

# Performance du système de soins de santé en Belgique

Premiers pas vers la mesure...





# Sommaire

Introduction	2
I. Etat des lieux des informations existantes	4
II. Inventaire des besoins	5
III. Cadre conceptuel de la performance du système de soins de santé	6
IV. Définitions des dimensions de la performance	8
V. Forces et faiblesses du système de soins de santé belge ressortant des indicateurs de performance sélectionnés	10
VI. Quels sont les résultats ?	20
Annexes : Sélection d'indicateurs illustrant certains aspects de la performance	23
Fiche 1 - Accessibilité des soins : densité médicale	24
Fiche 2 - Pérennité des soins : dépenses de santé	28
Fiche 3 - Accessibilité des soins : couverture financière	30
Fiche 4 - Adéquation des soins	34
Fiche 5 - Sécurité des soins : infections et antibiorésistance	38
Fiche 6 - Sécurité des soins : exposition aux rayons ionisants	42
Fiche 7 - Politique de prévention : vaccination	44
Liste des abréviations	47

## Introduction

Cette brochure présente les efforts actuels de la Belgique quant à l'évaluation de la performance des soins de santé. Ces efforts font l'objet d'un rapport martyr intitulé "Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge", publié en juillet 2010<sup>1</sup>.



Vous trouvez le rapport complet sur le site du Centre d'expertise des soins de santé [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be), rubrique "publications".

Le rapport sur la performance du système belge répond à 2 engagements:

- le premier, formulé dans l'accord gouvernemental du 18 mars 2008<sup>2</sup> en matière de santé publique: "Les performances de notre système de santé, y compris en ce qui concerne la qualité, doivent être évaluées sur la base d'objectifs mesurables."
- le deuxième, découlant de la Charte de Tallinn<sup>3</sup> sur les systèmes de santé du 27 juin 2008 par laquelle la Belgique s'est engagée entre autres, à "promouvoir la transparence et rendre des comptes au sujet de la performance des systèmes de santé grâce la publication de résultats mesurables".

1 Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, Vinck I, Denis A, Meeus P, Van Oyen H, Leonard C. Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 128B(D/2010/10.273/26)

2 Accord du gouvernement 2008-2011, 18-03-2008

3 La Charte de Tallinn: des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé: "Système de santé, santé et prospérité", 27-06-2008

Les objectifs de ce rapport sont :

- d'une part, d'étudier comment concevoir un système d'évaluation de la performance du système de soins de santé
- d'autre part, d'examiner son application possible en Belgique en construisant et en mesurant un premier ensemble d'indicateurs.

Le rapport a été réalisé sous la responsabilité du Centre d'expertise des soins de santé (KCE), de l'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) et de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Les administrations concernées par les affaires sociales et la santé publique, qu'elles soient régionales, communautaires ou fédérales ont également été impliquées dans le projet.

Ensemble, durant 18 mois, ils ont entrepris les démarches suivantes :

1. dresser l'inventaire des systèmes de performance dans les autres pays afin d'élaborer un cadre conceptuel pour la Belgique
2. réaliser un état des lieux des informations existantes et valider les outils
3. faire l'inventaire des besoins pour un tel outil auprès des décideurs
4. rédiger un rapport martyr sur la performance du système de soins de santé belge.

## I. Etat des lieux des informations existantes

À la différence des pays voisins, notamment les Pays-Bas et le Royaume-Uni, l'expérience et les compétences de la Belgique en matière d'évaluation de la performance du système de santé se limitent à quelques initiatives et autres études. Cependant, aucune de ces études ne s'inscrit dans le cadre d'une évaluation systématique de la performance.

En outre, les données de santé belges ne sont pas toujours disponibles au niveau international. Si l'on examine les données relatives à la Belgique qui sont présentées par des organisations internationales comme l'OCDE et l'OMS, on constate qu'elles sont souvent incomplètes ou manquantes. Le rapport révèle que respectivement 29 % des données OCDE et 73 % des données OMS manquent ou sont fournies avec retard en 2007.

Les lacunes sont liées principalement aux données de mortalité et dans une moindre mesure à celles des soins chroniques. Des différences d'interprétation internationales sont également mises en évidence (voir Fiche 1 : "Accessibilité des soins de santé: densité médicale" p. 24).

## II. Inventaire des besoins

Les décideurs interrogés soulignent l'intérêt de disposer d'un outil commun et partagé entre administrations pour :

- valider les comparaisons internationales
- évaluer les programmes de santé
- améliorer la performance du système de santé
- rendre des comptes.

## III. Cadre conceptuel de la performance du système de soins de santé

Le “Cadre conceptuel et contextuel de la performance du système de santé” contient les informations pouvant être spécifiques au système de santé belge et qui sont indispensables pour l’interprétation de la performance du système de santé.

Ayant choisi une approche holistique de la performance du système de santé, nous faisons la distinction entre 3 niveaux interconnectés, comprenant l’état de santé, les déterminants non médicaux de la santé et le système de santé.

Le système de santé comprend 5 domaines :

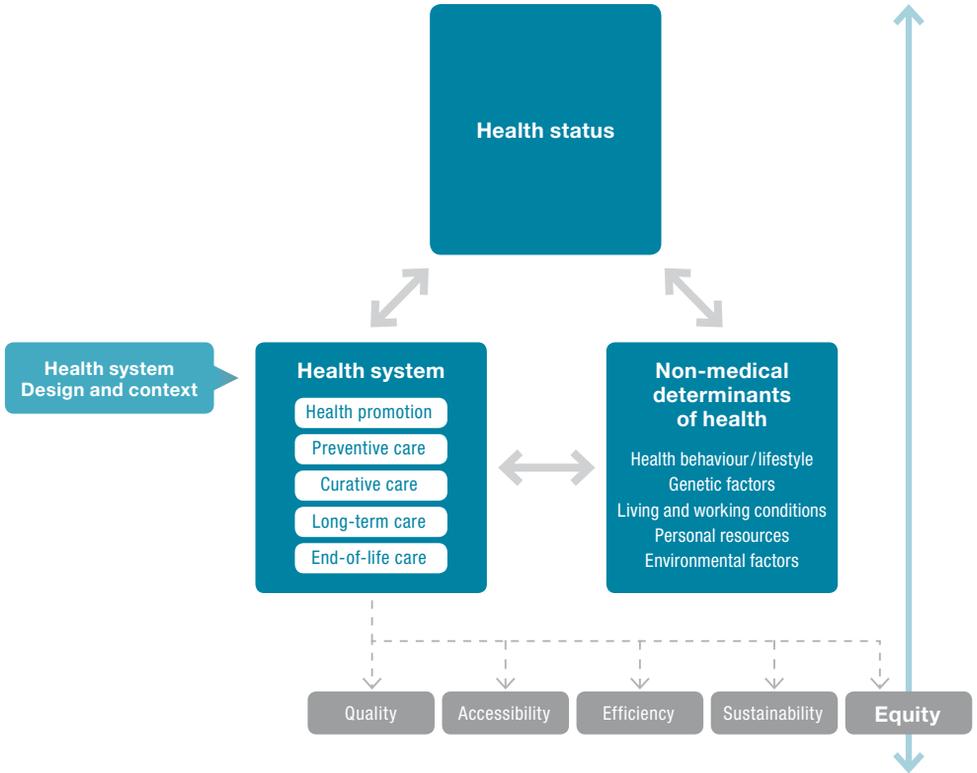
- la promotion de la santé
- les soins préventifs
- les soins curatifs
- les soins à long terme
- les soins aux personnes en fin de vie.

