile et des services de soins à domicile. Cependant, pour les soins à domicile, un remboursement de l'INAMI est prévu (au niveau fédéral).

Depuis la sixième réforme de l'État de 2014, les entités fédérées sont également responsables de la programmation, de la supervision, de la reconnaissance, du financement/de la subvention et de la tarification des MRPA/MRS, des centres de soins de courte durée et des centres de soins de jour. L'INAMI ne fournit pas de remboursement pour le prix à la journée des séjours en MRPA/MRS, mais bien pour les interventions des professionnels de la santé tels que les médecins et les infirmiers dans ces structures, et pour les médicaments qui y sont administrés.

Les entités fédérées sont en outre responsables de la programmation, de la supervision et de la reconnaissance des résidences-services.

La réglementation des professions médicales dispensant des soins de santé (médecins, infirmiers) relève en revanche de la responsabilité du niveau fédéral (Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement).

La fragmentation des responsabilités a également un impact sur la disponibilité des données au niveau national, comme nous le verrons plus loin.

Accessibilité des services de soins de longue durée (OLD-1 et OLD-2)

Offrir une vie de qualité aux personnes âgées nécessite un accès aisé aux services de soins de longue durée, tant à domicile qu'en MRPA/MRS ou structure semi-résidentielle. Les premiers indicateurs de ce chapitre sont axés sur les soins résidentiels (OLD-1), les soins à domicile (OLD-2) et les soins informels (OLD-3). Ces indicateurs sont étroitement liés : plus la disponibilité des aidants informels et des services de soins à domicile est élevée, plus le besoin en soins résidentiels devrait être faible. Bien que les soins informels ne se substituent pas toujours aux soins formels, ils sont souvent fournis en complément, pour soutenir et compléter les soins formels.

Depuis le transfert (d'une partie) des soins de longue durée du fédéral aux entités fédérées, la centralisation des données sur la population en structure résidentielle (MRPA/MRS) a été problématique pour les années 2019-2020-2021, notamment pour Bruxelles et par conséquent aussi pour l'ensemble de la Belgique. Les données les plus récentes disponibles à partir de 2021 pour les régions flamande et wallonne montrent que 5 % de la population âgée de 65 ans et plus vivait en MRPA/MRS (OLD-1). La proportion de la population vivant en MRPA/MRS augmentait avec l'âge et les femmes étaient plus nombreuses que les hommes dans les structures résidentielles pour personnes âgées. Sur la base des données de 2018, nous constatons que dans la population âgée de 85 ans et plus, 14,0 % des hommes et 27,7 % des femmes vivaient en MRPA/MRS.

Les données plus détaillées figurant dans la fiche technique montrent en outre que l'âge moyen des personnes vivant en MRPA/MRS a légèrement augmenté au cours de la période 2008-2021. Durant cette période, il est passé de 86 à 87 ans pour les femmes et de 82 à 84 ans pour les hommes.

Les données concernant les soins à domicile sont quant à elles complètes pour toute la période. Ce secteur n'a pas été transféré aux entités fédérées et l'INAMI reste l'institut responsable du remboursement pour l'ensemble du pays. Les données montrent qu'en 2021, 7,6 % de la population belge âgée de 65 ans et plus a reçu des soins à domicile (OLD-2) (voir également la section 8.4 sur l'impact de la pandémie de COVID-19). Il est intéressant de souligner l'importante variabilité géographique dans le recours aux soins à domicile. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus recevant des soins à domicile était particulièrement élevée dans les provinces de Limbourg (11,7 %), de Flandre occidentale (9,9 %) et de Hainaut (9,8 %) et particulièrement faible à Bruxelles (4,2 %) et dans les provinces du Brabant wallon (4,2 %) et de Luxembourg (4,3 %).

La comparaison internationale est difficile en raison de la variation du type de soins de longue durée fournis aux personnes âgées. Sur la base des données disponibles de l'OCDE, la Belgique a montré un pourcentage relativement élevé par rapport aux autres pays européens en ce qui concerne la population vivant en MRPA/MRS, mais un pourcentage relativement faible en ce qui concerne les soins (infirmiers) à domicile.

Aidants informels (OLD-3)

Les aidants informels ont toujours apporté une contribution substantielle pour répondre aux besoins en soins de longue durée d'un pays. La dernière enquête SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe)[126] a montré que la Belgique était bien classée, avec 19 % de la population âgée de plus de 50 ans fournissant des soins informels sur une base quotidienne ou hebdomadaire (OLD-3) (voir également la section 7.1 pour les différences en fonction du statut socioéconomique). Il s'agit d'un des taux les plus élevés de l'enquête. L'évolution de ce paramètre devra cependant faire l'objet d'une surveillance attentive dans le futur. On s'attend par ailleurs à ce que, en raison de la diminution de la taille de la famille, de la mobilité géographique accrue et de l'augmentation des taux de participation des femmes au marché du travail, la disponibilité d'aidants informels diminue au cours des prochaines décennies en Belgique.

En Belgique, le soutien aux aidants informels est réparti entre les autorités fédérales et fédérées, les provinces et les communes[127]. Ces dernières années, une étape importante a été franchie au niveau fédéral. Depuis septembre 2020, il est en effet possible d'obtenir une reconnaissance officielle en tant qu'aidant informel, à condition de prodiguer des soins au moins 50 heures par mois ou 600 heures par an. Cette reconnaissance permet à la personne de prendre un « congé pour soins informels » de trois

mois à temps plein ou pouvant s'étendre à six mois lorsqu'il est pris à temps partiel (mi-temps ou 1/5e).[128]

Capacité en lits dans les MRPA/MRS (OLD-4)

Entre 2018 et 2021-2022, le nombre total de lits dans les MRPA/MRS en Belgique est passé de 144 399 à 148 455. Pourtant, le nombre de lits pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 68 à 65, ce qui signifie que la population âgée de 65 ans et plus a augmenté proportionnellement plus que le nombre de lits (OLD-4). Par ailleurs, alors que le nombre de lits dans les MRS a considérablement augmenté, le nombre de lits dans les MRPA a diminué, étant donné qu'une partie de ce dernier type de lits ont été requalifiés en lits de MRS.
Par rapport aux autres pays européens, la Belgique se classe relativement bien en matière de capacité en lits dans les MRPA/MRS. Seuls le Luxembourg et les Pays-Bas avaient une plus forte densité de lits (respectivement 86 et 85 lits pour 1 000 habitants âgés de 65 ans et plus). Pourtant, la croissance rapide prévue de la population âgée de 65 et 85 ans et plus au cours des décennies à venir est de plus en plus préoccupante en Belgique. Inutile de dire que cela conduira à une augmentation drastique des besoins en soins et en structures tant résidentielles qu'à domicile.

Outre la pénurie attendue de lits dans les MRPA/MRS au cours des années à venir, il existe également des préoccupations généralisées concernant :

- la disponibilité de personnel pour répondre aux besoins croissants (tant pour les soins à domicile que pour les soins résidentiels). Déjà à l'heure actuelle, ce secteur souffre d'une pénurie de personnel ;[129]
- l'accessibilité financière des soins résidentiels aux personnes âgées. Pour de nombreuses personnes, la pension n'est pas suffisante pour couvrir la facture de la MRPA/MRS ;[130]
- la privatisation croissante des soins résidentiels et les défis qui en découlent.[131-133]

Profil de soins des personnes vivant en MRPA/MRS (OLD-5)

Afin d'aider à modérer l'augmentation des besoins en lits, il convient de veiller à ce que les lits disponibles soient utilisés en priorité pour des personnes âgées nécessitant des soins intensifs. En particulier, on peut se demander si le placement en structure résidentielle est l'option la plus adéquate pour les personnes indépendantes (catégorie O de l'échelle de Katz) et les personnes présentant une faible dépendance aux soins (catégorie A). Au cours de la période 2011-2021, la proportion de patients de catégorie O ou A vivant en structure résidentielle n'a cessé de diminuer, passant de 32 % en 2011 à 20 % en 2021 (OLD-5). Ces données révèlent donc une évolution positive, mais les différences observées entre les régions indiquent qu'une amélioration est encore possible. À Bruxelles, 29 % des personnes vivant en MRPA/MRS avaient encore une certaine autonomie. En Wallonie, cette proportion était de 27 %. En Flandre, elle a été ramenée à 16 %.

Afin d'éviter une institutionnalisation trop précoce des personnes indépendantes ou présentant une faible dépendance aux soins, il est nécessaire d'explorer d'autres pistes que les soins à domicile et les résidences-services, notamment s'il s'agit de personnes nécessitant des soins de santé mentale ou un logement social, qui ne peuvent pas trouver une place ailleurs et pour lesquelles la structure résidentielle reste actuellement une solution de dernier recours[134].

Disponibilité de gériatres (OLD-6)

Le vieillissement de la population pèse non seulement sur les soins de longue durée mais aussi sur les soins aigus aux personnes âgées. C'est là que les gériatres et les infirmiers gériatriques jouent un rôle important. Avec l'indicateur OLD-6, nous suivons l'évolution du nombre de gériatres. En 2021, il y avait 377 gériatres en activité en Belgique. Au cours des quatre années précédentes, notre pays a connu une augmentation moyenne de 17 gériatres en activité par an. Cette croissance est trop faible par rapport aux recommandations de la Commission de planification de l'offre médicale du SPF Santé publique.[135, 136] Ces dernières années, un certain nombre de mesures ont été prises pour motiver davantage d'étudiants en médecine à opter pour la gériatrie. Par ailleurs, de nouveaux codes de nomenclature INAMI ont été créés pour augmenter la rémunération des gériatres. Compte tenu de la croissance limitée du nombre de gériatres ces dernières années, d'autres mesures pourraient néanmoins s'avérer nécessaires.

Sécurité dans les soins résidentiels (OLD-7 et OLD-8)

Les **incidents de chute** sont une cause fréquente de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées. Seule la Communauté flamande dispose de données récentes à ce sujet, dans le cadre du projet flamand d'indicateurs de qualité dans les MRPA et MRS (*Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra* – VIP WZC). Les données issues de ce projet indiquent qu'en 2021, 12,8 % (valeur médiane) des personnes résidant dans les MRPA/MRS flamandes ont connu un incident de chute au cours d'une période d'un mois (OLD-7). Ce pourcentage élevé souligne les besoins en soins importants des résidents de ces institutions et la nécessité de prendre d'autres mesures pour prévenir les lésions dues aux chutes dans cette population.

L'apparition d'**escarres**, également appelés « ulcères de décubitus », chez un patient (hospitalisé, en structure résidentielle ou à domicile) a un impact négatif important sur sa santé. Des soins infirmiers de bonne qualité permettent de prévenir ces lésions. L'apparition d'escarres est l'un des indicateurs de qualité mesurés dans le cadre du projet flamand d'indicateurs de qualité dans les MRPA et MRS. Ces données montrent qu'au 1er juin 2021, en moyenne 2,9 % des résidents présentaient une escarre de stade II ou plus (OLD-8). Toutefois, ces escarres ne se sont développées en MRPA/MRS que chez 1,6 % des résidents. Sur la période 2018-2021, une légère baisse du pourcentage médian de résidents présentant des escarres a été observée. Cependant, si l'on ne considère que les escarres qui se sont développées en structure résidentielle, l'évolution au fil du temps s'avère plus ou moins stable.

Pour les incidents de chute et les escarres en MRPA/MRS, on ne dispose d'aucune donnée internationale récente permettant d'établir une comparaison. Il est recommandé de mesurer également ces indicateurs de qualité dans les autres régions de Belgique afin de suivre la situation et d'attirer l'attention sur la nécessité de poursuivre les efforts préventifs pour réduire le risque d'escarres et éviter leur évolution vers des formes graves et fatales.

Adéquation des soins

En raison de leurs effets secondaires, particulièrement marqués chez les personnes âgées, les **médicaments anticholinergiques** doivent être autant que possible évités dans cette population. Les données disponibles indiquent néanmoins qu'en 2021, plus de 80 DDD d'anticholinergiques ont été prescrites à 18,7 % de la population belge âgée de 65 ans et plus, ce qui indique un usage chronique de ces médicaments (OLD-10). La prescription d'anticholinergiques était plus fréquente chez les personnes âgées vivant en structure résidentielle que chez les personnes âgées vivant chez elles (45,5 % des personnes de 75 ans et plus vivant en MRPA/MRS, contre 18,0 % des celles vivant chez elles). Les données historiques disponibles depuis 2011 ont montré une légère évolution positive (de 23,1 % des personnes âgées de 65 ans et plus en 2011 à 18,7 % en 2021). En outre, d'importantes variations régionales ont été observées. Une amélioration est indispensable, et le comportement de prescription des médecins devrait être amélioré au travers de formations et d'un meilleur respect des recommandations.

Les **antipsychotiques** sont souvent prescrits pour des problèmes comportementaux chez les patients atteints de démence. Cependant, en raison des risques associés à ces médicaments, on recommande plutôt, en premier recours, des interventions non pharmacologiques. Les données indiquent qu'en 2021, des antipsychotiques (≥ 1 DDD) ont été prescrits à 5,5 % de la population âgée de 65 ans et plus. La Belgique était proche de la moyenne par rapport aux autres pays européens. Le problème semble particulièrement marqué dans les MRPA/MRS, où cette classe de médicaments a été prescrite à 27,3 % des personnes âgées de 65 ans et plus (OLD-11A), alors que c'était seulement le cas pour 4,4 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en dehors des MRPA/MRS (OLD-12A). La réduction de la surconsommation d'antipsychotiques en milieu résidentiel doit donc rester une priorité en Belgique. De plus, la prescription d'**antidépresseurs** était particulièrement élevée dans les MRPA/MRS (OLD-11B), où 48,3 % des personnes âgées de 65 ans et plus prenaient des antidépresseurs (≥ 1 DDD), contre seulement 18,1 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en dehors des MRPA/MRS (OLD-12B).

Polymédication chez les personnes âgées

De nombreuses personnes âgées prennent un grand nombre de médicaments différents, en particulier lorsqu'elles souffrent de maladies chroniques. Cependant, plus on prend de médicaments, plus le risque d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, de non-conformité, de détérioration de l'état fonctionnel et de fragilité accrue est élevé chez les personnes très âgées. Un bon équilibre doit donc être trouvé entre la prise d'une quantité raisonnable de médicaments et la polymédication. Si la polymédication renvoie communément à la prise de plusieurs médicaments, il n'existe aucun consensus sur le nombre de médicaments qu'il faut prendre pour parler de polymédication. Dans la littérature, la polymédication a souvent été définie comme la prise concomitante d'au moins cinq médicaments.

Le pourcentage de la population assurée âgée de 65 ans et plus ayant pris 5 médicaments différents ou plus à raison de plus de 80 DDD était de 42 % en 2022. La polymédication augmentait avec l'âge jusqu'à la tranche d'âge des 85-89 ans (53 %), puis diminuait. Cependant, un potentiel d'amélioration a également été observé dans les groupes d'âge plus jeunes à partir de 65 ans, car il existait d'importantes variations entre les arrondissements. Une attention particulière doit être accordée aux personnes appartenant à des groupes socioéconomiques défavorisés, car elles étaient plus exposées au risque de polymédication (voir également la section 7.1). Aucun impact de la crise du COVID-19 n'a été observé sur la polymédication.

