

# Performance du système de santé belge

## Rapport 2012 - Synthèse



## Introduction

Notre époque est souvent associée de manière péjorative au culte de la performance, toutefois, dans le domaine de la santé et des soins de santé, la recherche de la performance revêt un caractère quasiment indiscutable et même rassurant. Qui pourrait en effet se plaindre d'un système de soins de qualité, efficace, efficient, accessible et équitable? Que pourrait-on reprocher à un système de promotion de la santé qui réduirait efficacement les inégalités de santé et permettrait aussi que ce niveau de santé s'améliore constamment ?

Le rapport "La performance du système de santé belge - Rapport 2012"<sup>1</sup> vous propose une photographie de cette performance au travers de 74 indicateurs établis de manière rigoureuse par les chercheurs 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). Leur travail a été facilité et enrichi par l'implication de dizaines d'experts du monde académique et de la société civile. Les membres de l'administration et du monde politique ont suivi activement toutes les étapes de l'élaboration de ce rapport. Nous remercions vivement chacune et chacun pour cette participation qui renforce la crédibilité du résultat et va en améliorer l'appropriation par toutes les parties concernées.

Nous vous laissons découvrir le détail des points forts de notre système, tels que l'état de santé perçu par nos concitoyens ou la couverture vaccinale des enfants, qui sont autant de raisons d'être satisfaits d'efforts qui ne peuvent toutefois être relâchés. Il faut aussi être conscient que des domaines tels que le dépistage insuffisant de certains cancers ou le report de soins pour raisons financières exigent une attention soutenue et accrue. Il nous faudra également veiller aux multiples manifestations des inégalités entre catégories socioéconomiques ou régionales.

1 Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, Walckiers D, Dubois C, Camberlin C, Vlayen J, Van Oyen H, Léonard C, Meeus P. [La performance du système de santé Belge Rapport 2012](#). Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Report 196B. D/2012/10.273/111.

Toutefois, malgré tout le soin et la rigueur dont chaque indicateur a fait l'objet, ce rapport doit être interprété avec une certaine prudence. En effet, les dernières données disponibles remontent parfois à quelques années, notamment celles fournies par les enquêtes. Il faut également tenir compte du temps nécessaire pour que les effets d'interventions de santé publique se traduisent dans les chiffres. En effet, l'administration et le monde politique ont pris des mesures susceptibles d'améliorer la situation dans les domaines de l'offre médicale, de l'adéquation des soins ou de l'équité. Il faudra donc remettre régulièrement l'ouvrage sur le métier afin d'évaluer si le rythme auquel nous progressons sur le chemin de la performance est suffisant. Très probablement, de nouvelles données devront être enregistrées, certains indicateurs devront être modifiés ou remplacés. En matière de santé et de soins de santé, comme dans d'autres domaines de l'activité humaine, il existe très peu d'acquis, l'efficacité et l'équité seront toujours en devenir.



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".

## Table des matières

Introduction	1
Table des matières	3
I. Contexte, cadre conceptuel et objectifs	5
1. Contexte	5
2. Cadre conceptuel d'évaluation de la performance du système de santé belge	7
3. Les objectifs de ce rapport	9
a. Les objectifs stratégiques du processus d'évaluation de la performance du système de santé	9
b. Les objectifs généraux et opérationnels du rapport 2012	9
II. Forces et faiblesses du système de santé en Belgique	11
1. Comment interpréter les tableaux synoptiques présentant les résultats ?	11
2. État de santé	15
3. Accessibilité	17
4. Qualité des soins	23
a. Efficacité	23
b. Adéquation	27
c. Sécurité	31
d. Continuité des soins	33
e. Centralité du patient	37
5. Efficience du système de santé	39
6. Pérennité	41
7. Promotion de la santé	45
8. Équité et égalité	51
a. Inégalités socioéconomiques	52
b. Indicateurs contextuels de l'équité	55
9. Conclusions sur les forces et faiblesses	59

III. Le rapport 2012 sur la performance : utilité, valeur ajoutée et limitations	63
1. Quelle est l'utilité d'un rapport sur la performance du système de santé ?	63
2. Quelle est la valeur ajoutée de ce rapport comparée au précédent ?	63
3. Quelles sont les limitations de ce rapport ?	65
a. La performance, mais en fonction de quel objectif ?	65
b. Prendre des décisions sur base de données obsolètes ?	66
c. Une vision plus globale, mais certaines lacunes subsistent	66
IV. Conclusion générale	70
V. Références	72
VI. Recommandations	74