La performance du système de santé, qui est présentée et analysée pour chacun des domaines du système de santé, comporte 4 dimensions principales :

- la qualité
- l’accessibilité
- l’efficience
- la durabilité/pérennité

et une dimension faïtière, l’équité, présente dans les 3 étages du cadre.

### Conceptualisation de la performance du système de santé belge



## IV. Définitions des dimensions de la performance



La **qualité** des soins de santé se mesure à l'aide des 5 sous-domaines suivants :

- **Efficacité** : dans quelle mesure les résultats souhaités sont-ils atteints, compte tenu d'une offre suffisante de soins de santé *evidence-based* à tous ceux qui pourraient en profiter mais pas à ceux qui n'en tireraient aucun avantage ?
- **Adéquation** : dans quelle mesure les soins de santé dispensés sont-ils adaptés aux besoins cliniques, compte tenu des meilleures preuves disponibles ?
- **Sécurité** : dans quelle mesure le système dispose-t-il des structures adéquates, rend des services et atteint des résultats, d'une manière qui ne porte préjudice ni à l'utilisateur, ni au dispensateur ni à l'environnement ?
- **Centralité du patient** : dans quelle mesure un système fonctionne-t-il en mettant le patient/l'utilisateur au centre de son offre de soins de santé ?
- **Continuité** : dans quelle mesure les soins de santé destinés à des utilisateurs spécifiques sont-ils organisés d'une manière fluide au fil du temps entre les différents dispensateurs de soins et les différents établissements ?

**abc** L'**accessibilité**: dans quelle mesure les patients peuvent avoir recours facilement aux prestations de santé, en termes d'accès physique (localisation, répartition géographique), de coûts, de temps, d'accès culturel (p.ex. religion), d'accès psychologique et de disponibilité de personnel qualifié ?

**abc** L'**efficience**: dans quelle mesure la quantité correcte de ressources (p.ex. argent, temps et personnel) est investie dans le système (au niveau macro), en s'assurant que ces ressources sont utilisées de manière à en tirer le plus grand bénéfice ou les meilleurs résultats possibles ?

**abc** La **durabilité**: dans quelle mesure le système est capable :

- d'offrir et maintenir une infrastructure comme du personnel (p.ex. par la formation et l'éducation), des structures et de l'équipement
- d'être innovant
- de répondre aux besoins émergents ?

**abc** L'**équité**: dans quelle mesure le système traite tous les acteurs concernés de manière juste ? L'équité porte tant sur la répartition de la charge financière des soins de santé que sur la répartition des soins de santé et de leurs effets favorables parmi la population.

## V. Forces et faiblesses du système de soins de santé belge ressortant des indicateurs de performance sélectionnés

### Sélection des indicateurs

Le rapport martyr dresse un set volontairement réduit de **55 indicateurs** de performance (voir tableau p. 12 à 19). L'objectif n'est pas ici d'être exhaustif dans chaque (sous-)dimension, mais de choisir des indicateurs valides.

Le pragmatisme a orienté les choix: les indicateurs validés dans les rapports de performance étrangers ou proposés au niveau international ont été privilégiés pour permettre, le cas échéant, des valeurs de comparaisons.

Il ne s'agit pas d'un set définitif. Dans le futur, cette sélection pourrait évoluer vers des indicateurs plus spécifiques des particularités de notre système de santé, tout en gardant l'objectif de pilotage (mesure de l'évolution).

**L'interprétation des résultats se veut globalisante:** le degré de performance s'apprécie en fonction de l'équilibre entre les différentes fonctions/dimensions.

Dans un tel modèle, **un indicateur isolé a peu de signification.** Ce qui n'empêche pas de mettre un accent particulier ou prioritaire sur certains aspects.

Tous les aspects définis dans le cadre conceptuel ne sont pas encore décrits entièrement faute d'indicateurs valides ou de disponibilité d'information. Ainsi, 11 indicateurs sur 55 ne sont pas documentés (voir tableau p. 14 à 21):

- certaines dimensions et sous-dimensions sont mal ou peu couvertes:
  - la centralité du patient
  - la continuité
  - l'équité
- certains domaines des soins de santé ne sont pas ou insuffisamment documentés:
  - les soins de fins de vie
  - les soins chroniques
  - les soins aux personnes âgées
  - les soins psychiatriques.

En résumé, ce rapport donne une première impression globale de la performance de notre système, à interpréter avec énormément de nuances et de prudence.

## Forces et faiblesses du système de soins de santé belge ressortant des indicateurs de performance sélectionnés

Dimensions	Indicateurs
<b>Efficacité réelle</b>	<p><b>Soins préventifs/promotion de la santé</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dépistage du cancer du sein avec mammotest chez les femmes âgées de 50-69 ans</li> <li>2. Autre cliché mammaire chez les femmes âgées de 50-69 ans</li> <li>3. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 25-64 ans</li> <li>4. Dépistage du cancer colorectal chez les sujets de 50 ans et plus</li> <li>5. Vaccination contre la grippe</li> <li>6. Couverture vaccinale des enfants de 2 ans</li> <li>7. Taux d'hospitalisation en soins aigus pour cause de pneumonie ou de grippe</li> <li>8. Pourcentage de fumeurs quotidiens</li> <li>9. Consommation de fruits et légumes</li> <li>10. Consommation d'alcool</li> <li>11. Consommation de sel</li> <li>12. Allaitement maternel</li> <li>13. Contrôles annuels chez le dentiste</li> <li>14. Dents cariées, manquantes et obturées à l'âge de 12 ans</li> <li>15. Dépistage cardiovasculaire chez les sujets âgés de 45-75 ans</li> </ol> <p><b>Soins curatifs</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Taux de survie à 5 ans dans le cancer du côlon</li> <li>17. Mortalité infantile</li> <li>18. Mortalité prématurée</li> <li>19. Taux de survie à 5 ans dans le cancer du sein</li> <li>20. Taux de survie à 5 ans dans le cancer du col de l'utérus</li> <li>21. Mortalité à l'hôpital après une fracture de la hanche</li> <li>22. Mortalité à l'hôpital consécutive à une pneumonie d'origine communautaire</li> </ol> <p><b>Soins à long terme</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>23. Amputations majeures liées au diabète</li> </ol>
<p>En noir : indicateurs principaux / en bleu : indicateurs secondaires / en orange : indicateurs non documentés</p>	