Tableau 24 – Indicateurs de soins aux personnes âgées

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
Accessibilité des services de soins de longue durée										
OLD-1	Soins de longue durée en MRPA/MRS (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	**C**		2021	5,0	5,0		AIM		
			5,7	2018			7,6	AIM		
				2020				OCDE	3,2	3,0
OLD-2	Soins de longue durée à domicile (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	**C**	7,6	2021	8,3	6,8	**4,2**	AIM		
				2020				OCDE	8,9	8,6
OLD-3	Aidants informels (% de la population âgée de ≥ 50 ans)	**C**	16,6	2018	15,9	18,1	14,8	HIS		
			23,5	2019				OCDE	14,4	12,8
OLD-4	Nombre de lits de soins de longue durée dans les MRPA/MRS (/1 000 habitants de ≥ 65 ans)	**C**	65,4	2022	58,9	69,6[a]	103,9	Entités fédérées		
				2019				OCDE	49,4	44,5
OLD-5	Personnes présentant une faible dépendance aux soins vivant en MRPA/MRS (% des résidents)	**C**	20,2	2021	15,9	**26,9**	**29,4**	AIM	-	-
Accessibilité des soins aigus										

OLD-6	Gériatres en activité (/10 000 habitants de ≥ 65 ans)	⊕	1,7	2021	**1,6**	**1,6**	2,6	INAMI	-	-
Sécurité dans les soins résidentiels										
OLD-7	Incident de chute au cours du dernier mois passé en MRPA/MRS (% des résidents en MRPA/MRS)	●	-	2021	12,8	-	-	VIKZ	-	-
OLD-8	Prévalence des escarres (de stade II-IV) en MRPA/MRS (% des résidents)	●	-	2021	2,9	-	-	VIKZ	-	-
Adéquation des soins										
OLD-10	Prescription de médicaments anticholinergiques > 80 DDD chez les personnes âgées (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	⊕	18,7	2021	17,0	**22,0**	19,2	EPS (INAMI)	-	-
OLD-11A	Prescription d'antipsychotiques ≥ 1 DDD dans les MRPA/MRS (% des résidents âgés de ≥ 65 ans)	⊕	27,3	2021	**29,7**	**26,3**	21,6	AIM	-	-
OLD-11B	Prescription d'antidépresseurs ≥ 1 DDD dans les MRPA/MRS (% des résidents âgés de ≥ 65 ans)	●	48,3	2021	39,5	**54,8**	**51,5**	AIM	-	-
OLD-12A	Prescription d'antipsychotiques ≥ 1 DDD en dehors des MRPA/MRS (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	→	4,4	2021	4,9	3,6	3,2	AIM ; OCDE	5,6 (> 0 DDD)	5,3 (> 0 DDD)
OLD-12B	Prescription d'antidépresseurs ≥ 1 DDD en dehors des MRPA/MRS (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	→	18,1	2021	17,1	20,0	16,8	AIM		
OLD-13	Polymédication chez les personnes âgées (5 médicaments ou plus à raison de >80 DDD par an) (% de la population de ≥ 65 ans)	ST	42	2022	**41**	45	37	Pharmanet	-	-

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

HIS = Health Interview Survey (enquête de santé par interview) ; VIKZ = Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (Institut flamand pour la qualité des soins) ; EPS = Échantillon Permanent ; MRPA = maison de repos pour personnes âgées ; MRS = maison de repos et de soins. [a] Wallonie : Communauté germanophone incluse

Résumé des indicateurs spécifiques à la population âgée de plus de 65/75 ans et plus

Le Tableau 25 résume les indicateurs relatifs à la population âgée déjà rapportés dans d'autres sections, en comparant, dans la mesure du possible, la population vivant en MRPA/MRS et la population vivant à domicile (recevant ou non des soins à domicile).

De manière générale, le fait de recevoir des soins à domicile ou de vivre en structure résidentielle était associé à un taux plus élevé de vaccination contre la grippe (P-4), à une meilleure continuité des soins auprès du MG habituel (QC-2) et à une fréquence plus élevée des contacts avec un MG (QC-3). La prise d'un traitement antidépresseur de courte durée était moins fréquente dans les MRPA/MRS qu'en dehors (MH-8).

Le fait de vivre en MRPA/MRS était néanmoins également associé à une fréquence moins élevée des contacts avec un ophtalmologue chez les patients diabétiques (QA-1 et QA-2).

Le recours aux antibiotiques était plus élevé chez les personnes âgées (75 ans et plus) que dans la population générale (QA-4 et QA-5).

Conclusion

Les données sur les incidents de chute et les escarres ne sont disponibles que pour les MRPA/MRS de Flandre. Il est recommandé de mesurer également ces indicateurs de qualité dans les autres régions afin de suivre la situation et de continuer d'attirer l'attention sur la nécessité d'efforts en matière de prévention.

Trop de médicaments anticholinergiques sont prescrits aux personnes âgées, et trop d'antipsychotiques et d'antidépresseurs sont prescrits dans les MRPA/MRS. Il est nécessaire d'améliorer le comportement de prescription des médecins au travers de formations et d'un meilleur respect des recommandations. Enfin, le nombre de patients polymédiqués reste relativement élevé par rapport aux autres pays, mais a légèrement diminué au cours du temps.

Tableau 25 – Indicateurs déjà rapportés dans d'autres sections, spécifiques à la population âgée de ≥ 65 ans ou de ≥ 75 ans

(ID)	Indicateur	Année	Source	Belgique	Sans soins de longue durée (≥ 65 ans)	Avec soins à domicile (≥ 65 ans)	En MRPA/MRS (≥ 65 ans)
Prévention							
P-4	Vaccination contre la grippe (% de la population ≥ 65 ans)	2021	AIM	57,3	56,7	62,5	71,8*
Continuité des soins							
QC-2	Indice UPC (*Usual Provider Continuity*) ≥ 0,75 (% de la population ≥ 65 ans)	2021		60,3	59,6	77,0	64,6
QC-3	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% des patients de ≥ 65 ans)	2021	AIM	43,5	34,6	54,0	56,6
Adéquation des soins							
QA-1	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline)	2021	AIM	43,1	45,8	35,2	17,9
QA-2	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par des antidiabétiques autres que l'insuline)	2021	AIM	17,1	17,4	14,6	6,5
QA-4	Recours aux antibiotiques au moins une fois dans l'année (% de la population ≥ 75 ans)	2021	AIM	39,8			
QA-5	Recours aux antibiotiques de 2e intention (% du total des DDD d'antibiotiques dans la population âgée de 76-85 ans)	2021	INAMI	42,3			
Santé mentale							
MH-8	Prise d'un traitement antidépresseur de courte durée (< 3 mois) (% de la population ≥ 18 ans)	2020	Pharmanet	12,4	10,9	9,3	5,1

** Grippe : résultats pour les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en MRPA/MRS à Bruxelles et en Wallonie uniquement (résultats pour la Flandre non disponibles dans les données de l'AIM). De plus, si les vaccins proviennent d'achats groupés effectués par les entités fédérées, ils ne sont pas inclus dans les données. Les données concernant les personnes vivant en MRPA/MRS doivent donc être utilisées avec prudence.*

12 SOINS DE FIN DE VIE

Lorsque la fin de vie est proche et que le rétablissement n'est plus possible, les soins fournis doivent changer de but et se concentrer plutôt sur l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur famille, en prévenant et en soulageant les souffrances, qu'elles soient physiques ou psychologiques, sociales ou spirituelles. C'est ce qu'on appelle les soins palliatifs. Il s'agit d'une approche holistique qui prend en considération les différents aspects des problématiques de fin de vie, d'une manière nécessairement multidisciplinaire. Les soins palliatifs s'adressent à toute personne atteinte d'une maladie engageant le pronostic vital (et pas seulement aux patients atteints d'un cancer en phase terminale, comme on le croit parfois), ainsi qu'à sa famille et à ses proches.

La Belgique a mis en place un système de soins palliatifs très performant. Des **réseaux palliatifs** ont été développés dans toutes les provinces pour organiser des formations, coordonner et évaluer les actions des différents services, et favoriser à terme la diffusion d'une « culture » des soins palliatifs.

Pour les personnes qui souhaitent finir leurs jours à domicile, il existe des équipes spécialisées dans les **soins palliatifs à domicile** et qui apportent également un soutien aux proches du patient. Dans certaines régions, des **structures de soins palliatifs de jour** ont également été mises en place afin de soulager les patients et leur famille.

Dans les hôpitaux, deux types de structures de soins palliatifs ont été mises en place : les **petites unités de soins palliatifs** (offrant un total d'environ 400 lits pour l'ensemble du pays), et les **équipes mobiles** qui fournissent un soutien spécifique aux patients en fin de vie hospitalisés dans d'autres unités. Une fonction palliative similaire a été créée dans les MRPA/MRS.[137]

La Belgique a également veillé à l'accessibilité financière des soins palliatifs pour tous. Les patients en soins palliatifs à domicile ne doivent donc pas payer de contribution personnelle pour les procédures exécutées par des médecins généralistes, ni pour certains actes posés par des infirmiers et des physiothérapeutes. Il existe également un forfait palliatif qui couvre les coûts supplémentaires générés par ces soins.

En plus des structures palliatives, la Belgique s'est également dotée d'une législation sur l'euthanasie des adultes et des enfants.[138]

Depuis novembre 2022, il existe un nouveau code de nomenclature INAMI pour la planification anticipée des soins ou Advance Care Planning (ACP) pour les MG, qui est entièrement remboursée au patient. L'ACP est une des façons d'améliorer la qualité des soins palliatifs. Au moyen de l'ACP, le MG analyse avec le patient ses attentes et souhaits quant à ses soins futurs, qu'ils soient curatifs ou palliatifs. Ce code de nomenclature est trop récent pour analyser son introduction et son évolution dans le temps dans ce rapport, mais il constitue assurément un indicateur intéressant à suivre dans une future édition du rapport de Performance.

Dans ce qui suit, nous nous concentrons sur les soins de fin de vie aux patients atteints de cancer. Dans la discussion et la conclusion de ce chapitre, nous ferons référence à une étude belge plus large analysant l'adéquation et l'inadéquation des soins de fin de vie pour deux autres groupes de patients : les patients souffrant de BPCO et les patients atteints de démence.

Accessibilité et timing des soins palliatifs reçus par les patients atteints de cancer

Les deux premiers indicateurs de ce chapitre présentent des données sur la proportion des patients atteints de cancer ayant bénéficié de soins palliatifs. En 2020, 56,8 % des patients atteints d'un cancer en phase terminale ont bénéficié de soins palliatifs (EOL-1) à domicile ou à l'hôpital.[u] Ce pourcentage a légèrement augmenté avec le temps et était plus élevé en Flandre que dans les autres régions. Toutefois, ce chiffre sous-estime probablement la réalité, car les patients hospitalisés peuvent avoir bénéficié de soins palliatifs qui n'ont pas fait l'objet d'une facturation spécifique.

Cependant, 18,6 % des patients atteints d'un cancer en phase terminale sont décédés dans la semaine suivant l'initiation des soins palliatifs (EOL-2). Depuis 2013, cet indicateur est resté inférieur à 19 %, mais aucune amélioration notable n'a été observée. Le résultat reste un signal d'alarme pour sensibiliser les patients et les prestataires de soins à l'importance d'instaurer les soins palliatifs au moment opportun.

Agressivité des soins en fin de vie chez les patients atteints de cancer

Outre le timing adéquat des soins palliatifs, l'agressivité des soins (par exemple, des traitements inadéquats durant la dernière phase de la vie) est une autre source d'information importante pour les prestataires de soins et les décideurs politiques[139]. Environ 10,6 % des patients atteints d'un cancer en phase terminale ont encore reçu une chimiothérapie moins de 14 jours avant leur décès (données de 2020) (EOL-3), ce taux étant légèrement plus élevé en Wallonie. Les données ne distinguent toutefois pas les chimiothérapies curatives des chimiothérapies palliatives et ne donnent aucune indication sur l'éventuel caractère imprévu des décès, ce qui entrave l'interprétation des résultats. Cet indicateur n'a connu aucune évolution majeure depuis 2008.

Soins centrés sur la personne

En dépit de l'organisation actuelle de services palliatifs assurant un soutien au patient et à ses proches pour le maintien à domicile, 56,7 % des patients atteints de cancer sont décédés à l'hôpital, contre 28,6 % à domicile et 3,1 % en MRPA/MRS (= 31,7 % de décès au lieu de résidence habituel, EOL-4) (données de 2020). La proportion de patients décédés à l'hôpital était plus élevée à Bruxelles. Sur la période 2008-2019, le pourcentage de patients décédés à l'hôpital a légèrement diminué (de 65,3 % en 2008 à 63,1 % en 2019). En 2020, probablement en raison de la crise du COVID-19, ce taux a sensiblement diminué (56,7 %) (voir également la section 8.4 sur l'impact de la pandémie de COVID-19).

De manière générale, les patients devraient pouvoir décéder autant que possible à l'endroit de leur choix. On ignore cependant la proportion des patients préférant décéder à domicile, en structure de soins résidentiels ou ailleurs. L'indicateur doit donc être interprété avec prudence. Les professionnels de la santé sont incités à noter le lieu de préférence du décès dans le dossier de leurs patients. Cette donnée pourrait ainsi être utilisée pour suivre le pourcentage de décès survenus dans le lieu de préférence du patient, qui serait un indicateur plus précis des soins centrés sur la personne.

[u] Soins palliatifs tels qu'identifiés dans les données de facturation : cela inclut les patients recevant une somme forfaitaire pour les soins palliatifs au lieu de résidence habituel, les patients recevant des visites du médecin généraliste ou de l'infirmier dans un cadre palliatif, les patients hospitalisés dans des unités de soins palliatifs ou les patients hospitalisés recevant des visites d'équipes multidisciplinaires de soins palliatifs.

Conclusion et discussion

Les quatre indicateurs axés sur l'accessibilité, le timing, l'agressivité du traitement et les soins centrés sur la personne chez les patients atteints de cancer ont montré une évolution stable ou légèrement positive depuis le précédent rapport de Performance. Ils ne donnent toutefois qu'une image partielle de la pratique actuelle des soins de fin de vie en Belgique, car ils ne concernent que les patients atteints de cancer. Une étude belge récente [140] a analysé l'adéquation des soins de fin de vie dans un groupe plus large de patients (non seulement des patients atteints de cancer, mais aussi des patients souffrant de BPCO et des patients atteints de démence). Pour chacun de ces trois groupes de patients, un ensemble d'indicateurs d'adéquation des soins de fin de vie a été développé et validé : 26 indicateurs pour les personnes décédées d'un cancer, 28 pour les personnes décédées d'une BPCO et 28 pour les personnes décédées des suites de démence. En ce qui concerne l'*adéquation* des soins de fin de vie, les indicateurs suivants ont été analysés, la plupart étant communs aux trois groupes de patients :

- Nombre de contacts avec un MG
- Soins palliatifs spécialisés
- Statut « soins palliatifs » officiel
- Opioïdes / Opioïdes et médicaments neuropathiques
- Décès à domicile / Décès à domicile ou en MRPA/MRS
- Consultation oncologique multidisciplinaire (pour le cancer)

En ce qui concerne l'*inadéquation* des soins de fin de vie, les indicateurs étaient spécifiques à chaque groupe de patients :

- Pour le cancer : Chimiothérapie / Sonde d'alimentation ou alimentation intraveineuse
- Pour la BPCO : Intubation endotrachéale continue / Réanimation après intubation / Chirurgie coronarienne ou abdominale / Intubation endotrachéale ou trachéotomie / Intubation endotrachéale répétée / Thérapie par inhalation / Initiation tardive de la physiothérapie
- Pour la démence : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine / Antihypertenseurs / NOAC ou antagonistes de la vitamine K / Prophylaxie de la crise de goutte / Statines / Protecteurs gastriques / Chimiothérapie / Vitamine D calcique
- Pour les trois groupes de patients :
  - Initiation tardive des soins palliatifs
  - Hospitalisations / Soins Intensifs / Urgences
  - Début de la prise d'antidépresseurs
  - Transfusion sanguine
  - Tests de diagnostic : tous / ECG ou test de la fonction pulmonaire / Imagerie médicale
  - Chirurgie
  - Décès à l'hôpital (pour la BPCO et la démence)

Dans l'ensemble, les auteurs de cette étude belge ont conclu qu'au fil du temps (période 2010-2016), on observait une amélioration de plusieurs indicateurs d'adéquation (comme le recours aux soins palliatifs spécialisés et aux MG), mais peu de réduction des indicateurs d'inadéquation (comme le recours aux urgences et aux soins intensifs). Cela suggère que les soins palliatifs ont souvent été administrés en plus d'un traitement agressif et n'ont pas vraiment remplacé ce dernier. Le suivi systématique des scores des indicateurs de qualité pourrait aider à définir des objectifs pour l'amélioration future de la qualité des soins de fin de vie.[140]

Tableau 26 – Indicateurs de soins de fin de vie (cancer)

(ID) Indicateur		Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
Accessibilité des soins palliatifs										
EOL-1	Patients ayant bénéficié de soins palliatifs (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic décédés)[a]	+	57 %	2020	62 %	**50 %**	**49 %**	RBC – AIM	-	-
Timing des soins palliatifs										
EOL-2	Patients décédés dans la semaine suivant l'initiation des soins palliatifs (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic ayant reçu des soins palliatifs et décédés)	+	19 %	2020	17 %	**22 %**	**22 %**	RBC – AIM	-	-
Agressivité des soins en fin de vie										
EOL-3	Chimiothérapie moins de 14 jours avant le décès (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic décédés)	ST	11 %	2020	9 %	**12 %**	**11 %**	RBC – AIM	-	-
Soins centrés sur la personne										
EOL-4	Décès au lieu de résidence habituel (domicile ou MRS/MRPA) (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic décédés)	C	32 %	2020	31 %	35 %	23 %	RBC – AIM	-	-

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

[a] *Soins palliatifs tels qu'identifiés dans les données de facturation : cela inclut les patients recevant une somme forfaitaire pour les soins palliatifs à leur lieu de résidence habituel, les patients recevant des visites du médecin généraliste ou de l'infirmier dans un cadre palliatif, les patients hospitalisés dans des unités de soins palliatifs ou les patients hospitalisés recevant des visites d'équipes multidisciplinaires de soins palliatifs.*

13 SUIVI DU RAPPORT HSPA 2019

Depuis la publication du rapport HSPA 2019, plusieurs initiatives ont été prises au niveau fédéral et à celui des entités fédérées pour améliorer la soutenabilité, l'accessibilité, la qualité et l'efficience du système de santé belge. Ce chapitre en décrit une partie. Afin de guider la sélection, un questionnaire a été envoyé en juin 2023 à tous les membres du groupe de travail inter-administrations HSPA pour leur demander quelles initiatives avaient été mises en place depuis le rapport HSPA 2019 (voir le colophon du rapport pour des détails sur les membres (stakeholders)), avec un rappel des signaux d'alarme identifiés en 2019 pour chaque dimension/domaine pour les aider à identifier les mesures pertinentes.