## I. Contexte, cadre conceptuel et objectifs

### 1. Contexte

La première “Évaluation de la Performance des Soins de Santé” (Health System Performance Assessment - HSPA) en Belgique a été publiée en juin 2010 (voir réf. 1 p. 72). Ce premier rapport comportait 2 sections principales. La première définissait un cadre conceptuel pour le HSPA belge sur base d'approches adoptées par d'autres pays, adaptées au contexte belge. Dans la seconde section, 55 indicateurs avaient été sélectionnés, dont 40 se sont révélés être mesurables. Les forces, faiblesses, évolutions au cours du temps et points d'action envisagés ont été discutés.

#### **Qu'est-ce qu'une Évaluation de la Performance du Système de Santé (HSPA) ?**

L'HSPA est un processus, spécifique à chaque pays, qui permet d'offrir un bilan global, une évaluation holistique du système de santé. En se basant sur des indicateurs chiffrés qui envoient des “signaux”, cet outil vise à contribuer à la planification stratégique du système de santé. Chaque HSPA est élaboré en fonction d'un cadre stratégique spécifique au pays en question (voir réf. 2 p. 72).

À l'issue de la publication de ce premier rapport, les commanditaires de l'HSPA belge ont souhaité la poursuite du projet, dans le but de procéder à une évaluation systématique du système de santé belge. Ils ont également demandé d'étoffer ce jeu d'indicateurs en y intégrant des indicateurs portant sur les domaines suivants: la promotion de la santé, la médecine générale, la santé mentale, les soins de longue durée, les soins aux personnes en fin de vie; ajouter des indicateurs portant sur la centralité du patient et sur la continuité des soins (deux sous-dimensions de la qualité); proposer des indicateurs permettant de mesurer l'équité du système de santé.

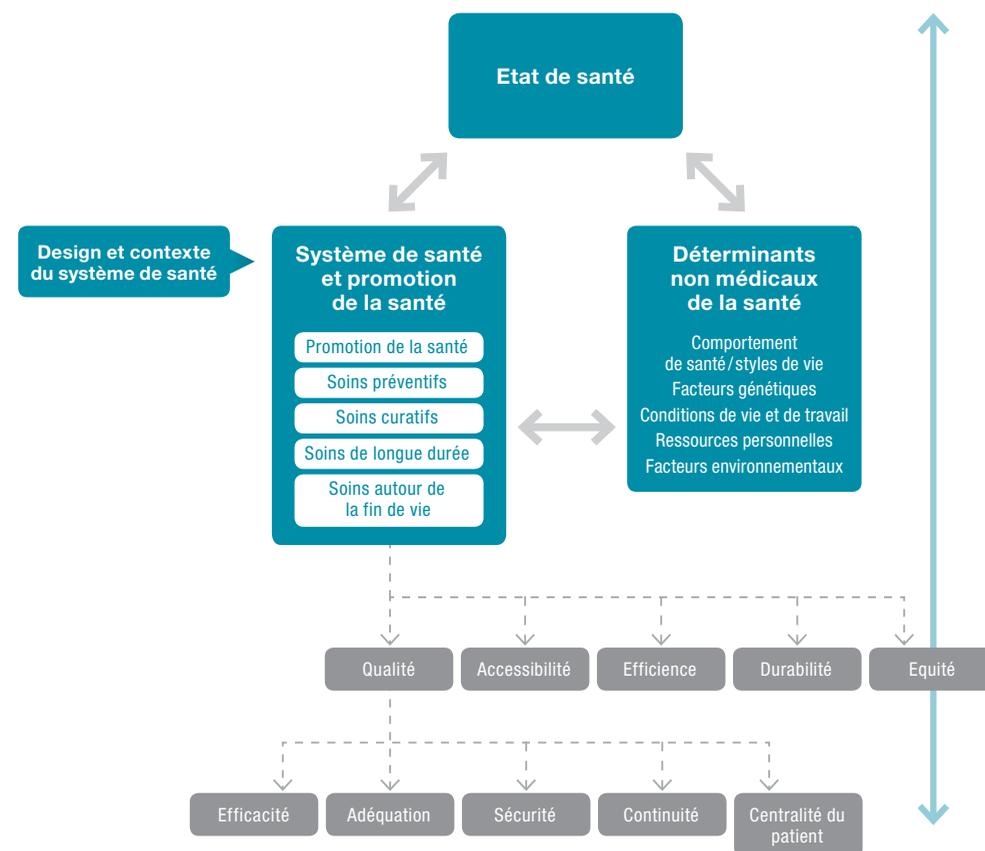
Le Rapport sur la Performance du Système de Santé 2012 présente le fruit de ce travail.