	Forces	Faiblesses	Évolution	Actions proposées
	Couverture vaccinale moyenne à bonne	<p>Faible couverture du dépistage du cancer en comparaison avec d'autres pays</p> <p>Importantes variations au niveau de la couverture du dépistage du cancer</p>	Progrès quant à la couverture du dépistage du cancer (+)	Intensifier les efforts pour améliorer la couverture du dépistage du cancer
	Globalement, résultats moyens pour la promotion de la santé	<p>Inégalités dans les comportements</p> <p>Données incomplètes sur la mortalité spécifique</p> <p>Taux élevé de mortalité à l'hôpital (fracture de la hanche - pneumonie)</p>	Progrès en promotion de la santé (+)	<p>Intensifier les efforts pour atteindre les groupes socio-économiques moins favorisés</p> <p>Les indicateurs seront disponibles en 2011</p> <p>Investiguer en fonction du risque</p> <p>Indicateurs à développer</p>
(+) évolution positive, (-) évolution négative				

**Forces et faiblesses du système de soins de santé belge ressortant des indicateurs de performance sélectionnés (suite)**

Dimensions	Indicateurs
<p><b>Adéquation</b></p>	<p><b>Soins préventifs/promotion de la santé</b></p> <p>24. Cliché mammaire chez les femmes âgées de moins de 50 ou de plus de 71 ans</p> <p><b>Soins curatifs</b></p> <p>25. Utilisation et vitesse de diffusion des techniques chirurgicales minimales invasives</p> <p>26. Utilisation de protocoles ou de recommandations de bonne pratique spéciaux dans les procédures à haut risque ou complexes</p> <p>27. Nombre de césariennes pour 1.000 naissances d'enfant vivant</p> <p>28. Hystérectomie par classe sociale</p> <p><b>Générique</b></p> <p>29. Prescription conformément aux recommandations de bonne pratique</p>
<p>En noir : indicateurs principaux / en bleu : indicateurs secondaires / en orange : indicateurs non documentés</p>	

	Forces	Faiblesses	Évolution	Actions proposées
	<p>Proportion importante des techniques chirurgicales peu invasives</p> <p>Taux de césariennes en dessous de la moyenne internationale</p>	<p>Taux élevé de mammographies dans le groupe de femmes non éligibles pour le dépistage de masse</p> <p>Taux élevé d'hystérectomies en comparaison avec d'autres pays</p> <p>Exposition importante des patients aux rayonnement ionisant d'origine médicale</p>	<p>Pénétration rapide des techniques chirurgicales peu invasives (+)</p> <p>Taux de césariennes en hausse (-) Régression du taux d'hystérectomies (+)</p> <p>Exposition aux rayons ionisants d'origine médicale en hausse (-)</p>	<p>Investiguer la pertinence de ces mammographies (Projet KCE 2010)</p> <p>Intensifier les efforts en matière d'EBM</p> <p>Encourager l'utilisation de procédures moins irradiantes</p>
<p>(+) évolution positive, (-) évolution négative</p>				

### Forces et faiblesses du système de soins de santé belge ressortant des indicateurs de performance sélectionnés (suite)

Dimensions	Indicateurs
<b>Sécurité</b>	<p><b>Soins curatifs</b></p> <p>30. Incidence des effets indésirables graves d'une transfusion sanguine            31. Incidence des infections liées aux soins de santé            32. Incidence des escarres dans les hôpitaux            33. Incidence des infections postopératoires du site chirurgical</p> <p><b>Soins à long terme</b></p> <p>34. Incidence des escarres :                a. dans les centres de prise en charge de longue durée                b. chez les sujets à risque</p> <p><b>Générique</b></p> <p>35. Nombre d'infections nosocomiales à MRSA            36. Nombre de prescriptions d'antibiotiques            37. Exposition aux radiations médicales</p>
<b>Continuité</b>	<p><b>Soins curatifs</b></p> <p>38. Durée moyenne du séjour</p> <p><b>Générique</b></p> <p>39. Nombre de personnes non inscrites auprès d'un médecin généraliste</p>
<b>Accessibilité</b>	<p><b>Soins préventifs/promotion de la santé</b></p> <p>40. Couverture des soins de santé infantiles préventifs dans les groupes à haut risque</p> <p><b>Soins à long terme</b></p> <p>41. Coûts supplémentaires liés à la maladie chez les patients chroniques</p> <p><b>Génériques</b></p> <p>42. Nombre de médecins et d'infirmières            43. Population assurée            44. Montant de la participation financière des assurés</p>

En noir : indicateurs principaux / en bleu : indicateurs secondaires / en orange : indicateurs non documentés

	Forces	Faiblesses	Évolution	Actions proposées
	Sécurité relativement bonne pour le patient hospitalisé		Incidence du MRSA en baisse (+) Exposition aux rayons ionisants d'origine médicale en hausse (-)	Sensibilisation continue de la population et des prescripteurs
		Les patients sont hospitalisés en moyenne plus longtemps que dans les autres pays  Nombre relativement faible de patients dotés d'un dossier médical global (DMG)	Nombre d'inscriptions en hausse (+)	Accélérer le développement des alternatives à l'hospitalisation  Sensibilisation continue de la population et des prescripteurs
	Couverture élevée de l'assurance soins de santé  Bon système de protection sociale, accessibilité géographique importante de l'offre curative	Disponibilité en personnel adéquat difficile à évaluer Participation financière relativement élevée		Compléter le cadastre du personnel médical Comparabilité internationale des comptes de la santé

(+) évolution positive, (-) évolution négative

### Forces et faiblesses du système de soins de santé belge ressortant des indicateurs de performance sélectionnés (suite)

Dimensions	Indicateurs
<b>Efficienc</b>	<p><b>Soins curatifs</b> 45. Hospitalisations de jour chirurgicales</p> <p><b>Soins à long terme</b> 46. Utilisation des technologies de prise en charge à domicile et part des patients dialysés sous dialyse à domicile</p>
<b>Durabilité</b>	<p><b>Générique</b> 47. Dépenses de soins de santé en fonction du Système des Comptes de la Santé (SHA - System of Health Accounts) 48. <b>Système de maximum à facturer</b> 49. Niveau de qualification des professionnels de santé 50. Diplômés en sciences médicales 51. Diplômés en sciences infirmières 52. Montant annuel du Fonds spécial de Solidarité 53. Nombre de médecins généralistes qui utilisent un dossier médical électronique 54. Jours-patients en soins aigus par tête 55. <b>Nombre de lits en soins aigus</b></p>

En noir : indicateurs principaux / en bleu : indicateurs secondaires / en orange : indicateurs non documentés

	Forces	Faiblesses	Évolution	Actions proposées
	<p>En général, organisation plus efficace des soins aux patients hospitalisés (recours aux techniques chirurgicales peu invasives, itinéraires cliniques)</p> <p>Bonne pénétration de l'hospitalisation chirurgicale de jour</p>	<p>Cependant, les patients sont hospitalisés en moyenne plus longtemps que dans les autres pays</p> <p>Soins inadéquats</p>	<p>Progrès récents dans l'offre de soins ambulatoires et en hospitalisation de jour (+)</p>	<p>Intensifier les efforts pour développer l'EBM</p>
	<p>Nombre élevé de diplômés en médecine et en sciences infirmières</p> <p>Informatisation moyenne de la 1<sup>re</sup> ligne</p>	<p>Dépenses de santé totales relativement élevées</p> <p>Incertitude quant à l'adéquation entre la disponibilité en personnel et les besoins de la population</p>		<p>Investiguer les besoins en personnel de santé en tenant compte des évolutions démographiques et épidémiologiques et de l'état de santé de la population</p> <p>Améliorer la pénétration des technologies de l'information</p>

(+) évolution positive, (-) évolution négative

## VI. Quels sont les résultats ?

Les résultats sont interpellants à plus d'un titre<sup>4</sup>.