Les initiatives décrites dans ce chapitre ont été sélectionnées principalement sur la base de leurs réponses. Les réformes décrites sur la plateforme Health Systems and Policy Monitor (HSPM) développée par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ont été utilisées comme source d'information secondaire.[141]

Il convient également de noter que l'objectif de ce chapitre est de mettre l'accent sur les nouvelles mesures mises en place depuis le dernier rapport HSPA, publié en 2019. Il ne reprend donc pas les mesures prises avant cette date, ni les nombreuses mesures introduites au cours de la pandémie de COVID-19 afin d'améliorer la résilience du système de santé,. qui sont résumées sur la plateforme COVID-19 Health System Response Monitor (HSRM) développée par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.[142] Par ailleurs, l'accent est mis sur les mesures liées aux indicateurs présentés dans ce nouveau rapport ; ce chapitre ne rapporte donc pas non plus les initiatives touchant à des domaine/groupes de patients spécifiques non ciblés dans ce rapport (par exemple personnes vivant avec un handicap, population carcérale, mères et nouveau-nés).

La liste des mesures décrites ci-dessous n'est par conséquent pas exhaustive.

13.1 Initiatives liées à la qualité des soins

La **loi** du 22 avril 2019 relative à la **qualité de la pratique des soins de santé** est entrée en vigueur en juillet 2022 dans le but d'améliorer la qualité des soins en Belgique. Elle introduit une série de mesures visant à assurer la qualité et la sécurité des soins aux patients, dont notamment l'obligation pour les professionnels des soins de santé de tenir à jour un « portfolio dynamique » apportant la preuve de leur participation régulière à des activités de formation continue. La loi recouvre également des mesures concernant les conditions minimales de sécurité pour certaines prestations à risque (par exemple, l'obligation de prévoir une procédure pour le transfert des patients et une procédure d'urgence en cas de complications) et le renforcement juridique de la participation à la permanence médicale, étendu à presque tous les professionnels des soins de santé pour autant que cela se justifie.

De nombreuses mesures ont également été mises en œuvre pour **réduire les soins inadéquats et améliorer la sécurité des soins** :

- Le plan d'action national belge « One Health » de lutte contre la résistance aux antimicrobiens (RAM) : validé en novembre 2021, il repose sur les trois piliers de la santé (santé humaine, santé animale et santé environnementale) et propose des actions concrètes pour lutter contre la RAM de manière globale et coordonnée. Dans ce contexte, des campagnes de sensibilisation ont été lancées en collaboration avec les entités fédérées. Des discussions sont également en cours en vue de mentionner la quantité exacte d'antibiotiques sur chaque prescription afin que les pharmaciens ne délivrent que la quantité prescrite.
- Des mesures spécifiques ont également été mises en œuvre ou sont en passe de l'être en ce qui concerne l'utilisation des psychotropes : de nombreux outils de pratique et formations ont été créés pour les professionnels de la santé dans le but de rationaliser davantage le recours aux médicaments psychotropes. Un groupe de travail spécifique a également été créé pour examiner le recours trop important à certains produits pharmaceutiques (voir également le Plan d'action Psychotropes dans la section 13.6 sur les soins de santé mentale).
- Une autre mesure visant à améliorer le recours adéquat aux médicaments est la possibilité donnée au pharmacien de référence, depuis avril 2023, de revoir le schéma de médication des patients polymédiqués.
- Des initiatives ont également été mises en place pour promouvoir l'utilisation judicieuse de l'imagerie médicale, comme des campagnes de sensibilisation sur le recours à l'imagerie médicale en cas de douleurs lombaires (en mai 2021 et janvier 2023).
- La révision de la nomenclature décidée en 2019 vise entre autres à corriger les différences injustifiées dans le niveau des honoraires entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes mais aussi entre les diverses spécialités médicales , ce qui pourrait réduire les pratiques inadéquates. Des incitants sont également prévus pour promouvoir la collaboration et la qualité des soins.
- Le développement d'initiatives d'e-santé et le partage des données des patients entre professionnels et établissements de santé visent également à réduire la duplication des examens.
- D'autres initiatives concernent le feed-back transmis aux médecins, l'évaluation des variations de pratique médicale et la création d'un groupe de travail pour s'attaquer aux indices d'écarts évidents par rapport aux bonnes pratiques médicales. Trois indicateurs ont été retenus dans ce cadre en 2022 : un sur la chirurgie bariatrique (existence d'un intervalle de trois mois minimum entre la première consultation avec un chirurgien bariatrique et l'opération) ; un sur l'imagerie par résonance magnétique (facturation de suppléments d'urgence inappropriés lors de prestations non urgentes en ambulatoire) ; et un sur le recours inefficace à la méniscectomie arthroscopique chez les patients de plus de 50 ans souffrant d'une maladie dégénérative du genou. L'objectif est de sensibiliser les professionnels de la santé et de les encourager à adapter leur pratique afin de prodiguer des soins plus adéquats. Si nécessaire, des mesures telles que des avertissements et même des demandes de remboursement des montants indûment versés au professionnel de la santé peuvent être prises.[v] Ces trois initiatives sont développées au niveau fédéral par l'INAMI, mais d'autres ont également été prises par les entités fédérées, notamment la poursuite du développement d'indicateurs de qualité (par exemple, par l'Institut flamand pour la qualité des soins (VIKZ) ou la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) pour la

[v] https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/indicateurs/Pages/default.aspx (dernière consultation le 11 octobre 2023)

Wallonie et Bruxelles) ou la révision des normes de qualité dans les hôpitaux et les maisons de repos et de soins.

Certaines initiatives touchent également à la **continuité** et à la **coordination des soins** ainsi qu'aux **soins centrés sur la personne** :

- Pour faire face aux défis du vieillissement et de l'augmentation du nombre de personnes vivant avec une maladie chronique, le système de santé belge est progressivement passé d'une approche axée sur la gestion des maladies à une approche de soins centrés davantage sur la personne. Des initiatives de soins intégrés sous la forme de projets pilotes ont été progressivement mises en place et peuvent être réparties en trois grands domaines : les soins aux personnes vivant avec une maladie chronique, les soins aux personnes âgées et les soins de santé mentale. En 2020, la Wallonie a également alloué un budget aux réseaux hospitaliers pour développer la coopération transmurale et améliorer la communication entre les acteurs du secteur hospitalier et les personnes impliquées dans les soins aux personnes âgées ou aux personnes handicapées. Cependant, les acteurs du terrain ont l'impression que certaines initiatives sont encore trop peu coordonnées et trop dispersées[143]. Un nouveau Plan interfédéral Soins intégrés est prévu pour début 2024 afin de tenter de remédier à ce manque de coordination.
- De nouveaux trajets de soins ont été instaurés (ou sont en cours de développement) en plus des trajets de soins pour le diabète et l'insuffisance rénale chronique (introduits en 2009) et des projets de soins intégrés pour la prise en charge des patients chroniques (introduits en 2018) :
  - Depuis juillet 2022 : les trajets de soins pour les patients atteints de COVID-19 long ;
  - En cours : les trajets de soins pour l'obésité infantile/pour les enfants et les jeunes atteints de troubles du comportement alimentaire, les trajets de soins périnatals (pré et postnatals) pluridisciplinaires pour les femmes vulnérables, les trajets de soins autour du patient avant et après une transplantation abdominale, un meilleur dépistage somatique pour les patients psychiatriques, et les trajets de démarrage pour les patients atteints de diabète de type 2 à un stade précoce - une initiative qui vise aussi à améliorer l'adéquation des soins (les prétrajets étant actuellement sous-utilisés par ces patients).

13.2 Initiatives liées à l'accessibilité des soins

Plusieurs mesures ont été dédiées à la **protection financière** de la population :

- L'accès au régime du maximum à facturer a été amélioré pour les ménages à faibles revenus : le plafond de leurs tickets modérateurs a été abaissé de 450 à 250 € par an à partir de janvier 2022.
- Les interventions dans les frais de déplacement pour l'accès aux soins de certaines personnes vivant avec une maladie chronique (dialyse, soins oncologiques, rééducation fonctionnelle de patients invalides en voiturette/fauteuil roulant, et enfants suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle) ont été augmentées de 20 % à partir de janvier 2020.
- Depuis janvier 2022, tous les prestataires de soins sont autorisés à appliquer, sur une base volontaire, le régime du tiers payant pour tous leurs patients : au lieu de payer le coût total de la prestation et de recevoir un remboursement rétrospectif, les patients ne paient alors que les contributions personnelles. Avant 2022, ce régime était déjà obligatoire pour les patients bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) (pour les consultations chez un MG) ou dans certaines situations spécifiques (comme l'ouverture d'un dossier médical global) ou pouvait être appliqué, sur une base volontaire, par les médecins et les dentistes pour les personnes bénéficiaires du statut affection chronique, mais n'était pas autorisé pour le reste de la population pour la plupart des soins ambulatoires.

- Des mesures ont été prises en 2022 pour faciliter et élargir l'accès au statut BIM.[w] Par ailleurs, les enfants et les jeunes adultes (jusqu'à 24 ans) BIM et ayant un DMG sont désormais intégralement remboursés pour leurs consultations auprès d'un médecin généraliste ou spécialiste (sur la base des tarifs de la nomenclature) (arrêté royal du 25 juin 2023).[x]

Pour préserver l'accès aux prestataires de soins pendant la pandémie de COVID-19, un cadre de remboursement a été élaboré pour les téléconsultations (par téléphone ou vidéo).[y] Des projets pilotes de télé-expertise (permettant par exemple aux MG d'obtenir rapidement l'avis d'un dermatologue) ou de suivi à distance des patients COVID-19 à leur domicile ont été mis en œuvre.[z]

Des mesures visant à promouvoir la **pleine adhésion à l'accord médico-mutualiste** (conventionnement complet) ont également été prises : 100 millions d'euros sont prévus dans le budget 2023 de l'assurance maladie obligatoire pour compenser les surcoûts structurels liés à la crise, mais uniquement pour les professionnels entièrement conventionnés. Cela correspond à une prime annuelle d'environ 1 000 € pour chaque médecin conventionné.

Pour avoir une meilleure **vue des suppléments dans les soins ambulatoires**, tous les médecins et dentistes sont tenus, depuis septembre 2023, de communiquer aux mutualités les suppléments d'honoraires qu'ils portent en compte au patient pour les prestations facturées via eFact (système électronique de facturation du tiers payant) ou attestées via eAttest (attestation numérique des prestations fournies en-dehors du régime du tiers payant). À un stade ultérieur, les contributions personnelles versées pour une sélection de prestations non remboursées devront également être transmises.

Il convient également de noter que, depuis la sixième réforme de l'État, l'**organisation des soins primaires** relève de la compétence des entités fédérées. Certaines mesures fédérales antérieures ont ainsi été adaptées par chaque entité fédérée, en particulier en ce qui concerne les incitants pour les MG exerçant dans une zone prioritaire ou pour les pratiques de groupe incluant d'autres prestataires de soins de santé tels que des infirmiers. Des plateformes ou institutions ont également été créées pour soutenir et conseiller les professionnels des soins de première ligne et de l'aide sociale et promouvoir le dialogue multidisciplinaire.

---

w https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majoree-meilleur-remboursement-frais-medicaux.aspx (dernière consultation le 11 octobre 2023)

x https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-25-juin-2023_n2023043357.html (dernière consultation le 11 octobre 2023)

y https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/tele-expertise-projet-pilote-dermatologie.aspx (dernière consultation le 11 octobre 2023)

z https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/soins-distance-patients-covid19-domicile-telemonitoring.aspx (dernière consultation le 11 octobre 2023)

13.3 Initiatives liées à la soutenabilité du système de santé

Plusieurs initiatives ont été prises pour remédier à la **pénurie potentielle de professionnels de la santé** et améliorer l'**attractivité** des professions de santé :

- Le quota d'accès à la spécialisation médicale a été relevé (de 1 230 en 2019 à 2 073 pour 2029)[67], suite à l'avis de la Commission de planification de l'offre médicale du SPF Santé publique. Des commissions de planification ont également été créées par les entités fédérées pour fixer des sous-quotas par spécialité médicale (par exemple, 43 % des diplômés en médecine doivent opter pour la médecine générale en Fédération Wallonie-Bruxelles) ainsi que le numerus fixus, c'est-à-dire le nombre d'étudiants admis à la formation médicale de base.
- Un accord a été signé en juillet 2020 pour accroître la rémunération des professions de santé salariées (comme par exemple le personnel infirmier des hôpitaux). Un nouveau barème salarial a été élaboré (le « modèle salarial IFIC »[aa]), qui se concentre sur la fonction effective du professionnel de la santé plutôt que sur son diplôme. Il fixe également des salaires plus élevés pour les nouveaux entrants dans le secteur. Cet accord est à présent pleinement mis en œuvre. Un budget de 600 millions d'euros a été prévu en 2022 pour améliorer l'attractivité et le bien-être des professions concernées.
- Un certain nombre d'honoraires ont également été augmentés pour les professionnels de la santé indépendants (par exemple, certains honoraires en soins dentaires).
- Pendant la pandémie de COVID-19, les entités fédérées ont octroyé des primes (par exemple, aux infirmiers à domicile indépendants) et apporté un soutien logistique aux infirmiers actifs dans les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins.
- De nouveaux rôles et profils ont été instaurés (ou sont en cours de développement) pour permettre la délégation des tâches :
  - Les infirmiers de pratique avancée sont reconnus dans la législation depuis le 22 avril 2019,[bb] mais il manque encore des arrêtés d'application ;
  - De nouveaux rôles ont été attribués aux pharmaciens, qui sont à présent autorisés à administrer le vaccin contre le COVID-19 et à revoir le schéma de médication des personnes polymédiquées. Depuis le 15 octobre 2023, ils sont également autorisés à administrer le vaccin contre la grippe.
  - Depuis octobre 2022, les hygiénistes bucco-dentaires sont autorisés à effectuer certaines prestations dentaires dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.
  - Un groupe de travail « Différenciation des tâches, délégation des tâches et transfert des tâches » dans le domaine des soins infirmiers a formulé des recommandations concrètes. La reconnaissance de plusieurs nouveaux profils est en cours sur la base de leur rapport, à savoir ceux d'assistant en soins infirmiers (HBO5), d'infirmier chercheur clinicien et d'aidant qualifié.
  - La reconnaissance des assistants de pratique est en cours. Ce nouveau profil sera destiné à apporter un soutien aux MG. Ces professionnels paramédicaux seront responsables des tâches administratives ainsi que de certaines tâches d'assistance technique (telles que le prélèvement d'échantillons pour le laboratoire ou la mesure du poids), sous la supervision du médecin.

aa https://www.if-ic.org/fr/a-propos-de-nous/que-fait-l-ific (dernière consultation le 11 octobre 2023)

bb https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-22-avril-2019_n2019012159 (dernière consultation le 11 octobre 2023)

- Depuis 2020, des initiatives ont été mises en place pour optimiser le fonctionnement de la permanence des MG (financement des postes de garde des MG en semaine de 18h à 8h).[cc]
- Un nouveau modèle d'organisation et de financement des MG et des cabinets de médecine générale est en cours de développement. Il vise notamment à permettre au MG/cabinet de médecine générale de prendre en charge un plus grand nombre de patients grâce à un soutien et à une délégation des tâches, et à élaborer un modèle de financement qui tienne mieux compte de la disponibilité en dehors des heures de travail, de la coopération interdisciplinaire, de la continuité des soins, de la qualité, de la prévention et de l'autonomisation des patients. À l'heure actuelle, la majorité des MG sont rémunérés principalement à l'acte et seule une petite partie de leur revenu consiste en un paiement forfaitaire par patient (comme pour le dossier médical global) ou par cabinet (comme une prime de télématique). Dans le nouveau modèle proposé, l'objectif est d'augmenter la fraction forfaitaire (incluant un paiement par capitation) et de réduire celle qui est rémunérée à l'acte. Le paiement par capitation sera ajusté en fonction de la complexité des soins prodigués au patient. Des primes sont également prévues comme troisième pilier de financement, en mettant l'accent sur la qualité, le soutien et la disponibilité (prime de pratique intégrée, honoraires de permanence, interventions pour les trajets de soins, etc.), ainsi que des primes facultatives pour les grands cabinets de médecine générale, avec une prime de collaboration (en fonction du nombre de prestataires et du nombre de patients) et une prime pour la présence d'un infirmier au sein du cabinet.