#### La Charte de Tallinn (2008), un engagement international visant à mesurer la performance des systèmes de santé en Europe

En juin 2008, les ministres de la Santé des 53 pays composant la région "Europe" de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont signé la "Charte de Tallinn sur les systèmes de santé pour la santé et la prospérité". Cette Charte contient sept engagements. Le troisième engagement porte sur la performance des systèmes de santé: "les États signataires s'engagent à promouvoir la transparence et à rendre des comptes au sujet de la performance des systèmes de santé grâce la publication de résultats mesurables" (voir réf. 3 p. 72).

## 2. Cadre conceptuel d'évaluation de la performance du système de santé belge

Figure 1 – Cadre conceptuel d'évaluation de la performance du système de santé belge<sup>2</sup>



<sup>2</sup> Ce rapport ne contient aucun chapitre spécifiquement consacré aux indicateurs sur les déterminants non-médicaux de la santé. Les indicateurs relatifs au mode de vie sont présentés dans le chapitre consacré à la promotion de la santé.

### 3. Les objectifs de ce rapport

L'évaluation systématique de la performance des systèmes de santé est un processus évolutif, jalonné par la publication des rapports HSPA. Les objectifs stratégiques peuvent être définis comme les objectifs à long terme de ce processus évolutif. Ces derniers doivent être différenciés des objectifs spécifiques et des sous-objectifs opérationnels de ce deuxième rapport.

#### a. Les objectifs stratégiques du processus d'évaluation de la performance du système de santé

Le processus HSPA poursuit trois objectifs stratégiques :

1. Informer les autorités de la santé quant à la performance du système, pour les aider à planifier les politiques de santé.
2. Rendre comptes, de manière transparente, de la performance du système de santé belge, conformément à l'engagement pris en signant la Charte de Tallinn.
3. Suivre les progrès de la performance du système de santé au fil du temps.

#### b. Les objectifs généraux et opérationnels du rapport 2012

Proposer et mesurer un jeu d'indicateurs couvrant tous les domaines et des dimensions choisies du système de santé en Belgique, en veillant à ce que le nombre d'indicateurs reste gérable (74 indicateurs dans ce rapport).

Quatre objectifs opérationnels ont été fixés :

1. Revoir les 55 indicateurs du rapport précédent, en portant une attention particulière aux 11 indicateurs pour lesquels aucune donnée n'était disponible en 2010<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Le nombre d'infirmières en exercice ; les coûts supplémentaires liées à la maladie chez les patients chroniques ; les prescriptions conformes aux guides de bonne pratique clinique ; le dépistage du cancer colorectal ; les dents cariées, manquantes ou obturées à l'âge de 12 ans ; le dépistage cardiovasculaire chez les personnes âgées de 45 à 75 ans ; le taux de survie à 5 ans après un diagnostic de cancer (du sein, du côlon, du col de l'utérus) ; la mortalité prématurée ; l'incidence des escarres dans les établissements de soins de longue durée et au sein de la population à risque.

2. Étoffer ce jeu d'indicateurs en y intégrant des indicateurs portant sur les domaines suivants : la promotion de la santé, la médecine générale, la santé mentale, les soins de longue durée, les soins aux personnes en fin de vie ; ajouter des indicateurs portant sur la centralité du patient et sur la continuité des soins (deux sous-dimensions de la qualité) ; proposer des indicateurs permettant de mesurer l'équité du système de santé.
3. Mesurer les indicateurs choisis, ou quand ce n'est pas possible, identifier les lacunes en terme de disponibilité des données.
4. Interpréter les résultats dans le but de fournir une évaluation globale de la performance du système de santé belge au moyen de différents critères, notamment une comparaison internationale.