### 1. Résultats globaux

- La Belgique dépense plus de 32 milliards d'EUR pour la santé en 2007, ce qui représente un des chiffres les plus importants d'Europe en termes de % de produit national brut ou de dépenses par habitant (Fiche 2 p. 28).
- Ces chiffres permettent à la Belgique d'être en bonne position en matière de disponibilité de ressources ou de pénétration de nouvelles techniques.
- La quasi totalité de la population est assurée par l'assurance soins de santé. Toutefois la part de dépenses personnelles (out-of-pocket) semble élevée comparativement à d'autres pays (Fiche 3 p. 30).

### 2. Les résultats suivent-ils les moyens investis ?

Le rapport apporte une réponse mitigée à cette question. Si la situation de la Belgique n'est pas mauvaise et en évolution positive, elle est cependant en retard dans quelques domaines sur la moyenne européenne.

- Les marqueurs relatifs à la qualité des soins interpellent en matière d'adéquation (Fiche 4 p. 34), de sécurité (Fiches 5 et 6 p. 38 et 42) ou de continuité des soins. L'efficacité globale des soins peut difficilement être appréciée par manque de données complètes sur la mortalité et la survie.

<sup>4</sup> Pour illustrer cette brochure, nous avons choisi, parmi les indicateurs documentés, des indicateurs considérés comme plus "robustes".

- Dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, si les taux de vaccination en Belgique sont parmi les plus élevés (Fiche 7 p. 44), il y a des efforts à réaliser en matière de dépistage (col de l'utérus, sein, colorectal) et de promotion de la santé dont la couverture est très différente selon le statut socio-économique du bénéficiaire.

### 3. Quel bilan tirer?

Ce projet a amené plusieurs points positifs :

- le développement d'une collaboration active continue et régulière entre administrations, facteur d'appropriation essentiel dans l'élaboration et la perception du rapport
- une réflexion critique sur la nature des données à transmettre au niveau international et sur les conclusions que ces organismes tirent sur la Belgique
- une réflexion quant à l'optimisation et l'exploitation des banques de données disponibles en Belgique.

Vu les résultats encourageants, les autorités belges ont décidé la récurrence de l'outil.

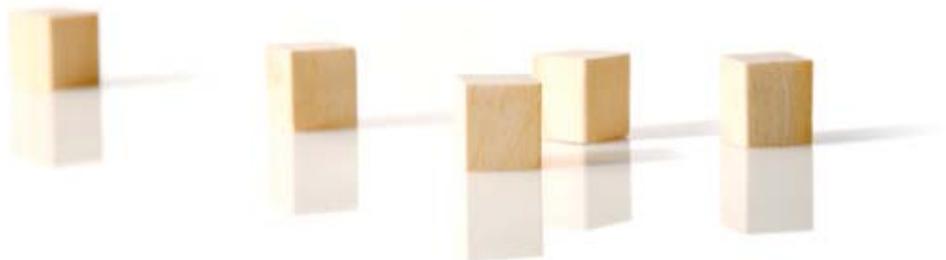
Concrètement, le prochain rapport sur la performance sera publié en décembre 2012 avec les objectifs suivants :

- affiner et adapter le set d'indicateurs en prenant en compte les spécificités du système de santé belge et suivre l'évolution du système
- compléter les domaines et les thématiques non encore couverts.



Annexes

Sélection  
d'indicateurs  
illustrant certains  
aspects de la  
performance



## Fiche 1 - Accessibilité des soins : densité médicale

La densité médicale semble être au-dessus de la moyenne de l'EU-15

Selon les données du Service public fédéral (SPF) Santé, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, le **nombre absolu de médecins** (c.à.d. tous les médecins, quel que soit leur niveau d'activité) est passé de 43.620 en 2005 à 44.727 en 2007. Constat important: les données du SPF montrent clairement que la profession médicale se féminise de plus en plus.

L'estimation du nombre total de médecins en exercice en Belgique fait l'objet d'interprétations très différentes. Pour la comparaison internationale, l'OCDE utilise les médecins inscrits à l'INAMI. Sur cette base, on estime que la Belgique est dotée de 4,03 médecins par 1.000 habitants, soit une des **densités parmi les plus élevées au monde**.

Voir graphique 1

Or, si l'on ne prend en considération que les médecins profilés (c'est-à-dire les médecins qui ont presté au moins un service clinique [consultations, visites, actes techniques]), le nombre de médecins pour 1.000 habitants était de 3,18 en 2007, soit **en dessous de la moyenne de l'UE-15**.

Cela étant, ni les données relatives aux médecins "en activité" pas plus que celles sur les médecins profilés ne tiennent compte du niveau d'activité (clinique) réel des médecins, et peuvent de ce fait être considérées comme des surestimations.



L'exemple des **médecins généralistes** permet d'illustrer l'importance de déterminer un niveau d'activité.

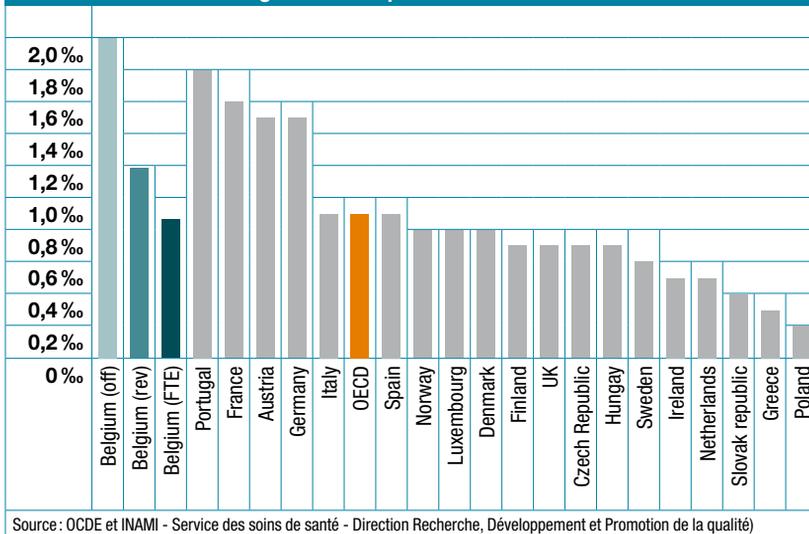
En 2008, l'INAMI a publié une étude qui évaluait le nombre de médecins généralistes actifs et le nombre d'équivalents temps plein (ETP) en 2005. Au lieu des 20.800 médecins recensés par l'OCDE on a constaté que 12.097 médecins généralistes seulement avaient plus de 500 contacts patients par an.