Ces dernières années, une attention particulière a également été accordée au développement des services d'**e-santé** en Belgique :

- Avec la mise en œuvre de plans d'e-santé successifs (2013-2015, 2016-2018, 2019-2021, 2022-2024), les administrations fédérales et fédérées ont déployé des efforts pour la numérisation des informations médicales dans un dossier médical informatisé (DMI), le partage de ces données entre les professionnels de la santé et les établissements, et l'amélioration de la collecte et de l'utilisation des données de santé qui pourraient s'avérer utiles pour la prise de décision en matière de soins de santé.
- Des primes spécifiques ont été introduites pour promouvoir l'utilisation des services d'e-santé par les MG, les dentistes, les sages-femmes et les infirmiers.
- Des e-services spécifiques ont été développés, comme la télémédecine (téléconsultation, télé-expertise et télémonitoring) pendant la pandémie de COVID-19, ou encore le schéma de médication partagé (voir également l'indicateur S-27 pour une description des e-services suivants : Prescription de médicaments via Recip-e de MyCareNet, facturation des consultations pour les patients ayant droit à l'intervention majorée via eFact de MyCareNet, enregistrement du consentement éclairé via eHealth, téléchargement de Summarized Electronic Health Records (SUMEHR), gestion électronique des honoraires pour le dossier médical global électronique (eDMG) via MyCareNet, utilisation des schémas de médication, utilisation du service CEBAM evidence linker, attestation des consultations via eAttest de MyCareNet, utilisation des formulaires électroniques « Evaluation du handicap » et demandes de remboursement de médicaments du chapitre IV via MyCareNet). L'utilisation du dossier

[cc] https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/financement-poste-garde-medecins-generaliste-semaine-nuit.aspx (dernière consultation le 11 octobre 2023)

médical global électronique (DMGe) a également été rendue obligatoire pour les MG depuis 2021 (voire avant dans certains cas).

Pour faire face aux **pénuries temporaires de produits pharmaceutiques critiques**, un arrêté royal publié le 20 janvier 2023 introduit la possibilité d'exiger une autorisation avant d'exporter des médicaments produits pour le marché belge et, le cas échéant, de limiter le volume exporté ou d'interdire temporairement l'exportation par les distributeurs en gros sous certaines conditions spécifiques.[dd] À noter également que, depuis décembre 2019, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) publie les indisponibilités, interruptions et arrêts de commercialisation de médicaments à usage humain sur PharmaStatut et analyse l'impact de chaque indisponibilité sur les patients (impact critique, alternatives possibles, importation possible, etc.).

En termes de **gouvernance**, des initiatives visant à définir les priorités et les objectifs belges de santé et de soins de santé ont été lancées :

- Le budget des soins de santé s'appuie désormais sur une nouvelle méthodologie, à savoir une trajectoire budgétaire pluriannuelle pour les soins de santé assortie d'objectifs de soins de santé. En combinant un cadre budgétaire pluriannuel dynamique et une plus grande priorité accordée aux soins adéquats (c'est-à-dire les bons soins au bon moment), l'objectif est de développer une vision stratégique à moyen et long terme de l'assurance maladie obligatoire et de prévoir les ressources nécessaires pour atteindre ces objectifs. Il ne s'agit pas de faire des économies, mais bien d'utiliser au mieux les ressources disponibles, d'améliorer la performance du système et d'avoir une vision à long terme en matière d'efficacité des soins. L'objectif est également de prendre systématiquement en compte les signaux d'alarme mis en évidence dans le rapport de Performance lors de la priorisation des objectifs. Cinq domaines prioritaires ont été sélectionnés : les soins préventifs et les maladies chroniques, l'accès aux soins de santé, les trajets de soins, la santé mentale et les soins intégrés. La philosophie du quintuple objectif (« Quintuple Aim ») a servi de guide pour la définition des objectifs stratégiques et opérationnels. Certaines des initiatives décrites dans ce document découlent de cette vision à long terme.
- Des priorités de santé publique sont également en cours d'élaboration sur la base du fardeau des maladies et d'une méthode d'identification des besoins médicaux non satisfaits.

13.4 Initiatives liées à l'efficience du système de santé

Des économies potentielles pourraient être réalisées dans le système de santé, entre autres grâce à un **raccourcissement des séjours hospitaliers**, au recours à **la chirurgie de jour** ou à l'utilisation des **traitements biosimilaires**. Les initiatives suivantes ont été prises ou sont en cours à cet égard :

- Depuis avril 2019, une prime est octroyée aux médecins conventionnés qui prescrivent des biosimilaires ambulatoires (tels que les biosimilaires anti-facteur de nécrose tumorale). En outre, les hôpitaux ne peuvent facturer que 85 % du prix des traitements biologiques pour lesquels un biosimilaire est disponible. Un groupe de travail a également revu la « politique d'achat » (appel d'offres obligatoire) des médicaments dans les hôpitaux, en particulier pour les médicaments biologiques et les biosimilaires. Une révision du processus réglementaire a été entamée sur la base de ces travaux.
- Le développement d'un trajet de soins périnatals (pré et postnatals) pluridisciplinaires pour les femmes vulnérables ainsi que d'autres nouveaux trajets de soins décrits dans la section 13.1 (sur la qualité) devrait permettre de réduire la durée des séjours hospitaliers.

dd https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2023/01/19/2023030395/moniteur (dernière consultation le 11 octobre 2023)

- Dès avant le rapport HSPA 2019, des incitants avaient été introduits pour promouvoir les soins hospitaliers de jour. Les règles de paiement sont toutefois complexes (certaines interventions sont financées dans le cadre d'un budget fermé et d'autres, reprises sur une liste nominative, sont rémunérées au moyen de forfaits) et manquent de transparence. L'INAMI projette par conséquent de promouvoir les hospitalisations de jour en levant les obstacles financiers (tant pour les hôpitaux que pour les patients).[ee]

Les mesures suivantes ont également été mises en œuvre ou sont en cours d'élaboration pour accroître la **centralisation des soins complexes** :

- Depuis 2020, la chirurgie complexe du pancréas et de l'œsophage n'est remboursée que dans un nombre limité d'hôpitaux possédant une expérience avérée.
- Des réseaux hospitaliers locorégionaux ont été créés par la loi du 28 février 2019. Le 20 juillet 2022, le Conseil des ministres a approuvé un projet d'arrêté royal énumérant les missions de soins locorégionales qui doivent être proposées dans chaque réseau et les missions de soins suprarégionales qui ne peuvent pas être proposées dans chaque réseau.
- L'INAMI prévoit d'adapter les règles de remboursement afin que seules les cliniques du sein agréées puissent proposer certains traitements remboursés aux patientes atteintes d'un cancer du sein.

L'**hospitalisation à domicile** (HAD) est également en cours de développement :

- L'HAD consiste à délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital. Des projets pilotes d'HAD avaient déjà été lancés en mars 2017 mais, depuis juillet 2023, l'HAD est déployée sur une base plus structurelle dans les domaines de l'oncologie et de l'antibiothérapie pour les patients concernés.

13.5 Initiatives liées à la prévention

Plusieurs initiatives ont été prises pour améliorer la **vaccination contre la grippe** :

- Un meilleur remboursement et la possibilité d'avoir un accès direct au vaccin en pharmacie sans prescription (pour les personnes âgées de 50 ans et plus) depuis octobre 2020.
- La possibilité de se faire vacciner par un pharmacien depuis la mi-octobre 2023.
- Les entités fédérées ont également organisé des campagnes de sensibilisation. Des campagnes similaires ont aussi été menées pour d'autres programmes de vaccination et de **dépistage** via un plus large éventail de canaux de communication (télévision, radio, réseaux sociaux, hôpitaux, salles d'attente des MG, pharmacies, mutualités). Des équipes mobiles de vaccination ont également été mises en place pour vacciner les groupes mal desservis.

Plusieurs politiques de santé publique visant à renforcer l'état de santé de la population ont également été mises en œuvre (voir le rapport HSR), comme l'interdiction de la vente de produits du tabac aux personnes âgées de moins de 18 ans depuis 2019 ou la vente de produits du tabac en emballage neutre depuis 2020. Un nouveau Plan Alcool 2023-2025 a été approuvé en 2023.

Des mesures spécifiques ont également été prises dans le domaine des soins dentaires afin d'en améliorer l'accessibilité, et donc aussi les contacts réguliers avec un dentiste :

---

ee https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfeh_d_499-1_-_hospitalisation_de_jour.pdf

- Depuis 2016 (donc avant le rapport HSPA 2019), certains soins dentaires ne sont remboursés qu'à condition qu'un contact avec les soins dentaires ait été enregistré au cours de l'année précédente. Pendant la pandémie de COVID-19, ce délai a toutefois été allongé.
- En 2022 et 2023, certaines limites d'âge pour l'accès au remboursement ont été modifiées. Par exemple, les extractions dentaires sont remboursées à partir de l'âge de 50 ans (au lieu de 53 ans) depuis 2022 et le remboursement intégral de la plupart des procédures préventives et conservatrices pour tous les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans (introduit en 2009) a été prolongé jusqu'à l'âge de 19 ans en 2023.

13.6 Initiatives liées aux soins de santé mentale

L'amélioration de l'accès aux soins psychologiques est une priorité depuis le dernier rapport HSPA. En septembre 2021, l'INAMI a annoncé un financement accru des soins psychologiques via les réseaux locaux de santé mentale. L'objectif est de dispenser des soins psychologiques de première ligne au plus près du milieu de vie du patient (y compris au travers du développement de téléconsultations ou du recours à des équipes mobiles). Ces conventions couvrent l'ensemble du pays et remplacent et élargissent celles de 2019 pour les adultes et de 2020 pour les enfants et les adolescents (introduction d'un remboursement pour les consultations chez un psychologue). Les patients ne paient que les tickets modérateurs officiels (autrement dit, le régime du tiers payant s'applique). En 2022, il a également été convenu qu'un soutien supplémentaire serait prévu pour les unités de traitement intensif « For-K » destinées aux jeunes placés sous contrôle judiciaire par un tribunal de la jeunesse et présentant un problème psychiatrique grave, et des forfaits sont maintenant prévus pour les soins somatiques aux patients séjournant dans un hôpital psychiatrique, avec obligation d'élaborer des plans de traitement transmuraux et des schémas de médication. Pour réduire les listes d'attente dans les services de santé mentale, la Wallonie a également augmenté le nombre d'ETP travaillant dans ces services.

Par ailleurs, un Plan d'action Psychotropes 2019-2021 doublé d'un Plan de communication 2021-2023 visaient à optimiser le comportement de prescription de psychotropes des professionnels de la santé (au travers de l'élaboration de guidelines cliniques, d'outils pratiques et de formations). D'autres mesures liées à un recours adéquat aux produits pharmaceutiques sont décrites dans la section 13.1 (sur la qualité).

Pendant la pandémie de COVID-19, la continuité des soins de santé mentale a également été assurée grâce au développement des téléconsultations avec les psychiatres et au suivi à distance des patients après une hospitalisation dans un hôpital psychiatrique. Un soutien psychologique a également été apporté aux professionnels de la santé durant cette période.

13.7 Initiatives liées aux soins aux personnes âgées

Les projets pilotes « Protocole 3 - P3», déjà en place avant le précédent rapport HSPA, avaient instauré des formes alternatives de soins et de soutien des personnes âgées fragiles confrontées à une perte d'autonomie dans leur vie quotidienne ou à une diminution perceptible de leurs performances cognitives. Sur la base de l'évaluation des projets pilotes Protocole 3, des interventions « efficientes » ont été identifiées : le case management (la coordination des soins au sens large), l'ergothérapie et le suivi psychologique. Ces prestations sont donc désormais remboursées par le biais d'une convention conclue début 2022 entre l'INAMI et chacun des projets P3 individuels pour une durée de deux ans. La convention est conçue comme un accord transitoire en attendant la mise en place d'un financement à long terme de ces interventions. Ce cadre sera élaboré via le Plan interfédéral Soins intégrés (voir la section 13.1 ci-dessus).

En septembre 2020 est entrée en vigueur la loi de reconnaissance des aidants proches, qui confère un statut aux personnes qui apportent une aide à un proche très dépendant (qui ne doit pas forcément être une personne âgée). Des initiatives visant à accroître le soutien aux aidants informels sont également en cours. La Wallonie prévoit par exemple de renforcer les services de soins de répit et de soutien des aidants informels (en 2023-2024).

Il convient également de noter que, depuis 2022, la Communauté germanophone a développé sa propre allocation de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie vivant dans une collectivité germanophone (une mesure qui existait déjà à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie).

Les initiatives pour un recours adéquat aux produits pharmaceutiques tels que les antipsychotiques sont décrites dans la section 13.1 (qualité du système de santé).

13.8 Initiatives liées aux soins de fin de vie

Pour garantir la qualité des soins palliatifs, l'INAMI a décidé de rembourser intégralement, à partir de novembre 2022, les consultations dédiées à la mise au point de la planification anticipée des soins ou Advance Care Planning pour les patients en soins palliatifs. Lors de ces consultations de « planification », les patients (identifiés comme « palliatifs » sur la base du Palliative Care Indicators Tool, PICT) et leur MG déterminent conjointement quels sont les soins curatifs et palliatifs que le patient souhaite (déclaration d'intention positive) ou au contraire ne souhaite pas (déclaration d'intention négative), définissent des objectifs de soins individualisés en fonction des besoins du patient et désignent éventuellement un représentant légal si le patient n'est plus en état de décider pour lui-même. Cette planification reste en constante évolution et le patient peut modifier ses choix à tout moment.[ff]

[ff] https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/palliatif/Pages/soins-palliatifs-parler-plus-tot-meilleure-qualite-soins-vie-advance-care-planning.aspx

14 DISCUSSION ET CONCLUSION

Ce rapport révèle un certain nombre de forces du système de santé belge ainsi que des évolutions positives. Certains problèmes et signaux d'alarme sont néanmoins aussi à prendre en considération. Ces éléments sont résumés dans les sections suivantes.

14.1 Forces et faiblesses liées à la qualité des soins

La qualité des soins curatifs montre des signes d'amélioration

En ce qui concerne la qualité des soins, la performance pour la majorité des indicateurs est conforme à la moyenne de l'UE-14, voire meilleure : la mortalité évitable grâce au système de soins (mortalité que l'on pourrait « traiter ») est plus faible, tout comme le taux de mortalité de l'infarctus aigu du myocarde, les taux de survie pour le cancer du sein et le cancer colorectal sont plus élevés (mais avec une évolution à la baisse pour ce dernier) et le nombre d'hospitalisations évitables liées à l'asthme est plus faible. Le rôle du MG dans la continuité des soins a été renforcé, et les patients rapportent des expériences globalement positives avec les soins ambulatoires. Des évolutions favorables ont également été observées pour les infections à MRSA dans les hôpitaux, même si des améliorations restent nécessaires.

En ce qui concerne les personnes vivant avec le diabète, les résultats sont assez décevants malgré les mesures mises en place pour ces patients (comme la création de modèles et trajets de soins). Le pourcentage de diabétiques bénéficiant d'un suivi conforme aux recommandations reste trop faible et varie par exemple en fonction de la catégorie d'âge (une proportion plus faible de personnes âgées vivant dans une structure résidentielle ont bénéficié de soins adéquats). Ceci est dû entre autres à un nombre de consultations ophtalmologiques trop faible par rapport à ce qui est

recommandé, ce qui peut également trahir un problème d'accessibilité de certaines spécialités, et à un nombre insuffisant de mesures de la microalbuminurie chez les patients traités au moyen d'antidiabétiques autres que l'insuline. Les résultats sont particulièrement médiocres chez les personnes traitées au moyen d'antidiabétiques autres que l'insuline.

La continuité et la coordination des soins via des modèles de soins laissent également à désirer dans ce groupe de patients. Une part importante des personnes vivant avec le diabète et traitées par insuline sont reprises dans un modèle de soins, mais ce pourcentage a diminué en 2021.

Toujours en ce qui concerne les soins chroniques, on constate par ailleurs que la proportion de personnes polymédiquées disposant d'un pharmacien de référence reste insuffisante (< 50 %).

D'autres points faibles concernent principalement l'adéquation et la sécurité des soins :

Le recours aux antibiotiques reste élevé par rapport aux moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27 et le choix des antibiotiques prescrits en première intention n'est toujours pas conforme aux recommandations. Bien qu'il y ait une certaine amélioration, le recours aux quinolones, par exemple, reste disproportionnellement élevé.

Le recours inapproprié à l'imagerie médicale en cas de lombalgie reste important. Une légère amélioration est observée, principalement en raison de la diminution des radiographies entre 2016 et 2020 ; entre 2016 et 2022, aucune amélioration n'a toutefois été observée en ce qui concerne l'usage du CT-scan de la colonne, sauf en Flandre.

En termes de sécurité des soins, la moitié des professionnels de la santé actifs dans les hôpitaux estiment que les effectifs sont insuffisants pour assurer les meilleurs soins aux patients. Enfin, dans le rapport HSPA 2019, la prévalence des infections associées aux soins de santé contractées à l'hôpital était trop élevée par rapport à ce que l'on aurait pu attendre sur la base du case-mix des patients hospitalisés. Des données plus récentes ne sont pas encore disponibles pour cet indicateur, mais une mise à jour sera effectuée ultérieurement sur le site belgiqueenbonnesante.be.