**Le rapport sur la performance du système de santé belge** est un rapport de monitoring national. La Belgique y est notamment comparée à d'autres pays. A travers 74 indicateurs, le rapport sur la performance du système de santé belge s'efforce de mesurer l'accessibilité, la qualité, l'efficacité, la pérennité/durabilité et l'équité du système de santé belge. Il se veut une source d'informations globale pour les différents décideurs politiques compétents en matière de santé et de promotion de la santé.

## II. Forces et faiblesses du système de santé en Belgique

### 1. Comment interpréter les tableaux synoptiques présentant les résultats ?

Les résultats des 74 indicateurs sont présentés dans les tableaux synoptiques ci-dessous, par domaine et/ou dimension. Un chapitre distinct est consacré à la promotion de la santé.

Ces tableaux synoptiques contiennent les informations suivantes :

- Un pictogramme illustre l'évaluation globale des résultats de chaque indicateur. Cette évaluation résume divers critères : la valeur au niveau national, par rapport à d'éventuels objectifs nationaux ou internationaux ; l'évolution dans le temps ; les disparités régionales ou socioéconomiques. Notons que cette évaluation globale n'est possible que pour certains indicateurs.
- Dans la colonne "Belgique", la valeur de l'indicateur pour la Belgique est comparée aux résultats des pays de l'EU-15<sup>4</sup> (benchmarking international) et représentée au moyen d'un code de couleur.
- La colonne suivante contient l'année la plus récente pour laquelle les résultats sont disponibles. Cette information est importante pour les décideurs politiques, notamment pour éviter de prendre des décisions sur la base de données obsolètes, ainsi que pour favoriser le cas échéant la collecte d'informations plus récentes.
- L'évolution générale au cours des 5 dernières années disponibles est présentée ensuite (augmentation, diminution ou stabilité). Toutefois, l'importance des changements n'est pas illustrée.

4 EU-15 fait référence aux 15 États membres de l'Union européenne au 31 décembre 2003, à savoir : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et Suède.

- Les dernières colonnes présentent, quand c'est possible, des résultats par sous-groupes : sexe, statut socioéconomique (faible ou élevé)<sup>5</sup> et région (Wallonie, Flandre et Bruxelles). Dans ces analyses par sous-groupes, des couleurs aident le lecteur à mieux appréhender l'ampleur des différences. Pour ce qui concerne la comparaison régionale, il convient de tenir compte du contexte spécifique de la Région de Bruxelles-Capitale. Cette région se compose exclusivement d'une grande agglomération urbaine, tandis que les deux autres régions du pays se composent d'environnements urbains, suburbains et ruraux.
- Enfin, les domaines dans lesquels des études complémentaires doivent être menées sont indiqués au moyen du symbole .

#### Source des données

Ce rapport utilise autant que possible les données disponibles en routine (telles que les bases de données administratives, les registres nationaux ou les enquêtes récurrentes) : le Résumé hospitalier minimal (RHM), l'Échantillon permanent (EPS), les bases de données de l'INAMI (doc N, Pharmanet), le Registre belge du Cancer, les données de surveillance des infections nosocomiales, l'enquête de santé par interview (Health Interview Survey - HIS), les études de vaccination et la base de données de la "Direction Générale Statistique et Information économique" (DGSIE).

5 Selon la source des données, le statut socioéconomique est mesuré soit par le niveau d'études, soit par le droit au remboursement majoré des dépenses de santé.

## Légende des tableaux synoptiques

Évaluation globale		Comparaison internationale (EU-15) La Belgique se situe <sup>1</sup> parmi les pays obtenant:	Risques relatifs en fonction du genre, du statut socioéconomique et de la région
	Résultats très mauvais	Les moins bons résultats	Très grandes différences entre les groupes : les résultats sont au moins deux fois plus mauvais ou moitié moins bons dans le groupe comparé que dans le groupe de référence <sup>2</sup>
	Résultats mauvais	Des résultats inférieurs à la moyenne	Grandes différences entre les groupes : les résultats sont au moins 50% meilleurs ou moins bons
	Résultats moyens	Des résultats moyens	Différences moyennes entre les groupes : les résultats sont de 20% à 50% meilleurs ou moins bons
	Bons résultats	Des résultats supérieurs à la moyenne	Différences ténues ou nulles entre les groupes : les résultats sont meilleurs ou moins bons de 20% au maximum
	Très bons résultats (tous les critères sont rencontrés)	Les meilleurs résultats	Paramètre non pertinent pour cet indicateur
	Des données/études complémentaires sont nécessaires		Données non disponibles

<sup>1</sup> Les quintiles sont calculés sur la base des résultats de tous les pays.