Une autre manière d'approcher le niveau d'activité est de calculer le nombre d'équivalents temps plein. Il est estimé à 8.642 ETP (définis en tant que 41-42 heures de travail par semaine et 14-27 contacts patients par jour).

En Belgique, selon la méthode, la densité des médecins généralistes par 1.000 habitants (médecins en formation inclus) peut donc varier entre 2,00 (nombre d'inscrits), 1,19 (si l'on considère ceux qui atteignent un seuil de 500 contacts) ou 0,85 (en équivalent temps plein).

Le **graphique 2** permet de comparer le résultat des différentes méthodes de calcul des effectifs de médecins généralistes aux chiffres internationaux.

**Graphique 2 - Comparaison internationale des densités de médecins généralistes en 2007 - Densité par 1.000 habitants - Médecins généralistes praticiens**



- La 1<sup>re</sup> colonne correspond au chiffre de 2007, fourni à l'OCDE sur base du calcul des médecins inscrits (Belgique, chiffres 2007 officiels).
- La 2<sup>e</sup> colonne correspond au nombre de médecins généralistes qui atteignent un seuil de 500 contacts par an (Belgique, chiffres 2008 révisés).
- La 3<sup>e</sup> colonne correspond au nombre d'équivalents temps plein (ETP) de médecine générale (Belgique, chiffres 2008 en ETP).

## Fiche 2 - Pérennité des soins : dépenses de santé

Les dépenses de santé par habitant semblent élevées

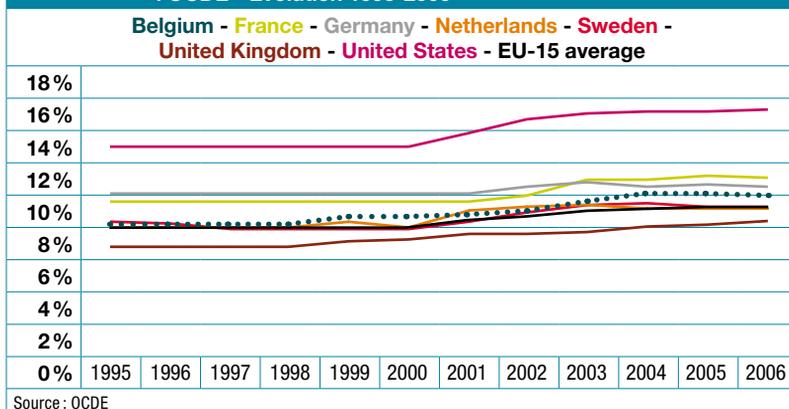
En Belgique, les dépenses de santé totales (DST) ont augmenté de 17,3 % entre 2003 et 2007, ce qui correspond à une fourchette du PIB comprise entre 9,5 % et 10,1 % au cours de cette période. Les DST par habitant ont accusé une hausse de 3.066 US\$ PPP<sup>5</sup> en 2003 à 3.461 US\$ PPP en 2007, soit une augmentation de 12,9 %.

En 2007, les dépenses en services de soins curatifs représentaient plus de 46 % des DST. Des 15.236 millions d'EUR dépensés en services de soins curatifs, les soins aux patients hospitalisés ont représenté 9.003 millions d'EUR (59 %).

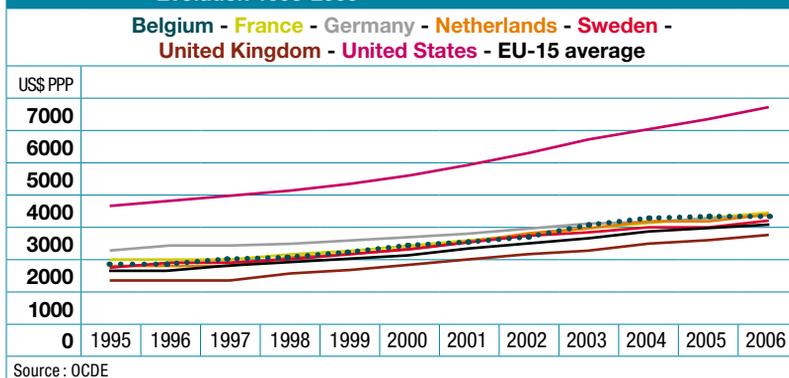
En pourcentage du PIB, la Belgique affiche des DST parmi les plus élevées en Europe. Toutefois, la France, l'Allemagne et, en dehors de l'Europe, les États-Unis ont des DST nettement supérieures. Des résultats similaires ont été observés en les exprimant par habitant. La prudence est toutefois de rigueur lorsque l'on compare les dépenses de santé totales. En effet, plus l'enregistrement des dépenses de santé est de qualité et exhaustif, plus le niveau de ces dépenses est élevé. Il y a également des variations possibles dans le contenu. Il faut donc vérifier le degré d'exhaustivité des dépenses comparées avant d'en tirer des conclusions comparatives. [Voir graphiques 1 et 2](#)

**Indicateur :** dépenses en soins de santé par habitant  
**Dimension :** durabilité/pérennité des soins de santé

**Graphique 1 - Comparaison des dépenses de santé totales en pourcentage du PIB, en Belgique et dans certains pays de l'OCDE - Evolution 1995-2006**



**Graphique 2 - Comparaison des dépenses de santé totales (en US\$ PPP) par habitant, en Belgique et dans certains pays de l'OCDE - Evolution 1995-2006**



## Fiche 3 - Accessibilité des soins : couverture financière

La couverture de l'assurance soins de santé semble excellente...