Encadré 14 – Signaux d'alarme concernant la qualité

- L'adéquation et la continuité des soins restent améliorables pour les personnes vivant avec le diabète, en particulier celles traitées au moyen d'antidiabétiques autres que l'insuline.
- La proportion de patients disposant d'un pharmacien de référence dans la population ciblée par cette mesure est trop faible (38,7 % en 2021).
- Le choix des antibiotiques prescrits en première intention n'est pas conforme aux recommandations, et n'a connu qu'une légère amélioration.
- Le recours inapproprié à l'imagerie médicale en cas de lombalgie reste important.
- La moitié des professionnels de la santé actifs dans les hôpitaux estiment que les effectifs sont insuffisants pour assurer les meilleurs soins aux patients.
- Le rapport HSPA 2019 indiquait que la prévalence des infections associées aux soins de santé contractées à l'hôpital était trop élevée et ne s'améliorait pas. Des données plus récentes ne sont pas encore disponibles pour cet indicateur, mais une mise à jour sera effectuée sur le site belgiqueenbonnesante.be.

14.2 Forces et faiblesses liées à l'accessibilité des soins

Un système de santé accessible, mais la vigilance et des efforts supplémentaires restent de mise pour les ménages financièrement vulnérables

Dans ses efforts en vue d'une couverture de santé universelle (CSU), le système public belge d'assurance maladie obligatoire couvre un large éventail de services pour la quasi-totalité de la population sans aucune sélection basée sur les risques de santé, et prévoit des mesures de protection financière pour les personnes ayant des besoins en soins élevés et les ménages disposant de ressources limitées (maximum à facturer,

intervention majorée dans les frais médicaux, renforcement du régime du tiers payant).

En 2022, le système public d'assurance maladie obligatoire affichait un taux de couverture de 99,1 %, mais des obstacles financiers et/ou administratifs continuent à entraver une couverture complète de l'entièreté de la population. Il convient également de souligner ici que certains groupes vulnérables, comme les migrants sans papiers, ne sont pas couverts par le système public d'assurance maladie obligatoire et ne sont donc pas inclus dans ces calculs. Cela ne signifie toutefois pas que ces personnes n'ont pas droit aux soins médicaux nécessaires. Elles peuvent être couvertes par d'autres systèmes tels que l'aide médicale urgente. Néanmoins, les données concernant les groupes non couverts restent limitées et ne permettent pas d'avoir une vision claire de leur accès au système de santé belge.

En Belgique, les contributions personnelles sont élevées (17,9 % des dépenses de santé courantes en 2021) par rapport aux pays voisins, même si la situation s'améliore avec le temps. En sus des tickets modérateurs, les contributions personnelles élevées découlent de paiements directs pour des biens et services non couverts et de l'utilisation largement répandue de suppléments. Cette dernière est bien démontrée pour les soins hospitaliers (où les suppléments d'honoraires représentent 50 % des contributions personnelles), mais aussi suggérée par le faible volume d'activité ambulatoire des médecins spécialistes et dentistes conventionnés (moins de la moitié des consultations des médecins spécialistes et environ 1 contact sur 4 avec un dentiste ont été assurés par un praticien conventionné, avec des variations importantes selon la spécialité). Cette situation est problématique, étant donné que les mesures de protection (comme le maximum à facturer et l'intervention majorée) ne s'appliquent pas aux suppléments ni aux paiements directs.

Les contributions personnelles peuvent représenter un obstacle financier à l'accessibilité des services de santé et entraîner des besoins non satisfaits pour des raisons financières, ou des difficultés financières pour les personnes ayant recours aux soins (dépenses de santé catastrophiques). Pour ces deux indicateurs de l'accessibilité financière (ou du manque d'accessibilité financière) des soins, la Belgique affiche une performance moyenne. Les taux les plus élevés de besoins non satisfaits pour des raisons financières et de dépenses de santé catastrophiques ont été observés dans le quintile de revenu le plus bas, dans les sous-groupes ayant un faible niveau d'éducation et chez les personnes en âge de travailler inactives ou au chômage.

La part des contributions personnelles dans les dépenses de santé courantes pour les soins dentaires, les dispositifs médicaux et les soins et médicaments ambulatoires est particulièrement élevée, et ces mêmes postes ont également été identifiés comme les principaux facteurs contribuant à des dépenses de santé catastrophiques. En outre, pour les soins dentaires, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers classiques, la part des contributions personnelles dans les dépenses de santé courantes est nettement supérieure aux moyennes de l'UE en 2021.

Disparités dans la répartition du personnel de santé pour certaines spécialités médicales

La Belgique a une densité de médecins en activité inférieure aux moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27, mais une densité d'infirmiers en activité supérieure aux moyennes européennes.

Bien que les chiffres ne permettent pas à eux seuls de déterminer si les besoins en soins de santé sont satisfaits, les analyses ont montré, pour plusieurs spécialités médicales, d'importantes variations dans la densité de médecins entre les provinces, avec des densités plus faibles en particulier pour la province de Luxembourg et, dans une moindre mesure, pour les provinces de Hainaut, de Limbourg et de Flandre occidentale.

L'accessibilité géographique est généralement bonne, mais les délais d'attente s'allongent

Compte tenu de la forte densité d'hôpitaux en Belgique, les soins hospitaliers sont géographiquement très accessibles, 99,3 % de la population belge résidant dans un rayon de 20 km de l'hôpital le plus proche. En outre, aucun besoin non satisfait pour des raisons géographiques n'a été déclaré.

Près de la moitié de la population a néanmoins été confrontée à des délais d'attente importants pour obtenir un rendez-vous chez un MG (≥ 1 jour) ou chez un médecin spécialiste (> 2 semaines) en 2018 (des données plus récentes ne sont pas encore disponibles), et les résultats s'étaient dégradés par rapport à 2013.

Encadré 15 – Signaux d'alarme concernant l'accessibilité

- On relève un manque de données sur les groupes de population non couverts par l'assurance maladie obligatoire.
- Le système de santé belge affiche des contributions personnelles relativement élevées. La part des contributions personnelles dans les dépenses de santé courantes est particulièrement élevée pour les soins dentaires, les dispositifs médicaux et les soins et médicaments ambulatoires, et supérieure aux moyennes de l'UE pour les soins dentaires, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers classiques.
- Moins de la moitié des consultations ambulatoires des médecins spécialistes et environ 1 contact sur 4 avec un dentiste ont été assurés par un praticien conventionné, avec des variations importantes selon la spécialité.
- Les suppléments d'honoraires représentent 50 % des contributions personnelles dans les soins hospitaliers.
- Les besoins en soins médicaux/dentaires non satisfaits pour des raisons financières et les contributions personnelles catastrophiques sont particulièrement préoccupants pour certains sous-groupes de population (faible revenu, faible niveau d'éducation, chômage).
- Des disparités dans la répartition du personnel de santé ont été observées pour un certain nombre de spécialités médicales.
- Près de la moitié de la population a été confrontée à des délais d'attente importants pour obtenir un rendez-vous chez un MG (≥ 1 jour) ou un médecin spécialiste (≥ 2 semaines).

14.3 Forces et faiblesses liées à la soutenabilité du système de santé

La part du financement public est conforme à la moyenne de l'UE-14, mais des pressions budgétaires sont attendues dans le futur

En 2021, les dépenses courantes de santé représentaient 11 % du produit intérieur brut (PIB) de la Belgique et étaient financées dans une large mesure par des fonds publics (77,6 %). La part du financement public a légèrement augmenté pendant la pandémie de COVID-19 et a suivi la moyenne de l'UE-14.

Cependant, sur la base des projections des dépenses de santé, on s'attend à une augmentation des dépenses publiques en santé exprimées en pourcentage du PIB, ce qui pourrait faire peser une pression croissante sur le budget. Par ailleurs, l'augmentation future projetée des dépenses publiques en médicaments n'est pas non plus négligeable, même si ces estimations ne tiennent pas compte de la garantie fournie par le système de

récupération des dépassements du budget des médicaments[gg]. Il convient également de noter que la nature confidentielle des médicaments achetés dans le cadre de conventions (« *Managed Entry Agreements* » - MEA, contrats d'accès encadré au marché) complique l'obtention d'un tableau complet des dépenses pharmaceutiques futures.

Les efforts pour améliorer la disponibilité en personnel de santé ont eu un impact positif, mais la vigilance reste de mise

La proportion de médecins âgés de 55 ans et plus, en particulier en médecine générale, constitue ces dernières années une cause de préoccupation toute particulière. Depuis le précédent rapport de Performance, les mesures mises en œuvre par les entités fédérées pour s'assurer qu'un pourcentage suffisant de nouveaux diplômés en médecine se spécialisent en médecine générale ont toutefois eu un impact positif et la proportion de MG âgés de 55 ans et plus est à présent en baisse. Les projections du nombre de MG en activité montrent de nouvelles améliorations, en particulier à plus long terme. Cependant, la vigilance reste de mise à court/moyen terme, car le nombre de contacts avec un MG (demande) devrait augmenter plus rapidement que le nombre d'ETP MG actifs (offre).

Il convient également de noter que la proportion de médecins âgés de 55 ans et plus reste élevée et augmente pour certaines spécialités comme la rhumatologie et l'ORL.

En ce qui concerne les infirmiers, le nombre de nouveaux diplômés en soins infirmiers a diminué en 2019, principalement en raison de l'allongement de la durée des études. Depuis 2021, la Belgique n'est pas encore parvenue à renouer avec les niveaux d'avant 2019. Bien qu'il soit peut-être prématuré de tirer la sonnette d'alarme, il est crucial d'évaluer et de surveiller un éventuel impact négatif durable de l'allongement de la durée des études en soins infirmiers ou de la perception de la profession depuis la pandémie de COVID-19 a sur le nombre de nouveaux étudiants en soins infirmiers.

En outre, les projections à l'horizon 2028 laissent prévoir une augmentation du nombre d'ETP infirmiers actifs mais, dans le secteur hospitalier, celle-ci ne sera pas suffisante pour assurer un ratio patient/infirmier sûr et durable tel que défini dans le rapport KCE 325 (en supposant une politique constante[hh])[60]. Selon une autre enquête exploratoire récente du KCE, réalisée pendant la pandémie de COVID-19, le nombre actuel d'ETP infirmiers dans un échantillon de maisons de repos et de soins serait également inférieur aux normes de dotation en personnel des MRS[61]. Cette étude était néanmoins basée sur un petit échantillon et ne peut pas être extrapolée à l'ensemble de la Belgique. Il n'est pas non plus possible de déterminer si l'augmentation attendue selon les projections permettrait d'atteindre la norme de dotation en personnel des MRS dans le futur. Cette question devrait être explorée de façon plus poussée.

Augmentation continue de l'utilisation des services d'e-santé

Ces dernières années, une attention particulière a été accordée au déploiement des services d'e-santé en Belgique, avec l'élaboration de plans d'e-santé successifs. Grâce à ces efforts, l'augmentation de l'utilisation des services d'e-santé par les médecins généralistes a atteint les résultats escomptés, même si des améliorations sont encore possibles en ce qui concerne le recours à certains outils d'aide récents (CEBAM Evidence Linker et schéma de médication électronique).

---

gg « *Claw-back system* » : En cas de dépassement du budget alloué aux produits pharmaceutiques, les sociétés pharmaceutiques doivent rembourser les dépenses excessives (remboursement plafonné ; 105 millions d'euros en 2019).

hh Par exemple, si le secteur hospitalier est réformé et que les services inefficaces sont fermés, les ratios patient/infirmier pourraient s'améliorer sans augmentation de la main-d'œuvre.

Un nombre trop élevé d'indisponibilités temporaires de médicaments ayant un impact critique

Alors que l'indisponibilité temporaire de médicaments n'est pas automatiquement problématique (par exemple lorsqu'il existe des alternatives), l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé fournit désormais des informations sur le nombre de notifications de pénuries ayant un impact critique sur les patients. Même si ce nombre était limité, il restait malgré tout trop élevé (36 en 2022, principalement pour les immunoglobulines).

Une population très satisfaite à première vue, mais la pandémie de COVID-19 semble avoir affecté la confiance dans le système de santé

Si la population belge s'est montrée très satisfaite du système de santé, une enquête récente menée au cours de la pandémie de COVID-19 a montré que la confiance dans le système de santé n'était que moyenne (6,3/10). Une partie importante de la population a également exprimé des inquiétudes quant à la préparation de la Belgique aux crises futures (voir la section sur la résilience). En termes de gouvernance, les efforts en matière de collecte de données et de participation des patients à la politique de santé devraient également être poursuivis (enquêtes de population plus régulières, par exemple).

Encadré 16 – Signaux d'alarme concernant la soutenabilité

- L'augmentation des dépenses publiques en santé, en particulier pour les produits pharmaceutiques, devrait faire peser une pression croissante sur le budget. Bien qu'elle puisse résulter de choix politiques justifiés, des mesures seront nécessaires (parmi le large éventail d'options politiques à explorer du côté tant des dépenses que des recettes) pour réduire cette pression et assurer la soutenabilité du système de santé.
- Le nombre de nouveaux diplômés en soins infirmiers a diminué en 2019 en raison de l'allongement de la durée des études et, en 2021, il restait inférieur au niveau observé durant la période 2015-2018. L'évolution de cet indicateur est à surveiller pour déterminer si des actions sont requises.
- Dans certains secteurs (hôpitaux et maisons de repos et de soins), le nombre (futur) d'infirmiers semble être insuffisant pour assurer la qualité des soins.
- Les efforts visant à augmenter le nombre de nouveaux diplômés en médecine se spécialisant en médecine générale doivent être poursuivis pour répondre aux besoins croissants.
- Des indisponibilités temporaires ayant un impact critique sur les patients ont été constatées pour plusieurs médicaments. Les pénuries concernaient principalement les immunoglobulines.

14.4 Forces et faiblesses liées à l'équité

Obstacles à un accès abordable, recours moindre aux soins préventifs et consommation accrue de médicaments dans les groupes plus défavorisés

Les inégalités socioéconomiques quantifiées pour une série d'indicateurs d'autres dimensions et domaines indiquent que, par rapport aux personnes appartenant à des catégories sociales plus favorisées, celles qui font partie des catégories plus défavorisées (sur la base du niveau d'éducation, des ressources financières ou du droit à l'intervention majorée) se caractérisent par des obstacles financiers plus importants dans l'accès aux soins en termes à la fois de dépenses de santé catastrophiques et de besoins non satisfaits pour des raisons financières, par un taux de participation plus faible au dépistage du cancer, par des contacts moins réguliers avec un dentiste, et par une consommation plus élevée de médicaments (antidépresseurs, polymédication). Sur une note plus positive, elles bénéficient toutefois aussi d'une meilleure continuité des soins auprès du MG.

De l'égalité/inégalité à l'équité/inéquité

Les inégalités socioéconomiques dans le recours aux soins de santé ne sont pas faciles à interpréter, car elles peuvent avoir diverses causes sous-jacentes (état de santé, capacité de paiement, disponibilité des services, etc.) et ne reflètent donc pas seulement des différences de statut socioéconomique. Si certaines différences dans le recours aux soins de santé sont considérées comme justes, par exemple lorsqu'elles sont liées aux besoins en soins de santé, d'autres sont jugées injustes ; on parle dans ce cas d' « inéquités ».

Inéquités dans les soins ambulatoires spécialisés et dentaires, résultats mitigés pour la médecine générale

Après ajustement du recours aux soins de santé en fonction des besoins, les inéquités socioéconomiques s'avèrent importantes pour les soins ambulatoires spécialisés et les soins dentaires, les taux de fréquentation augmentant fortement avec le niveau d'éducation et de revenu.

Tous les groupes financièrement vulnérables examinés ont, pour les soins spécialisés et dentaires, des taux de fréquentation ajustés en fonction des besoins nettement inférieurs à la moyenne de la population. En ce qui concerne les soins de médecine générale, les inéquités socioéconomiques sont moins importantes. Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ont un meilleur accès aux soins de médecine générale que les autres groupes financièrement vulnérables. Aucun impact positif similaire de l'intervention majorée n'est cependant observé pour l'accès aux soins spécialisés ou dentaires. Les inéquités dans les soins d'urgence favorisent les personnes à faible revenu, peu qualifiées et financièrement vulnérables, ce qui peut être dû à un effet de substitution induit par les obstacles à l'accès à d'autres types de soins. Aucune inéquité socioéconomique n'est observée pour les soins hospitaliers classiques.

Le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins (soins de médecine générale, spécialisés et dentaires) est particulièrement faible chez les chômeurs, les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aiguë et les personnes à risque de pauvreté mais ne bénéficiant pas de l'intervention majorée. La réduction du non-recours à l'intervention majorée pourrait aider ce dernier groupe à surmonter les obstacles à l'accès aux soins.

La conclusion selon laquelle l'accès aux soins de médecine générale est plus équitable que l'accès aux soins ambulatoires spécialisés et aux soins dentaires peut s'expliquer au moins en partie par les résultats d'autres indicateurs, tels que les faibles taux d'adhésion à la convention des médecins spécialistes et des dentistes en comparaison avec les MG (indicateurs A-8 et A-9) et la part des contributions personnelles particulièrement élevée pour les soins dentaires (en raison des suppléments et des services non couverts, indicateur A-2), mais aussi par l'application obligatoire du tiers payant en médecine générale pour les BIM.