<sup>2</sup> Groupe de référence : le statut socioéconomique le plus élevé, le genre (femmes/hommes) affichant les meilleurs résultats, la région (Wallonie, Flandre, Bruxelles) ayant obtenu les meilleurs résultats. Exemples fictifs : Deux fois plus mauvais : 20% de fumeurs dans le groupe socioéconomique faible par rapport à 10% de fumeurs dans le groupe socioéconomique élevé OU moitié moins bons : 13% d'alimentation équilibrée dans le groupe socioéconomique faible par rapport à 26% d'alimentation équilibrée dans le groupe socioéconomique élevé.

## 2. État de santé

Quatre indicateurs généraux de l'état de santé ont été choisis comme des résultats globaux et très distaux de l'efficacité du système de santé et de la promotion de la santé, à côté de tous les autres déterminants de la santé.

Pour ces quatre indicateurs, on observe une évolution positive dans le temps (Tableau 1). L'espérance de vie est légèrement inférieure à la moyenne EU-15 (de 0,7 années). La mortalité infantile et l'espérance de santé (définie comme le nombre d'années de vie sans limitation fonctionnelle à partir d'un âge donné) se situent dans la moyenne des résultats de l'EU-15. Le pourcentage de personnes qui considèrent leur santé comme assez bonne (ou très bonne) est supérieur à la moyenne EU-15. On observe de grandes différences entre les femmes et les hommes pour l'espérance de vie, mais pas pour l'espérance de santé: Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais vivent davantage d'années avec des limitations fonctionnelles, et elles considèrent leur santé comme moins bonne. Tous les paramètres sont moins bons pour les groupes socioéconomiques plus faibles. En termes de régions, les résultats sont meilleurs en Flandre, hormis pour la mortalité infantile.

Tableau 1 - Indicateurs généraux de l'état de santé

Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	M	F	Socio faible	Socio élevé	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Espérance de vie (en années)	☹️	80,0	2010	augmentation	77,4	82,6	M : 47,6 <sup>1</sup> F : 54,0	M : 55,0 F : 59,9	80,9	78,5	80,0
Espérance de santé (à 25 ans, en années)	☹️	41,0 <sup>2</sup>	2008	augmentation	41,3	41,2	M : 27,7 F : 28,9	M : 46,3 F : 47,1	M : 43,7 F : 42,3	M : 37,4 F : 39,1	M : 38,5 F : 40,6
État de santé perçu (% en bonne ou très bonne santé)	😊	76,8	2008	augmentation	79,5	74,3	57,4	85,7	78,6	73,7	74,3
Taux de mortalité infantile (nombre de décès/ 1000 enfants nés vivants)	☹️	3,5	2010	diminution	4,2	3,4			4,0	3,1	4,6

<sup>1</sup> L'espérance de vie par statut socioéconomique est présentée ici à l'âge 25 ans.

<sup>2</sup> La comparaison internationale est basée sur l'espérance de santé à la naissance.

<sup>3</sup> Le code couleur utilisé pour les différences sociodémographiques en termes d'espérance de vie et d'espérance de santé n'est pas basé sur le risque relatif (comme pour les autres indicateurs), mais sur l'ampleur des différences absolues : orange clair = 1 à 2 ans de différence, orange foncé = 2 à 6 ans de différence, rouge = plus de 6 ans de différence.

### 3. Accessibilité

L'accessibilité est définie comme la facilité avec laquelle les patients peuvent avoir recours aux prestations de santé, en termes d'accès physique (répartition géographique), de coût, de temps d'accès et de disponibilité de personnel qualifié (voir réf. 4 p. 72). L'accessibilité est une condition préalable à la qualité et à l'efficacité d'un système de santé.

Treize des septante-quatre indicateurs évaluent l'accessibilité du système de santé. Ils sont regroupés par thèmes : disponibilité des soignants, accessibilité financière, couverture des mesures préventives, accessibilité aux soins de longue durée et moment de début des soins palliatifs en fin de vie.