En Belgique, la quasi-totalité de la population est couverte par l'assurance soins de santé obligatoire ; selon les années, entre 0,6 et 0,8 % de la population n'est pas assurée. Un pourcentage légèrement meilleur que celui rapporté pour les Pays-Bas (1,6 % en 2006), mais un peu moins bon que d'autres pays européens, notamment la Suède et le Royaume-Uni qui atteignent 100 %. [Voir graphique 1](#)

... mais les dépenses personnelles semblent élevées

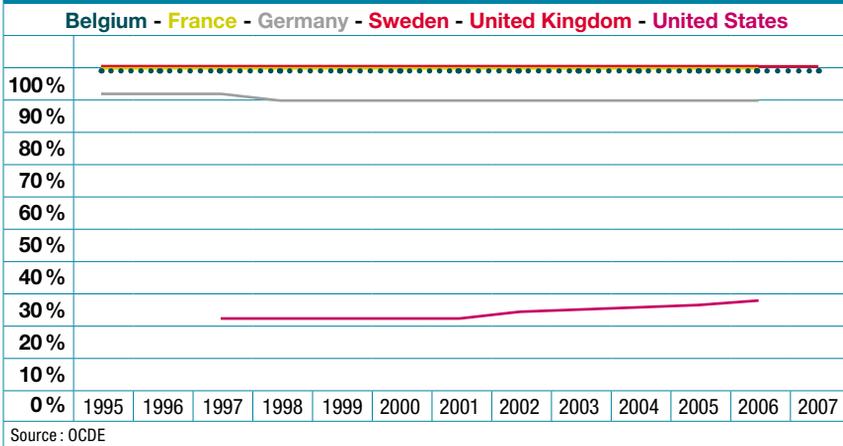
Même s'ils sont assurés par l'assurance obligatoire, les ménages dépensent également de l'argent pour des soins non remboursés. Entre 2003 et 2006, les dépenses personnelles des patients sont passées de 5,46 à 6,23 milliards d'EUR. Par habitant, les dépenses personnelles (out-of-pocket) ont augmenté de 526 EUR en 2003 à 586 EUR en 2007. En comparaison avec d'autres pays, la Belgique affiche une part élevée de dépenses personnelles (19 % des dépenses de santé totales en 2007). A titre d'exemple, aux Pays-Bas, les dépenses personnelles n'ont représenté en 2006 que 6,2 % des dépenses totales en soins de santé. En France et en Allemagne, la part des dépenses personnelles était respectivement de 6,9 % et 13,7 %.

Le pourcentage des personnes dotées d'une assurance privée fournie par un assureur privé est passé de 37,9 % en 2001 à 49,8 % en 2007.

**Indicateurs :** population assurée, montant de la participation financière des assurés

**Dimension :** accessibilité des soins de santé

**Graphique 1 - Evolution de la couverture de l'assurance soins de santé en Belgique en comparaison avec celle de certains pays de l'OCDE - Evolution 1995-2007**



En tout état de cause, la prudence est de rigueur si l'on compare les dépenses personnelles dans différents systèmes de soins de santé. La quote-part personnelle semble plus élevée en Belgique, mais elle englobe tous les achats paramédicaux, tous les médicaments non remboursés, les dispositifs médicaux et le matériel médical. Les primes nettes (primes moins remboursements) versées aux assureurs privés ou aux mutualités sont également incluses. [Voir tableau 1](#)

La Belgique dispose de mécanismes supplémentaires de protection pour les dépenses de santé exceptionnelles

Les malades chroniques ou moins valides représentent un groupe particulièrement vulnérable par rapport à des dépenses de santé supplémentaires. En Belgique, de nombreux systèmes de protection sociale sont disponibles pour financer des dépenses de santé exceptionnelles. Il s'agit, notamment, du maximum à facturer (MAF), du statut Omnio, du statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM), du règlement sur les médicaments orphelins et du Fonds spécial de Solidarité (FSS).

Le MAF, par exemple, a été introduit en 2002. Les ménages dont les tickets modérateurs annuels totaux dépassent un plafond déterminé en fonction de leurs revenus, peuvent bénéficier du remboursement de ces tickets modérateurs. Les premiers plafonds sont fixés à 450 EUR et 650 EUR pour les personnes à revenus faibles ou modestes.

Depuis l'instauration du MAF en 2002, les remboursements MAF totaux ont rapidement augmenté pour atteindre 304 millions d'EUR en 2009. En 2003, le MAF représentaient environ 0,73 % des dépenses totales de santé. En 2007, ce pourcentage était passé à 0,87 %. La part relative du MAF dans les dépenses totales oscille entre 1,3 et 1,4 % des dépenses publiques de santé des dernières années.

<b>Tableau 1 - Dépenses personnelles en soins de santé en Belgique - Evolution 2003-2007</b>					
	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Out-of-pocket (% of total) :					
absolute number (*)	5.458	5.812	5.743	5.691	6.227
% of total	19,50 %	19,00 %	18,50 %	18,00 %	19,00 %
per capita	526,05	557,68	548,11	539,53	586,03
<b>Total healthcare expenditure (*)</b>	<b>27.387</b>	<b>29.488</b>	<b>30.838</b>	<b>31.675</b>	<b>32.774</b>
(*) In million EUR					
Source : SPF Sécurité sociale					

## Fiche 4 - Adéquation des soins

Les nouvelles techniques de chirurgie ont été rapidement appliquées en Belgique

Le recours à des techniques chirurgicales minimales invasives est un moyen de réduire les complications postopératoires, la durée du séjour et les coûts. Toutefois, ces techniques ne sont pas considérées comme adéquates pour tous les patients et une sélection attentive des patients s'impose dès lors.

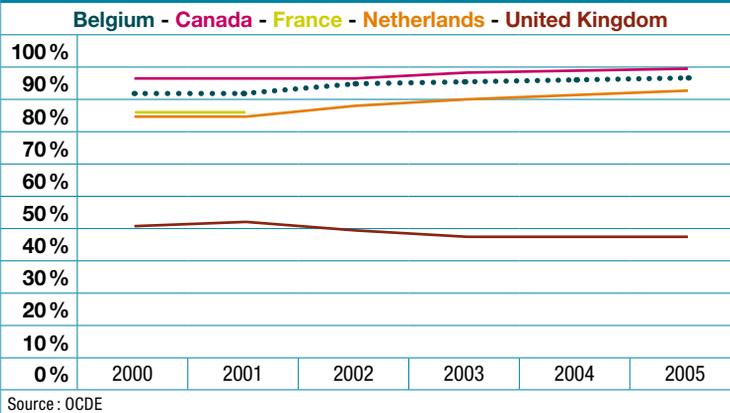
A titre d'exemple, la cholécystectomie par laparoscopie. De toutes les cholécystectomies réalisées en 2004, 85,6 % l'ont été par laparoscopie. Ce taux a légèrement augmenté jusqu'à 86,7 % en 2005. Entre 2000 et 2005, la tendance était légèrement à la hausse en Belgique et se situait dans la lignée de celle observée dans d'autres pays.

Voir graphique 1

Élément important: afin d'évaluer la justification de ces tendances (autrement dit, sont-elles adéquates?), des informations cliniques sur l'indication sont nécessaires pour chaque patient recevant l'une de ces procédures. Ces informations font toutefois défaut.

**Indicateurs :** techniques chirurgicales minimales invasives, taux de césariennes, taux d'hystérectomies  
**Dimension :** adéquation

**Graphique 1 - Pénétration des laparoscopies en Belgique et dans certains pays de l'OCDE - Evolution 2000-2005**



Le taux de césariennes est bien en-dessous de la moyenne de l'EU-15 mais est en augmentation

Autre indicateur d'adéquation traditionnel: le taux de césariennes. Si l'indication pour un accouchement par césarienne dépend largement des caractéristiques de la patiente, on sait que les schémas de pratique de chaque médecin interviennent pour une part significative dans le taux de césariennes. Comme dans d'autres pays de l'OCDE, le nombre de césariennes pour 1.000 naissances vivantes est en hausse en Belgique (199 pour 1.000 naissances vivantes en 2006). En dépit de cette hausse, la Belgique reste bien en-dessous de la moyenne de l'UE-15. Seuls les Pays-Bas, la Finlande et la Suède font mieux qu'elle.