Encadré 17 – Signaux d'alarme concernant l'équité

- Les obstacles à un accès abordable (besoins non satisfaits, dépenses de santé catastrophiques) sont préoccupants pour les groupes socialement défavorisés.
- La participation aux soins préventifs est plus faible dans les groupes socialement défavorisés.
- Le recours aux médicaments est plus important dans les groupes socialement défavorisés.
- L'accès aux soins ambulatoires spécialisés et aux soins dentaires est inéquitable. Lorsque l'on tient compte des différences dans les besoins de santé, il subsiste d'importants écarts en fonction du statut socioéconomique.
- Des taux de fréquentation plus faibles du MG sont observés chez les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aiguë, les chômeurs et les personnes financièrement vulnérables qui ne sont pas protégées par l'intervention majorée. La réduction du non-recours à l'intervention majorée pourrait aider à surmonter les obstacles à l'accès aux soins de médecine générale.
- L'intervention majorée est un instrument efficace pour améliorer l'accès aux soins de médecine générale, mais pas l'accès aux soins ambulatoires spécialisés ou dentaires.

14.5 Forces et faiblesses liées à la résilience du système de santé

À l'instar de bien d'autres pays, la Belgique a été confrontée à un certain nombre de défis au début de la crise du COVID-19, comme le montrent la plupart des indicateurs retenus pour évaluer la résilience de son système de santé. Un rétablissement plus ou moins rapide a toutefois été observé pour la majorité des indicateurs. Bien qu'il soit prématuré de vouloir évaluer l'ampleur du rebond post-crise, la Belgique a su s'adapter et se transformer, notamment en déployant rapidement les téléconsultations et les programmes de vaccination.

Cependant, la situation est particulièrement alarmante pour un groupe spécifique d'indicateurs, à savoir ceux liés à la capacité du système à garantir une main-d'œuvre suffisante. Bien que seuls des indicateurs indirects aient été utilisés pour mesurer l'absentéisme et le bien-être des professionnels de la santé (la part des professionnels de la santé qui envisagent d'abandonner la profession, la part des lits d'hôpital fermés en raison de l'absentéisme au sein du personnel ou d'une situation de force majeure, et le nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux), on observe une détérioration plutôt qu'un rebond. La crise a sérieusement affecté les professionnels de la santé, et il est important de continuer à prendre des mesures pour les soutenir. Il sera également essentiel de suivre ces indicateurs, mais cela nécessitera, entre autres, de maintenir l'étude Power to Care au fil du temps ou de mettre en place un meilleur suivi de l'absentéisme du personnel.

La confiance des citoyens dans la préparation du gouvernement à la prochaine pandémie est également limitée.

Encadré 18 – Signaux d'alarme concernant la résilience

- Les indicateurs liés à la capacité du système à garantir une main-d'œuvre suffisante (mesurée indirectement par la part des professionnels de la santé qui envisagent d'abandonner la profession, la part des lits d'hôpital fermés en raison de l'absentéisme au sein du personnel ou d'une situation de force majeure et le nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux) montrent que les professionnels de la santé ont été durement frappés par la pandémie de COVID-19. Pour ces indicateurs, aucun effet rebond n'a été observé après la perturbation initiale.
- La part de la population estimant que le gouvernement était vraisemblablement prêt à faire face à la prochaine pandémie n'était que d'un tiers environ.

14.6 Forces et faiblesses liées à l'efficience du système de santé

L'efficience du système de santé progresse, mais reste perfectible

Le système de santé gagne en efficience à bien des égards, comme le suggèrent le recours croissant aux médicaments bon marché, le glissement des hospitalisations chirurgicales classiques (avec au moins une nuitée) vers les hospitalisations chirurgicales de jour et le raccourcissement des séjours pour un accouchement normal (dont la durée est maintenant proche de la moyenne de l'UE-14). La part des traitements biosimilaires reste toutefois insuffisante, même si elle s'améliore.

Des inefficiences persistent également dans différents domaines, comme en témoignent une variabilité géographique inexpliquée pour certaines interventions ou dépenses de santé, l'usage excessif d'examens/équipements et les traitements inadéquats dans de nombreux domaines des soins (voir la section « variation dans les pratiques médicales » sur www.belgiqueenbonnesante.be).

Encadré 19 – Signaux d'alarme concernant l'efficience

- La part des traitements biosimilaires reste faible, même si elle s'améliore.
- Quelques variations de pratique inexpliquées sont encore observées (voir la section « variation dans les pratiques médicales » sur le site www.belgiqueenbonnesante.be).

14.7 Forces et faiblesses liées à la prévention

Les soins préventifs mériteraient plus d'attention

Les soins préventifs n'atteignent pas toujours les objectifs fixés au niveau (inter)national : la couverture vaccinale pour certaines maladies reste inférieure au seuil d'immunisation recommandé (vaccination contre la rougeole et le HPV chez les adolescents et vaccination contre la grippe chez les personnes âgées), les taux de dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal ne sont pas optimaux et une grande partie de la population n'a pas de contacts réguliers avec un dentiste (même si la situation s'améliore lentement, en particulier chez les moins de 18 ans). En outre, la mortalité évitable grâce à la prévention est supérieure à la moyenne de l'UE-14.

Encadré 20 – Signaux d'alarme concernant la prévention

- Le taux de vaccination contre la grippe de la population âgée de 65 ans et plus est inférieur à l'objectif fixé par l'OMS.
- Les taux de vaccination contre la rougeole et le HPV chez les adolescents sont inférieurs aux objectifs fixés par l'OMS.
- Le taux de dépistage du cancer du sein dans le groupe cible est relativement faible et stagne. De plus, le taux de dépistage du cancer du sein via le programme organisé est trop faible pour être efficace. Les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal sont également insuffisants.

- Seule la moitié de la population a des contacts réguliers avec un dentiste.
- La mortalité évitable grâce à la prévention est plus élevée que la moyenne de l'UE-14.

14.8 Forces et faiblesses liées aux soins de santé mentale

Des signaux inquiétants dans les soins de santé mentale

Les résultats des indicateurs de soins de santé mentale restent alarmants et les réformes récentes dans le secteur de la santé mentale ne sont pas encore suffisamment visibles. Les délais d'attente pour accéder aux centres de santé mentale sont longs (seules les données pour la Flandre sont disponibles) et la consommation d'antidépresseurs est en hausse, tout comme le nombre de réadmissions en psychiatrie dans les 30 jours suivant la sortie.

Il convient par ailleurs de noter que les consultations chez un psychologue clinicien sont désormais remboursées à condition que celui-ci soit enregistré auprès de l'INAMI, mais que le nombre de psychologues cliniciens enregistrés par rapport au nombre total de psychologues agréés était limité en 2022. Cependant, une étude récente révèle que l'accessibilité des soins psychologiques s'est améliorée à la suite de la mise en œuvre de la réforme visant à améliorer l'accès aux soins de santé mentale de première ligne en 2022 (voir section 13.6).[123]

Encadré 21 – Signaux d'alarme concernant les soins de santé mentale

La prise d'antidépresseurs (total DDD/1 000 habitants/jour) en Belgique reste supérieure aux moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27 et continue à augmenter.

14.9 Forces et faiblesses liées aux soins aux personnes âgées

Résultats mitigés concernant l'accessibilité et la qualité des soins aux personnes âgées

La qualité des soins aux personnes âgées affiche des résultats mitigés : le nombre de patients polymédiqués est relativement élevé par rapport à d'autres pays mais reste constant dans le temps. Les données sur les incidents de chute et les escarres en MRS ne sont pas généralisables car elles ne sont disponibles que pour la Flandre. Il est donc souhaitable de mesurer également ces indicateurs dans les autres régions.

Un point préoccupant concerne la surprescription d'anticholinergiques et d'antipsychotiques dans les MRPA/MRS, car ces médicaments ont un impact sur la sécurité des résidents. Cependant, la situation s'est légèrement améliorée ces dernières années pour ces deux types de médicaments. Les antidépresseurs sont eux aussi abondamment prescrits dans les MRPA/MRS, et aucune diminution n'a été observée à ce niveau ces dernières années.

De manière générale, le fait de recevoir des soins à domicile ou de vivre en structure résidentielle est associé à un taux plus élevé de vaccination contre la grippe, à une meilleure continuité des soins et à une fréquence plus élevée des contacts avec un MG. Le fait de vivre en MRPA/MRS est toutefois aussi associé à une fréquence moins élevée des contacts avec un ophtalmologue chez les patients diabétiques.

Encadré 22 – Signaux d'alarme concernant les soins aux personnes âgées

- Le pourcentage de diabétiques bénéficiant d'un suivi adéquat est faible chez les patients vivant en structure résidentielle, en conséquence de visites moins fréquentes chez l'ophtalmologue. Ce constat soulève des questions sur la coordination des soins aux personnes âgées en milieu résidentiel.
- Près de la moitié des personnes âgées de 75 ans et plus vivant en structure résidentielle se voient prescrire des antidépresseurs – un traitement dont l'adéquation peut être mise en doute.
- Un pourcentage élevé (18,7 % en 2021) de personnes âgées (65 ans et plus) se voient prescrire des anticholinergiques, des médicaments connus pour provoquer des effets secondaires (par exemple, des chutes) dans cette population, mais la situation s'est légèrement améliorée depuis peu.
- Des antipsychotiques sont prescrits à près d'un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en structure résidentielle, mais la situation s'améliore quelque peu.

14.10 Forces et faiblesses liées aux soins de fin de vie

Les quatre indicateurs de soins de fin de vie ne donnent qu'une image partielle de la pratique actuelle en Belgique, ciblée sur le timing adéquat, l'agressivité du traitement et les soins centrés sur la personne pour les patients atteints d'un cancer. Depuis le dernier rapport de Performance, les données laissent entrevoir une évolution positive, bien que minime, et aucun des indicateurs ne montre un signal d'alarme rouge. Il convient de poursuivre les efforts pour les personnes en fin de vie.

14.11 Disparités régionales

De nombreux indicateurs mettent au jour des disparités régionales qui méritent d'être explorées. Les indicateurs pour lesquels les résultats de l'une des régions s'écartent de 20 % ou plus de ceux de la région avec le meilleur résultat sont repris dans l'Encadré 23. Toutes les disparités régionales (sauf celles liées aux indicateurs contextuels et de résilience) sont énumérées, même si les actions possibles pour y remédier ne relèvent pas de la responsabilité des entités fédérées. Il convient également de rappeler ici que les régions présentent des différences en termes de caractéristiques géographiques, démographiques et socioéconomiques et que la prudence est de mise pour les comparaisons.

Encadré 23 – Signaux d'alarme dans les disparités régionales

À Bruxelles :

- QE-5 Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde (% de la population ≥ 45 ans, sur la base des hospitalisations)
- QE-7a Taux de mortalité à 30 jours après chirurgie pour cancer du côlon (% de la population, sur la base des interventions)
- QE-7b Taux de mortalité à 90 jours après chirurgie pour cancer du côlon ou du rectum (% de la population, sur la base des interventions)
- QE-8 Mortalité évitable grâce au système de soins (par 100 000 habitants, taux ajusté sur l'âge)
- QC-1 Couverture du dossier médical global (% des personnes ayant établi un dossier médical global (DMG) auprès d'un médecin généraliste)
- QC-3 Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% des patients de ≥ 65 ans)

- QC-5 Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par antidiabétiques autres que l'insuline)
- QC-7 Personnes disposant d'un pharmacien de référence (% des personnes qui devraient disposer d'un pharmacien de référence)
- QS-8 *Escherichia coli* présentant une sensibilité réduite aux céphalosporines de 3e ou 4e génération (3GC/4GC I/R *E. coli*) dans les hôpitaux aigus (% de l'ensemble des *Escherichia coli*, médiane)
- A-4 Ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques pour leurs soins de santé (en % des répondants, enquête sur le budget des ménages)
- A-5 Contributions personnelles dans les soins hospitaliers (% des dépenses totales en soins hospitaliers (hors douzièmes budgétaires))
- A-6 Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants, EU-SILC)
- A-7 Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins dentaires non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants, EU-SILC)
- A-8 Volume d'activité ambulatoire des « médecins conventionnés » (= médecins ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des consultations/contacts ambulatoires auprès des médecins actifs)
- A-16 Patients ayant eu un délai d'attente d'un jour ou plus pour obtenir un rendez-vous chez un MG (% des répondants ayant eu un rendez-vous au cours de l'année écoulée)
- S-27 MG répondant aux seuils d'utilisation requis pour une sélection de 6 services d'e-santé donnant droit à la prime de pratique intégrée (% des MG actifs)

- E-4 Recours aux traitements biosimilaires (% des traitements biologiques)
- P-2b Vaccination contre la rougeole chez les adolescents (2e dose, %)
- P-4 Vaccination contre la grippe (% de la population ≥ 65 ans)
- P-14 Vaccination contre le HPV chez les filles (2e ou 3e dose selon les vaccins, %)
- P-6 Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)
- P-7 Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)
- P-9 Dépistage du cancer colorectal (FOBT) (% de la population âgée de 50 à 74 ans)
- P-13 Mortalité évitable grâce à la prévention (par 100 000 habitants, taux ajusté sur l'âge)
- MH-5 Passage aux urgences pour un problème social, mental ou psychologique (% des admissions aux urgences des hôpitaux généraux)
- MH-11 Réadmissions en psychiatrie dans les 30 jours suivant la sortie (dans le même hôpital, % des admissions)
- OLD-11B Prescription d'antidépresseurs ≥ 1 DDD dans les MRPA/MRS (% des résidents âgés de ≥ 65 ans)
- EOL-1 Patients ayant bénéficié de soins palliatifs (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic décédés)
- EOL-2 Patients décédés dans la semaine suivant l'initiation des soins palliatifs (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic ayant reçu des soins palliatifs et décédés)

- EOL-3 Chimiothérapie moins de 14 jours avant le décès (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic décédés)

En Wallonie :

- QE-10 Hospitalisations liées à la BPCO chez l'adulte (/100 000 habitants)
- QE-5 Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde (% de la population ≥ 45 ans, sur la base des hospitalisations)
- QE-7a Taux de mortalité à 30 jours après chirurgie pour cancer du côlon ou du rectum (% de la population, sur la base des interventions)
- QE-7b Taux de mortalité à 90 jours après chirurgie pour cancer du côlon (% de la population, sur la base des interventions)
- QE-8 Mortalité évitable grâce au système de soins (par 100 000 habitants, taux ajusté sur l'âge)
- QC-5 Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par antidiabétiques autres que l'insuline)
- QC-7 Personnes disposant d'un pharmacien de référence (% des personnes qui devraient disposer d'un pharmacien de référence)
- QA-1 Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline)
- QA-2 Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par des antidiabétiques autres que l'insuline)
- QA-6 Imagerie de la colonne (radiographie, CT scan, IRM par 100 000 habitants)

- QS-7 Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (MRSA) dans les hôpitaux aigus (% de l'ensemble des isolats Staphylococcus aureus, médiane)
- QS-8 Escherichia coli présentant une sensibilité réduite aux céphalosporines de 3e ou 4e génération (3GC/4GC I/R E. coli) dans les hôpitaux aigus (% de l'ensemble des Escherichia coli, médiane)
- A-6 Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants, EU-SILC)
- A-7 Personnes ayant autodéclaré des besoins en examens dentaires non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants, EU-SILC)
- A-12 Dentistes en activité (/1 000 habitants)
- A-15 Patients ayant eu un délai d'attente supérieur à 2 semaines pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste (% des répondants ayant eu un rendez-vous au cours de l'année écoulée)
- E-4 Recours aux traitements biosimilaires (% des traitements biologiques)
- P-2b Vaccination contre la rougeole chez les adolescents (2e dose, %)
- P-4 Vaccination contre la grippe (% de la population ≥ 65 ans)
- P-14 Vaccination contre le HPV chez les filles (2e ou 3e dose selon les vaccins, %)
- P-6 Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)
- P-7 Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)

- P-9 Dépistage du cancer colorectal (FOBT) (% de la population âgée de 50 à 74 ans)
- P-13 Mortalité évitable grâce à la prévention (taux/100 000 habitants, ajusté sur l'âge)
- MH-6 Prise d'antidépresseurs (total DDD/1 000 habitants/jour)
- OLD-6 Gériatres en activité (/10 000 habitants de ≥ 65 ans)
- OLD-10 Prescription de médicaments anticholinergiques > 80 DDD chez les personnes âgées (% de la population âgée de ≥ 65 ans)
- OLD-11a Prescription d'antipsychotiques dans les MRPA/MRS (% des résidents âgés de ≥ 65 ans)
- OLD-11B Prescription d'antidépresseurs ≥ 1 DDD dans les MRPA/MRS (% des résidents âgés de ≥ 65 ans)
- OLD-13 Polymédication chez les personnes âgées (5 médicaments ou plus à raison de >80 DDD par an) (% de la population de ≥ 65 ans)
- EOL-1 Patients ayant bénéficié de soins palliatifs (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic décédés)
- EOL-2 Patients décédés dans la semaine suivant l'initiation des soins palliatifs (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic ayant reçu des soins palliatifs et décédés)
- EOL-3 Chimiothérapie moins de 14 jours avant le décès (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic décédés)

En Flandre :

- QE-2 Hospitalisations liées aux complications du diabète chez l'adulte (/100 000 habitants)
- QE-10 Hospitalisations liées à la BPCO chez l'adulte (/100 000 habitants)
- QE-7a Taux de mortalité à 30 jours après chirurgie pour cancer du rectum (% de la population, sur la base des interventions)
- QA-2 Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par des antidiabétiques autres que l'insuline)
- QP-11 Patients qui déclarent bénéficier d'un plan de soins qui prend en considération tous leurs besoins de santé et de bien-être (% des répondants)
- A-8 Volume d'activité ambulatoire des « médecins conventionnés » (= médecins ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des consultations/contacts ambulatoires auprès des médecins actifs)
- A-9 Volume d'activité ambulatoire des « dentistes conventionnés » (= dentistes ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des contacts ambulatoires auprès des dentistes actifs)
- A-10 Médecins en activité (/1 000 habitants)
- A-12 Dentistes en activité (/1 000 habitants)
- A-16 Patients ayant eu un délai d'attente d'un jour ou plus pour obtenir un rendez-vous chez un MG (% des répondants ayant eu un rendez-vous au cours de l'année écoulée)
- S-9 Infirmiers détenteurs d'un bachelier (% des nouveaux diplômés)
- MH-5 Passage aux urgences pour un problème social, mental ou psychologique (% des admissions aux urgences des hôpitaux généraux)
- MH-6 Prise d'antidépresseurs (total DDD/1 000 habitants/jour)
- OLD-6 Gériatres en activité (/10 000 habitants de ≥ 65 ans)
- OLD-11a Prescription d'antipsychotiques dans les MRPA/MRS (% des résidents âgés de ≥ 65 ans)

14.12 Limitations et conclusion

Ce rapport présente la cinquième évaluation de la performance du système de santé belge. Sur la base d'un ensemble complet de 142[ii] indicateurs, il offre une vue d'ensemble de la performance du système de santé. Ces indicateurs permettent de mettre au jour les forces et les faiblesses du système, ces dernières servant de signaux d'alarme concernant l'état du système de santé en termes de qualité, d'accessibilité, de soutenabilité, d'efficience, de résilience et d'équité.

Dans certains cas, les décideurs sont déjà conscients de ces problèmes et ont déjà pris des mesures politiques (voir chapitre 13) ou demandé des analyses supplémentaires pour identifier les actions nécessaires. Dans d'autres cas, ces signaux sont nouveaux pour les décideurs et nécessitent une analyse plus approfondie. En tout état de cause, la présentation complète et structurée des indicateurs vise à faciliter la priorisation des actions requises et/ou des études supplémentaires à réaliser (voir également l'Encadré 24).

Parmi les signaux d'alarme résumés dans les sections précédentes, la **prévention** émerge comme un domaine où il subsiste une marge de progression importante. C'est l'une des rares sections où la performance peut être évaluée sur la base d'objectifs (inter)nationaux. Malgré les efforts déployés pour améliorer la prévention au cours des dernières années (voir section 13.5), les indicateurs de performance dans ce domaine restent souvent en-deçà des objectifs et les résultats sont sous-optimaux. La prévention doit donc figurer en tête de l'agenda politique.

En outre, malgré les améliorations notables observées dans de nombreuses dimensions de performance et malgré un système de santé belge globalement accessible et de qualité, de nombreuses **inégalités et inéquités socioéconomiques** persistent pour un nombre non négligeable d'indicateurs. Les gradients sociaux sont particulièrement visibles en ce qui concerne les indicateurs sur l'accessibilité financière des soins de santé, le recours aux soins préventifs, les médicaments ambulatoires et les soins ambulatoires spécialisés et dentaires. Pour s'attaquer à ces inégalités, on pourrait recourir à une approche d'universalisme progressif ou proportionné, c'est-à-dire prendre des mesures politiques qui soient universelles, mais qui donnent la priorité aux groupes de population pauvres ou vulnérables. De plus, les politiques ne devraient pas se limiter au seul système de santé, mais adopter une approche plus holistique (conformément à notre cadre global d'évaluation de la santé de la population qui, par exemple, inclut également des déterminants sociaux de la santé, voir section 1.3).

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

Encadré 24 – Faire preuve de prudence lorsqu'on tire des conclusions

- Les effets liés aux modifications de stratégies sont très difficiles à évaluer au moyen de chiffres, en particulier dans un rapport tel que le rapport HSPA, dont le but n'est pas de fournir une analyse détaillée d'un problème spécifique. L'HSPA ne doit pas être vue comme un outil d'évaluation des politiques ; elle vise à fournir une vision large de la performance du système de santé plutôt qu'une analyse approfondie d'aspects spécifiques de ce dernier ou de politiques spécifiques.

[ii] Certains indicateurs sont subdivisés en deux et ne sont comptés que comme un seul indicateur, par exemple QE-8 sur la mortalité évitable grâce au système de santé pour les hommes et la mortalité évitable grâce au système de santé pour les femmes. Cela explique la différence avec le nombre donné dans le rapport 370 du KCE sur le nouveau cadre conceptuel.

- Les résultats présentés dans les rapports HSPA ne dépendent pas d'un seul facteur, mais découlent de causes multiples, qui peuvent être exogènes au système de santé. Les indicateurs présentés dans les rapports HSPA sont intrinsèquement complexes. Ils ne résultent jamais d'une action isolée mais reflètent l'interaction d'un ensemble complet de variables et de paramètres. La prudence est donc de rigueur lors de l'interprétation des résultats.
- Le rapport HSPA belge doit être considéré comme un outil d'identification de signaux d'alarme concernant l'état du système de santé en termes de qualité, d'accessibilité, de soutenabilité, d'efficience, d'équité et de résilience, mais ces signaux nécessiteront ensuite une analyse plus approfondie.
- La fréquence de la collecte des données et la qualité de ces données déterminent également ce que les indicateurs peuvent nous apprendre. Les points d'amélioration possibles en termes de mise à disposition de données de santé utiles ont été identifiés dans le rapport précédent sur la révision du cadre conceptuel pour l'HSPA et sont toujours pertinents aujourd'hui (voir Encadré 12 du rapport KCE 370[jj])[10].
- La notion de performance est implicitement liée à la réalisation d'objectifs. En l'absence d'objectifs quantifiables pour la plupart des indicateurs, ce rapport décrit la situation actuelle et les tendances en Belgique et les compare, dans la mesure du possible, aux références et objectifs internationaux.
- Des initiatives visant à développer les priorités et objectifs de santé et de soins de santé belges sont néanmoins en cours. Si elles débouchent sur la définition de priorités et d'objectifs explicites et mesurables, avalisés par les autorités tant fédérales que fédérées, nos indicateurs HSPA (existants ou nouveaux) pourraient y être liés, ce qui aiderait à établir des rapports HSPA qui répondent mieux aux besoins des décideurs politiques.

[jj] Il convient néanmoins de noter que depuis ce rapport, des mesures supplémentaires ont été prises concernant l'enregistrement des suppléments et des contributions personnelles pour certains services non remboursés des soins ambulatoires (voir également la section 13.2).

RECOMMANDATIONS[kk]

Recommandation 1 aux autorités et administrations compétentes en matière de santé publique et de soins de santé: continuer à s'attaquer aux problèmes mis en lumière par les signaux d'alerte

L'un des objectifs du rapport sur la performance du système de santé est de fournir des informations aux autorités publiques au sujet des domaines qui requièrent une attention particulière. Dans cette optique, il est fortement recommandé aux institutions et organes concernés de continuer à focaliser leur attention sur les signaux d'alerte énumérés dans les encadrés 14 à 23, pour lesquels d'importantes possibilités d'amélioration ont été mises en évidence.

Recommandation 2 aux autorités et administrations compétentes en matière de santé publique et de soins de santé: poursuivre les initiatives actuelles relatives à la définition d'objectifs et de priorités de santé et de soins de santé mesurables

Le concept de performance est implicitement lié à la réalisation d'objectifs. Des initiatives visant à définir des priorités ainsi que des objectifs de santé et de soins de santé pour la Belgique sont actuellement en cours. Si ces initiatives débouchent sur la définition de priorités et d'objectifs explicites et mesurables, avalisés par les autorités de santé fédérales et fédérées, les indicateurs de performance (actuels ou nouveaux) pourront y être liés.

Recommandation 3 aux administrations compétentes en matière de santé publique et de soins de santé: Continuer à améliorer la mise à disposition de données de santé de haute qualité

La qualité des données et leur disponibilité en temps opportun sont essentielles pour que l'analyse des indicateurs HSPA soit pertinente. Les recommandations formulées à ce sujet dans le rapport KCE 370 (sur le nouveau cadre d'évaluation de la performance du système de santé et la sélection des indicateurs) sont toujours d'actualité. En outre, les efforts en vue de transmettre des informations actualisées aux organisations internationales (OCDE, Eurostat, OMS) et d'accélérer le couplage des bases de données existantes pour les analyses scientifiques doivent être poursuivis.

[kk] Le KCE reste seul responsable des recommandations.

RÉFÉRENCES

1. WHO. The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2008. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf
2. Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, et al. A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE Reports 128
3. 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.
4. CIHI. Health Indicators 2011. [Web page].Ottowa: Canadian Institute for Health Information [cited 2015, 20 september]. Available from: http://secure.cihi.ca/indicators/2011/tables_f.html
5. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health System Review. Health Syst Transit. 2020;22(5):1-237.
6. Sciensano. For a healthy Belgium: Health Status of the Belgian population [Web page].Brussels: Sciensano,;2023 [cited March 2023]. Available from: https://www.healthybelgium.be/en/health-status
7. KCE, Sciensano, FPS Public Health, RIZIV-INAMI. For a healthy Belgium: Health System Performance Assessment [Web page].Brussels: KCE, Sciensano, FPS Public Health, RIZIV-INAMI;2023 [cited March 2023]. Available from: https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment
8. RIZIV-INAMI. For a healthy Belgium: Medical Practice Variations [Web page].Brussels: RIZIV-INAMI;2023 [cited March 2023]. Available from: https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations

9. FPS Public Health. For a healthy Belgium: Key Data in Healthcare [Web page].Brussels: FPS Public Health;2023 [cited March 2023]. Available from: https://www.healthybelgium.be/en/key-data-in-healthcare

10. Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Lefèvre M, Levy M, Bouckaert N, Obyn C, et al. Performance of the Belgian health system: Revision of the conceptual framework and indicators set. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2023 06/2023. KCE Reports 370 (370C) Available from: https://doi.org/10.57598/R370C

11. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-performance-assessment-a-framework-for-policy-analysis

12. euHS_I. The euHS_I Inventory [Web page].Vienna: HealthSystemIntelligence & Medical University of Vienna;2017 [cited November 2022]. Available from: http://www.healthsystemintelligence.eu/euhsi.html

13. Perić N, Hofmarcher MM, Simon J. Health system performance assessment landscape at the EU level: a structured synthesis of actors and actions. Archives of Public Health. 2017;75(1):5.

14. Perić N, Hofmarcher MM, Simon J. Headline indicators for monitoring the performance of health systems: findings from the european Health Systems_Indicator (euHS_I) survey. Archives of Public Health. 2018;76(1):1-17.

15. Simon J, Perić N. Bridging Information and Data Generation for Evidence-based Health Policy and Research [Web page]. Center for Public Health, Medical University of Vienna, Department of Health economics;2017. Available from: http://healtheconomics.meduniwien.ac.at/science-research/projects/bridge-health/european-health-systems-indicator-euhs-i-inventory/

16. EU Expert Group on Health System Performance Assessment. Assessing the resilience of health systems in Europe. 2020. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-10/2020_resilience_en_0.pdf

17. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2022. State of Health in the EU Cycle. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2022. Available from: https://doi.org/10.1787/82129230-en

18. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Belgium: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. Paris - Brussels: OECD - European Observatory on Health Systems and Policies; 2021. Available from: https://doi.org/10.1787/57e3abb5-en

19. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, et al. Performance of the Belgian Health System. Report 2012. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports (196)

20. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. Performance of the Belgian Health System - Report 2015. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016. KCE Reports (259)

21. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 04/2019. KCE Reports 313 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf

22. Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2020. KCE Reports 334 Available from: https://doi.org/10.57598/R334C

23. Lefèvre M, Gerkens S. Assessing the sustainability of the Belgian health system using projections. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgium Health Care Knowledge Centre (KCE); 2021 06/2021. KCE Reports 341 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_341C_Sustainability_Belgian_health_system_projections_Report_0.pdf

24. Maertens de Noordhout C, Devos C, Adriaenssens J, Bouckaert N, Ricour C, Gerkens S. Health system performance assessment: care for people living with chronic conditions. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2022 04/2022. KCE Reports 352 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_352C_HSPA_Chronic_Conditions_Report.pdf

25. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington D.C.: National Academy Press; 1990.

26. 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.

27. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD; 2018. Available from: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

28. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE--5-a population-based study. Lancet Oncol. 2014;15(1):23-34.

29. OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing; 2014.

30. Lambooij AE, R. de Metz, J. Schippers, M. Zwikker, H. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2017. 2017. Available from: https://www.medicijngebruik.nl/filedispenser/A1264A2A-56A7-46EC-A053-25E336D7C146

31. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, et al. Low back pain and radicular pain: assessment and management Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 05/2017. KCE Reports 287 (D/2017/10.273/36) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_287_Low_back_pain_Report_0.pdf

32. NICE. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/NG59

33. WHO. WHO statement on caesarean section rates. Copenhagen: World Health Organization; 2015.

34. Farfan-Portet M-I, Denis A, Mergaert L, Daue F, Mistiaen P, Gerkens S. Implementation of hospital at home: orientations for Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015 03/07/2015. KCE Reports 250 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_250_implementation_hospital_at_home_Report_1.pdf

35. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 06/2017. KCE Reports 289 (D/2017/10.273/45) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20the%20report%20in%20English%20%28550%20p.%29.pdf

36. Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Twaalf pilootprojecten rond thuishospitalisatie in de startblokken. March 2017. Available from: https://www.deblock.belgium.be/nl/twaalf-pilootprojecten-rond-thuishospitalisatie-de-startblokken-0

37. Rogers CR. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Constable London; 1961.

38. De Silva D. Helping measure person-centred care: a review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care. Health Foundation London; 2014.

39. Corrigan JM. Crossing the quality chasm. 2005.

40. OECD. Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) [Web page].Paris, France: Organisation for Economic Co-operation Development;2021 [cited 8 December 2021]. Available from: https://www.oecd.org/health/paris/

41. de Boer D, van den Berg M, Ballester M, Bloemeke J, Boerma W, de Bienassis K, et al. Assessing the outcomes and experiences of care from the perspective of people living with chronic conditions, to support countries in developing people-centred policies and practices: study protocol of the International Survey of People Living with Chronic Conditions (PaRIS survey). BMJ Open. 2022;12(9):e061424.

42. Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium. Copenhagen: WHO Regional Offce for Europe; 2023. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/365978

43. WHO Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2023. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/374504

44. Martini J, Fleischmann G, Sabato S, Cylus J, Thomson S, Bouckaert N, et al. Affordable access to health care in the European Union: what are the challenges and how can the EU help to overcome them ? . EuroHealth. (forthcoming 2024).

45. Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory; 2020. Available from: https://www.ose.be/sites/default/files/publications/2020_SC_RB_NIHDI-Report_Report_EN_0.pdf

46. RIZIV-INAMI. Zorg aanrekenen die u verleent aan gedetineerden en geplaatste geïnterneerden / Facturer les soins que vous dispensez aux personnes en détention [Web page].Brussels: RIZIV-INAMI;2023. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/zorg-aanrekenen-verleent-gedetineerden-geplaatste-geinterneerden.aspx

47. RIZIV-INAMI. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen / La nomenclature des prestations de santé [Web page].Brussels: RIZIV-INAMI;2023. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur/Paginas/default.aspx

48. WHO Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654

49. Aron-Dine A, Einav L, Finkelstein A. The RAND Health Insurance Experiment, three decades later. J Econ Perspect. 2013;27(1):197-222.

50. Baicker K, Taubman SL, Allen HL, Bernstein M, Gruber JH, Newhouse JP, et al. The Oregon experiment--effects of Medicaid on clinical outcomes. N Engl J Med. 2013;368(18):1713-22.

51. Swartz K. Cost-sharing: effects on spending and outcomes. Synth Proj Res Synth Rep. 2010(20).

52. Koninklijk besluit van 20 juli 2022 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve overeenkomst van 12 mei 2022, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, over het stabiliseren van de honorariumsupplementen en afdrachten M.B. 20 juli 2022.

53. Koninklijk besluit van 11 juli 2023 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard het addendum van 28 april 2023 aan de collectieve

overeenkomst van 12 mei 2022, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, over het stabiliseren van de honorariumsupplementen en afdrachten M.B. 11 juli 2023.