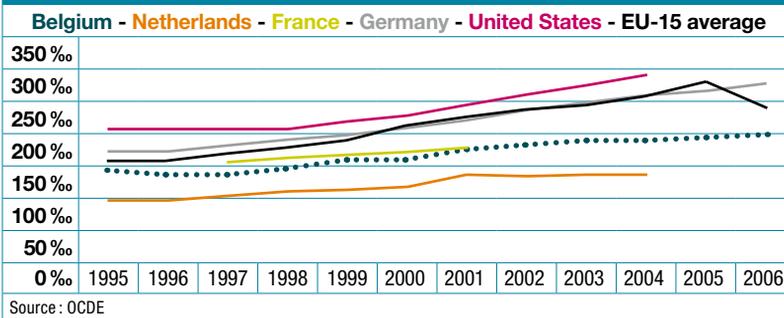
[Voir graphique 2](#)

Le taux d'hystérectomies est élevé et source de disparités, mais est en diminution

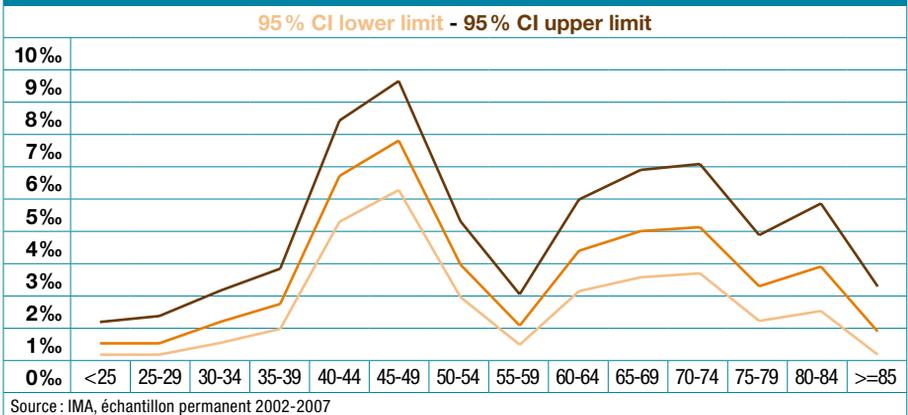
Le taux d'hystérectomies était lui aussi considéré comme un indicateur d'adéquation pertinent, depuis qu'un rapport de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes de 1999 a montré des variations régionales importantes dans l'incidence des hystérectomies en Belgique, ce qui est interpellant quant à l'indication correcte de l'intervention. En 2007, les taux les plus élevés concernaient les femmes âgées de 45-49 ans (6,82 pour 1.000 femmes).

Par comparaison avec d'autres pays, la Belgique affiche un taux élevé (d'hystérectomies vaginales uniquement). Entre 2002 et 2007, le taux global d'hystérectomies pour 1.000 femmes adultes (18+) est passé de 3,67 à 2,80. [Voir graphique 3](#)

**Graphique 2 - Taux de césariennes pour 1.000 naissances vivantes en Belgique et dans certains pays de l'OCDE - Evolution 1995-2006**



**Graphique 3 - Taux d'hystérectomies par 1.000 femmes adultes par classe d'âge de 5 ans - 2007**



## Fiche 5 - Sécurité des soins : infections et antibiorésistance

Les infections contractées à l'hôpital sont heureusement en diminution...

L'incidence cumulative et la densité d'incidence des infections postopératoires étaient très élevées par comparaison avec d'autres pays au cours de la période 2001 - 2003. L'incidence des infections après une chirurgie du côlon et une coxoplastie était notamment plus élevée que dans d'autres pays.

L'incidence des septicémies nosocomiales a diminué pour passer de 7,2 infections pour 1.000 admissions en 2005 à 6,1 en 2008. Au cours de la période 1997-2003, 6 % des patients séjournant en unité de soins intensifs ont contracté une pneumonie, tandis que 2,1 % ont développé une bactériémie.

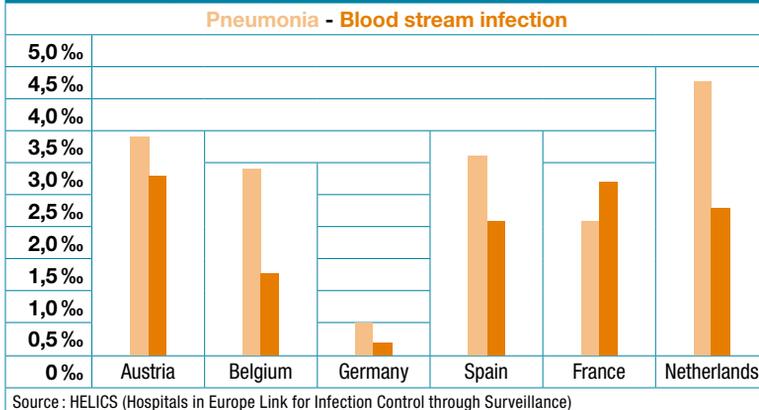
Par rapport aux autres pays européens, la Belgique présente une incidence moyenne d'infections chez les patients séjournant en unité de soins intensifs. [Voir graphique 1](#)

L'incidence des infections nosocomiales à MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus aureus) a atteint un sommet en 2004 (3,25 pour 1.000 admissions), mais a régressé à 2 pour 1.000 admissions en 2008.

**Indicateurs** : incidence des infections liées aux soins de santé, des infections postopératoires du site chirurgical, des infections nosocomiales à MRSA et nombre de prescription d'antibiotiques

**Dimension** : sécurité

**Graphique 1 - Incidence des pneumonies et des septicémies après un séjour aux soins intensifs par 1.000 admissions**



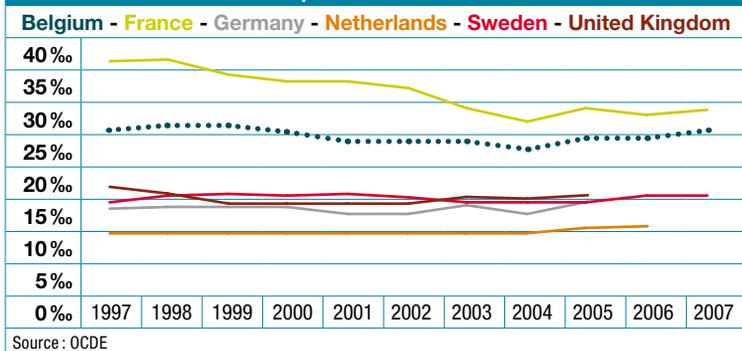
... Toutefois, les prescriptions d'antibiotiques, sources de résistance, restent élevées, en dépit des campagnes de sensibilisation

Alors qu'une tendance à la baisse était observée au niveau du taux de prescription des antibiotiques entre 1998 et 2004, ces dernières années, la tendance est repartie à la hausse.