54. 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.

55. Koninklijk besluit van 28 juni 2023 tot uitvoering van artikel 53, § 1, eerste, derde en vierde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de elektronische facturatie en transparantie van tandheelkundigen, M.B. 28 juni 2023.

56. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. The Lancet Global Health. 2018;6(2):e169-e79.

57. Cylus J, Thomson S, Evetovits T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. Bulletin of the World Health Organization. 2018;96(9):599-609.

58. Eurostat. Unmet health care needs statistics [Web page].2023. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics

59. Vivet V, Durand C, Jouck P, Miermans P-J, Steinberg P, Groupe de travail Infirmiers de la Commission de planification de l'offre médicale. PlanCad Infirmiers 2004-2018. Bruxelles: Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2021. Available from: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-infirmiers-sur-le-marche-du-travail-2004-2018

60. Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, et al. Safe nurse staffing levels in acute hospitals. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 01/2020. KCE Reports 325 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325_Safe_nurse_staffing_levels_Report.pdf

61. DeJonghe Y, Ricour C, de Meester C, Malter A, Primus-de Jong C, Van den Heede K, et al. An explorative survey to inform staffing policy in nursing homes: a study conducted during the COVID-19 pandemic. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2022. KCE Reports vol. D/2022/10.273/xx Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-09/KCE_Nursing_homes_Report.pdf

62. IM Associates. Rapport: analyse tijdsbesteding huisartsen. In opdracht van de Minister van Volksgezondheid en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu [Web page].2023. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20230417_nl_im_associates_-_rapport_tijdsindeling_huisartsen.pdf

63. National Health Performance Commitee (NHPC). National Health Performance Framework Report. Brisbane: 2001. Queensland Health

64. WHO. Environmentally sustainable health systems: a strategic document. Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2017. Available from: file:///C:/Users/gerkens_sophie/Downloads/WHO-EURO-2017-2241-41996-57723-eng.pdf

65. 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

66. Le Spécialiste. Quotas Inami : maximum 744 nouveaux médecins en 2028 [Web page].Brussels: Le Spécialiste;2022. Available from: https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/quota-maximum-744-nouveaux-medecins-en-2028.html

67. Arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (mise à jour au 31-05-2023), Moniteur Belge 18 Juin 2008. Available from: https://www.ejustice.just.fgov.be/loi/loi.htm

68. OECD. Health at a Glance 2021. 2021.

69. Oderkirk J. Survey results: National health data infrastructure and governance. 2021.

70. 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

71. Cleemput I, Beguin C, de la Kethulle Y, Gerkens S, Jadoul M, Verpooten G, et al. Organisation and financing of chronic dialysis in Belgium. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 10/02/2010. KCE Reports 124C (D/2010/10.273/13) Available from: https://doi.org/10.57598/R124C

72. van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. Journal of Health Economics. 1999;18(3):291-313.

73. De Graeve D, Van Ourti T. The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review. World Economy. 2003;26(10):1459-79.

74. Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care. Journal of Health Economics. 2009;28(1):73-90.

75. Rochaix L, Tubeuf S. Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications. Revue économique. 2009;60(2):325-44.

76. Renard F, Scohy A, De Pauw R, Jurcevic J, Devleesschauwer B. Health status report 2021 – The state of health in Belgium. Brussels: Sciensano; 2022. Health Status Report D/2022/14.440/06 Available from: https://www.healthybelgium.be/en/health-status

77. Avalosse H, Noirhomme C, Cès S. Ongelijk in gezondheid. Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. Gezondheid & Samenleving. 2022(4):p. 6-30.

78. Fleurbaey M, Schokkaert E. Equity in Health and Health Care. In: Pauly MV, McGuire TG, Barros PP, editors. Handbook of Health Economics: Elsevier; 2011. p. 1003-92. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444535924000165

79. van Doorslaer E, Masseria C. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. OECD Publishing; 2004 May. OECD Health Working Papers (14) Available from: https://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/14-en.html

80. Devaux M. Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. The European Journal of Health Economics. 2015;16(1):21-33.

81. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, for the OHERG. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ : Canadian Medical Association Journal. 2006;174(2):177-83.

82. van Doorslaer E, Van Ourti T. Measuring inequality and Inequity in Health and Health Care. In: Glied S, Smith PC, editors. The Oxford Handbook of Health Economics New York: Oxford University Press; 2011. Available from:

http://www.oxfordhandbooks.com/10.1093/oxfordhb/9780199238828.001.0001/oxfordhb-9780199238828-e-35

83. OECD. Health Systems Characteristics Survey [Web page].Paris: OECD;2016 [cited 8 May 2023]. Available from: https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc

84. IMA-AIM Atlas.2023. Available from: https://atlas.ima-aim.be/databanken/

85. Avalosse H, Vandeleene G, De Spiegeleer T. Meer begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming. Gezondheid & Samenleving. 2023(5):p. 6-33.

86. Goedemé T, Janssens J, Bolland M, Cornelis A, Derboven J, Linchet S, et al. De omvang en kenmerken van de niet-opname van het leefloon, de verhoogde tegemoetkoming en de verwarmingstoelage onder 18 tot 64 jarigen in België [The extent and characteristics of non-take-up of social assistance, the increased reimbursement in healthcare and the heating among 18 to 64 year olds in Belgium]. In: Coene J, Ghys T, Hubeau B, Marchal S, Raeymaeckers P, Remmen R, et al., editors. Armoede en sociale uitsluiting: jaarboek 2022. Leuven: Acco; 2022. p. 139-59.

87. Farfan-Portet M-I, Bouckaert N, Devriese S, Devos C, Van de Voorde C. Cost sharing and protection mechanisms in health. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2019. KCE Reports (309) Available from: https://kce.fgov.be/en/cost-sharing-and-protection-mechanisms-in-health

88. Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). The organisation of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic. Luxembourg: Office of the European Union; 2020. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-12/026_health_socialcare_covid19_en_0.pdf

89. Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, Pozo-Martin F. Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. International journal of health policy and management. 2017;6(8):431.

90. Sciensano. COVID-19 Surveillance. Frequently asked questions. 2023. Available from: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_FAQ_ENG_final.pdf

91. Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. International journal of emergency medicine. 2020;13(1):1-8.

92. Kramer V, Papazova I, Thoma A, Kunz M, Falkai P, Schneider-Axmann T, et al. Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2021;271(2):271-81.

93. Fiest KM, Parsons Leigh J, Krewulak KD, Plotnikoff KM, Kemp LG, Ng-Kamstra J, et al. Experiences and management of physician psychological symptoms during infectious disease outbreaks: a rapid review. BMC psychiatry. 2021;21(1):1-14.

94. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz S-A, Ellis L, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. BMC public health. 2021;21(1):1-18.

95. Winkelmann J, Webb E, Williams GA, Hernández-Quevedo C, Maier CB, Panteli D. European countries' responses in ensuring sufficient physical infrastructure and workforce capacity during the first COVID-19 wave. Health Policy. 2022;126(5):362-72.

96. Van den Heede K, Bouckaert N, Detollenaere J, Kohn L, Maertens de Noordhout C, Vanhooreweghe J, et al. Nurse staffing on Belgian intensive care units: the impact of two years of COVID-19 pandemic. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2022 05/2022. KCE Reports 353

Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2022-05/KCE_353_Nurse_Staffing_Intensive_Care_Report.pdf

97. Tujjar O, Simonelli M. Absenteeism of frontline healthcare workers during Covid-19: the need for a framework of support. SN Comprehensive Clinical Medicine. 2020;2(12):2715-7.

98. Gohar B, Larivière M, Nowrouzi-Kia B. Sickness absence in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Oxford University Press UK; 2020. p. 338-42.

99. Van Grunderbeek E. L'absentéisme pour cause de maladie diminue, mais pas dans le secteur des soins de santé [Web page]. 2021 [cited January 2023]. Available from: https://www.acerta.be/fr/insights/blog/employeurs/labsenteisme-pour-cause-de-maladie-diminue-mais-pas-dans-le-secteur-des-soins-de-sante

100. Van de Voorde C, Lefèvre M, Mistiaen P, Detollenaere J, Kohn L, Van den Heede K. Assessing the management of hospital surge capacity in the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2020 12/2020. KCE Reports 335 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_335_Surge_capacity_during_COVID-19_Belgium_Report.pdf

101. RIZIV-INAMI. Monitoring COVID-19. L'impact de la COVID-19 sur le remboursement des soins de santé. Rapport 2021. Update Février 2022. 2022. Available from: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/monitoring_COVID19_update_fevrier_2022.pdf

102. De Wolf F. Statistiques COVID19. Admissions hôpitaux. 2022 20 August 2022. Available from: https://aim-ima.be/IMG/pdf/ima-covid19-admissions_hopitaux-202206b.pdf

103. RIZIV - INAMI, FOD - SPF, FAGG - AFMPS. Rapport de synthèse COVID-19. Volet 1: Recul des soins médicaux (données jusqu'à mai 2022 inclus). Audit des Hôpitaux. 2022. Available from: https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/Covid5L2FR/Covid5L2FR.html

104. RIZIV-INAMI. Améliorer la surveillance des hôpitaux, pour améliorer l'efficacité des soins [Web page]. [cited July 2023]. Available from: https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/ameliorer-surveillance-hopitaux-efficacite-soins.aspx

105. Bravata DM, Perkins AJ, Myers LJ, Arling G, Zhang Y, Zillich AJ, et al. Association of intensive care unit patient load and demand with mortality rates in US Department of Veterans Affairs hospitals during the COVID-19 pandemic. JAMA network open. 2021;4(1):e2034266-e.

106. HTSC Committee. Covid-19 – Hospital & transport surge capacity: intensieve zorg + outbreak. 17 March 2020. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/200317_-_intensieve_zorg_outbreak.pdf

107. Berger E, Winkelmann J, Eckhardt H, Nimptsch U, Panteli D, Reichebner C, et al. A country-level analysis comparing hospital capacity and utilisation during the first COVID-19 wave across Europe. Health Policy. 2022;126(5):373-81.

108. Beutels P, Verelst F. Ceci n'est pas un lit. Base capacity healthcare matters in a pandemic. The Lancet Regional Health–Europe. 2021;2.

109. Winkelmann J, Panteli D, Berger E, Busse R. Have we learnt the right lessons? Intensive care capacities during the COVID-19 pandemic in Europe. Eurohealth. 2022;28(1):41-5.

110. Taccone FS, Van Goethem N, De Pauw R, Wittebole X, Blot K, Van Oyen H, et al. The role of organizational characteristics on the outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU in Belgium. The Lancet Regional Health-Europe. 2021;2:100019.

111. HTSC Committee. Covid-19 – Communication : Évolution épidémiologique, PECC, clusters au sein des hôpitaux et plan Surge Capacity. 26 January 2021. Available from:

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2021_01_26_circ_htsc_passage_1a_pecc_cluster.pdf

112. RIZIV-INAMI. Remboursement des consultations médicales à distance [Web page].2023 [cited August 2023]. Available from: https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-distance-medecins/Pages/default.aspx

113. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020. Available from: https://doi.org/10.1787/82129230-en

114. European Commission. EU health preparedness: Recommendations for a common EU testing approach for COVID-19 2020. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-09/common_testingapproach_covid-19_en_0.pdf

115. Lewis D. Why many countries failed at COVID contact-tracing--but some got it right. Nature. 2020;588(7838):384-8.

116. ECDC. Monitoring and evaluation framework for COVID-19 response activities in the EU/EEA and the UK. 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-framework-monitor-responses.pdf

117. Sciensano. COVID-19 Bulletin épidémiologique hebdomadaire (26 novembre 2021). 2021. Available from: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly%20report_20211126%20-%20FR.pdf

118. Sciensano. COVID-19 Bulletin épidémiologique hebdomadaire (10 décembre 2021). 2021. Available from: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly%20report_20211210%20-%20FR.pdf

119. Sciensano. COVID-19 Bulletin épidémiologique hebdomadaire (29 octobre 2021). 2021. Available from: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly%20report_20211029%20-%20FR.pdf

120. Sciensano. Belgium COVID-19 Epidemiological Situation [Web page]. [cited January 2023]. Available from: https://epistat.wiv-isp.be/covid/covid-19.html

121. WHO. Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges. Copenhagen: World Health Organization; 2008.

122. 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-

123. Jansen L, Glowacz F, Kinard A, Bruffaerts R. Eerstelijnspsychologische zorg in België. Wetenschappelijke evaluatie en aanbevelingen tot een duurzame integratie in de Belgische gezondheidszorg. KU Leuven, Liège université; 2023.

124. Federaal Planbureau en Statbel. Bevolkingsvooruitzichten 2022-2070. Update Oekraïne. [Web page].2022. Available from: https://www.plan.be/databases/data-35-nl-bevolkingsvooruitzichten_2022_2070

125. European Commission, Social Protection Committee. Long-Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Country profiles. Volume II. Joint Report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion 2021. Available from: https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1/language-en

126. Börsch-Supan A. "Wave 6. Release version: 6.1.1. SHARE-ERIC. Data set." Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE); 2018.

127. Anthierens S, Willemse E, Remmen R, Schmitz O, Macq J, Declercq A, et al. Support for informal caregivers – an exploratory analysis. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. Health Services Research (HSR) Report 223. D/2014/10.273/40

128. Vlaams Expertisepunt Mantelzorg. Mantelzorgstatuut [Web page]. [cited September 2023]. Available from: https://www.mantelzorgers.be/Pages/Mantelzorgstatuut.aspx

129. Zorgnet-Icuro. Personeelstekort dwingt Vlaamse ziekenhuizen en woonzorgcentra om zorgaanbod af te bouwen [Web page]. [cited September 2023]. Available from: https://www.zorgneticuro.be/nieuws/personeelstekort-dwingt-vlaamse-ziekenhuizen-en-woonzorgcentra-om-zorgaanbod-af-te-bouwen

130. Pacolet J, Luyten J, Op de Beeck L, De Wispelaere F, De Coninck A, Kuppens S. Noodzaak en modaliteiten van een duurzaam systeem van prijscontrole voor de residentiële ouderenvoorzieningen in Vlaanderen. Onderzoek in opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid. KU Leuven. HIVA Onderzoeksinstituut voor arbeid en samenleving; 2018. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Onderzoek%20HIVA%20-%20evaluatie%20prijscontrole-%20en%20monitoring%20woonzorgcentra.pdf

131. Vlaams Parlement. Schriftelijke vraag nr. 556 datum: 28 maart 2023 van Lise Vandecasteele aan Hilde Crevits, Viceminister-President Van De Vlaamse Regering, Vlaams Minister Van Welzijn, Volksgezondheid En Gezin. Commerciële en openbare woonzorgcentra (wzc's) - Personeelsinzet [Web page].2023. Available from: https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1951366

132. Departement Zorg. Hoeveel bedraagt de gemiddelde dagprijs in uw woonzorgcentrum? Meting 2022 [Web page].2022. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/hoeveel-bedraagt-de-gemiddelde-dagprijs-in-uw-woonzorgcentrum-meting-2022

133. Vlaams Parlement. In de kijker. Bestrijden van fraude met dagprijzen in commerciële woonzorgcentra: hoorzitting. Vergadering Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding. woensdag 19 april 2023 [Web page].2023. Available from: https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1724851

134. Carbonnelle S. De profielen van de bewoners O en A in rusthuizen voor bejaarden (ROB) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Trajecten, oriënteringslogica, opvang en alternatieven. Overeenkomst GGC-CDCS vzw voor de realisatie van een kwalitatief onderzoek over de analyse van de noden van de profielen O en A in ROB-RVT in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. 2017 Juni 2017. Available from: http://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/rapport_oa_en_mrpa_2017.pdf

135. Royal decree of 7 May 2010 amending the royal decree of 12 June 2008 relating to the planning of medical provision, 2010.

136. Planningscommissie-Medisch aanbod. Formeel advies 2016-02 van de Planningscommissie-Medisch aanbod. 2016. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/avis_medecin_signe-_advies_arts_aanteken.pdf

137. Keirse E, Beguin C, Desmedt M, Deveugele M, Menten J, Simoens S, et al. Organisation of palliative care in Belgium Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2009. Health Services Research (HSR) KCE report 115 (D/2009/10.273/42)

138. Wet tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken, B.S. 28 februari 2014., 2014.

139. 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.

140. De Schreye R, Deliens L, Annemans L, Gielen B, Smets T, J C. Trends in appropriateness of end-of-life care in people with cancer, COPD or with dementia measured with population-level quality indicators. PLoS ONE. 2023;18(2).

141. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems and Policy Monitor (HSPM): Belgium [Web page].Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies;2023. Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/belgium-2020

142. European Observatory on Health Systems and Policies. COVID-19 Health System Response Monitor: Belgium [Web page].Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies;2023. Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrm/hsrm-countries/hsrm/belgium

143. Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, et al. Towards integrated care in Belgium: stakeholders' view on maturity and avenues for further development. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Center (KCE); 2022 10/2022. KCE Reports 359C Available from: http://doi.org/10.57598/R359C