Par comparaison avec d'autres pays, le taux de prescription des antibiotiques est élevé. [Voir graphique 2](#)

La Belgique tente de sensibiliser la population et le personnel médical par des campagnes d'information annuelles.

**Graphique 2 - Antibiotiques prescrits en Belgique, France, Allemagne, Sweden, au Royaume-Uni dans les services ambulatoires en DDD par 1.000 habitants - Evolution 1997-2007**



## Fiche 6 - Sécurité des soins : exposition aux rayons ionisants

L'exposition aux rayons ionisants d'origine médicale ne cesse d'augmenter en dépit des recommandations scientifiques

L'exposition aux rayons ionisants d'origine médicale est un sujet d'actualité. Les recommandations récentes (2004) soulignent la nécessité de réduire l'exposition en encourageant l'utilisation des technologies les plus récentes (notamment l'IRM). En dépit de cela, cette exposition aux rayons ionisants liés à la radiologie diagnostique a augmenté en Belgique de 2,15 à 2,42 mSv par habitant entre 2005 et 2008. [Voir graphique 1](#)

Par rapport à d'autres pays européens, l'exposition est élevée en Belgique. Pour 2002, les Pays-Bas ont rapporté une exposition de 0,45 mSv par habitant.

Le principal contributeur en radiologie diagnostique est la tomodensitométrie (CT Scan) qui représente 52,6 % de l'exposition liée à l'imagerie diagnostique en 2005 et même 58,4 % en 2008. La part des rayons X et des scintigraphies est en baisse. [Voir graphique 2](#)

La Belgique a prévu de sensibiliser la population et le personnel médical par des campagnes d'information.

**Indicateur:** exposition aux rayons ionisants d'origine médicale

**Dimensions:** sécurité et adéquation

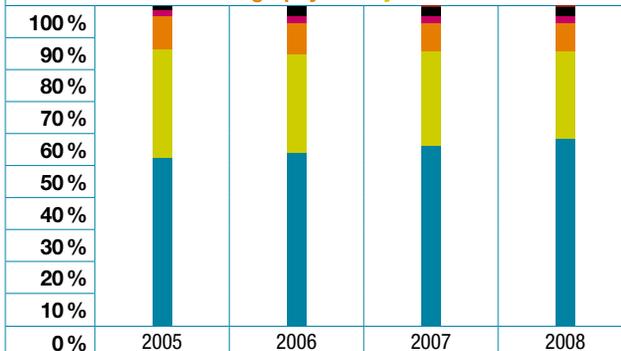
**Graphique 1 - Exposition théorique aux rayons ionisants d'origine médicale - mSv/habitant - Evolution 2005-2008**

2005	2,15	
2006	2,21	
2007	2,31	
2008	2,42	

Source : INAMI Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et Promotion de la qualité (RDQ)

**Graphique 2 - Contribution relative au rayonnement ionisant selon la technique d'imagerie médicale diagnostique**

Phlebography - PET - Coronarography - Angiography -  
Scintigraphy - X-ray - CT



Source : INAMI Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et Promotion de la qualité (RDQ)

## Fiche 7 - Politique de prévention : vaccination

La couverture vaccinale des enfants de 2 ans est bonne mais pas pour tous les vaccins

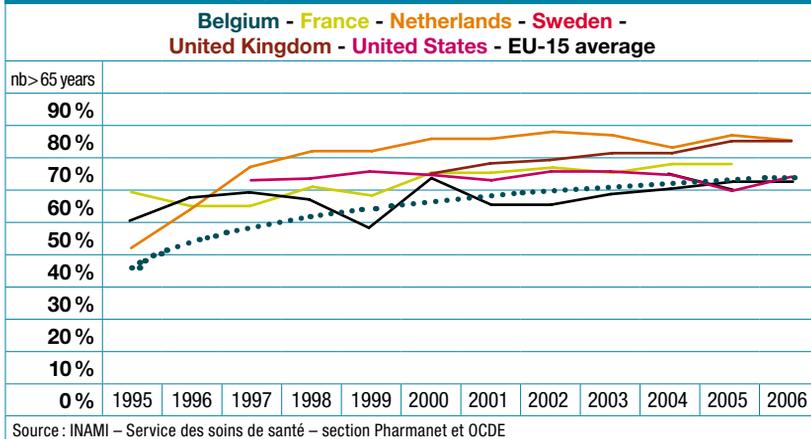
La couverture vaccinale des enfants de 2 ans est bonne. Ces dernières années, le taux de couverture a augmenté pour tous les vaccins et se situe au-dessus de la barre des 90 %. La couverture vaccinale de la diphtérie, de la coqueluche, du tétanos et de l'Haemophilus influenza de type B se positionne parmi les taux les plus élevés. Toutefois, comparée à la situation internationale, la Belgique obtient un résultat moyen pour la couverture vaccinale des oreillons, de la rubéole et de la rougeole.

La couverture de vaccination des personnes âgées contre la grippe est moyenne mais en croissance régulière

La couverture totale des personnes âgées de 65 ans et plus était d'environ 63 % en 2006. Avec un tel taux de couverture, la Belgique obtient un résultat moyen en Europe. Toutefois, la couverture est en croissance continue. [Voir graphique 1](#)

**Indicateurs :** vaccination contre la grippe, couverture vaccinale des enfants de 2 ans, taux d'hospitalisation en soins aigus pour cause de pneumonie ou de grippe  
**Dimension :** efficacité réelle des soins préventifs

**Graphique 1 - Couverture vaccinale contre la grippe des personnes âgées de 65 ans et plus en Belgique et dans certains autres pays de l'OCDE (%) - Evolution 1995-2006**





# Liste des abréviations

<b>BIM</b>	Bénéficiaire de l'intervention majorée
<b>DDD</b>	Defined daily dosis : dose d'entretien moyenne supposée, par jour, pour un médicament, utilisée dans son indication principale chez l'adulte
<b>DST</b>	Dépenses de santé totale
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>EU-15</b>	Nombre de pays membres de l'Union européenne avant l'élargissement au 1 <sup>er</sup> mai 2004. L'EU-15 comprenait les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume - Uni et Suède
<b>IMA</b>	Agence intermutualiste
<b>INAMI</b>	Institut national d'assurance maladie-invalidité
<b>ISP</b>	Institut scientifique de Santé Publique
<b>KCE</b>	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
<b>mSv</b>	millisievert
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PIB</b>	produit intérieur brut
<b>PPP</b>	Purchasing Power Parity
<b>SPF</b>	Service public fédéral





*eu* trio.be

Éditeur responsable: J. De Cock, Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Design graphique: Ab initio Graphic Design, Bruxelles, [www.abinitio.be](http://www.abinitio.be)

Date de publication: août 2010

Dépôt légal: 2010/0401/5