#### **Disponibilité des soignants : médecins et infirmières en activité**

Des efforts considérables ont été consentis pour quantifier les effectifs du personnel soignant en Belgique (médecins et infirmières en activité). Pour preuve l'ajout de ces deux indicateurs, pour lesquels nous ne disposons pas de résultats complets dans le précédent rapport. Cependant, ces indicateurs ne suffisent pas à déterminer si l'effectif soignant disponible est suffisant pour répondre aux besoins de la population.

#### **Accessibilité financière**

Malgré la couverture par l'assurance santé universelle et l'existence de multiples filets de sécurité sociaux (maximum à facturer, Omnio, Fonds Spécial de Solidarité), 14% des ménages déclarent avoir été contraints de différer certains soins de santé (soins médicaux, intervention chirurgicale, médicaments, lunettes/lentilles, soins de santé mentale) pour des raisons financières. Ce pourcentage est en augmentation depuis la fin des années 90. Par ailleurs, la contribution des patients à l'ensemble des dépenses de santé en Belgique se monte à 19%, soit sensiblement plus que la moyenne EU-15, qui est de 15%.

#### **Couverture des mesures préventives**

La Belgique peut certainement faire mieux en terme de couverture des mesures préventives.

La couverture du dépistage du cancer du sein (60%) est nettement en deçà de la moyenne EU-15 (68,3%). Ce pourcentage reste stable depuis 5 ans, malgré l'existence d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein. D'autre part, les différences entre les régions sont marquées, ce qui peut susciter des questions quant à l'efficacité du programme de dépistage. La couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus (62%) présente peu de disparités régionales. Les résultats sont proches de la moyenne EU-15, mais restent médiocres par rapport à l'objectif de 80%, communément accepté en Europe. On n'observe pas non plus d'évolution notable de cette couverture.

La couverture du dépistage du cancer du côlon ne peut encore être présentée, car le programme de la Communauté française n'a été lancé que très récemment.

En termes de vaccination contre la grippe des personnes âgées, l'objectif de l'OMS (75%) n'est pas atteint et cette couverture ne progresse que très lentement.

La Belgique obtient en revanche de bons résultats pour la vaccination des enfants.

#### **Accessibilité des soins de longue durée**

Le nombre de lits dans les établissements de soins résidentiels n'a pas évolué au cours de la dernière décennie, avec 70 lits par 1.000 personnes âgées de 65 ans ou plus. Dans l'ensemble, ce nombre est nettement plus élevé en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre.

Les soignants informels, qui sont définis comme "les personnes assistant les personnes âgées dans leurs activités courantes de la vie quotidienne (ACVQ) pendant au moins une heure par semaine", représentent un maillon important des soins de longue durée (voir réf. 5 p. 72). Le pourcentage de la population âgée de 50 ans et plus et faisant partie de ces soignants informels varie de 8% en Suède à 16,2% en Italie. Le chiffre belge de 12,1% est légèrement supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE (11,7%). Ce résultat doit toutefois être contextualisé, car il dépend du mode de vie, des valeurs sociétales et de l'existence de mesures spécifiques d'encouragement à rester à la maison.

Aucune donnée relative aux besoins des patients n'étant actuellement disponible, ces deux indicateurs restent insuffisants pour évaluer l'accessibilité des soins à long terme.

### Moment de début des soins palliatifs

Le début des soins palliatifs est parfois différé jusqu'à ce que le patient se retrouve en phase terminale. Ce délai peut être la conséquence soit de problèmes de disponibilité des soins palliatifs, soit d'une décision trop tardive d'y avoir recours. Dans 20% des cas, les patients sont décédés dans la semaine de la demande du forfait pour soins palliatifs auprès de leur mutuelle, ce qui semble indiquer une décision trop tardive. Il serait utile d'obtenir plus de données sur cet indicateur (évolution au cours du temps, différences régionales).

Tableau 2 - Indicateurs évaluant l'accessibilité aux soins de santé												
	Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	M	F	Socio faible	Socio élevé	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Force de travail	Densité (par 1.000 habitants) de :	▲ R										
	- médecins en activité		2,9	2010	stable							
	- infirmières en activité		9,9 <sup>1</sup>	2009								
Accessibilité financière	Couverture de la population par l'assurance santé (%)	☹	99,0	2010	stable							
	Tickets modérateurs et contribution des patients (% des dépenses totales de santé)		19,4	2010	stable							
	Report de contacts avec les services de santé pour raisons financières (%)		14	2008	augmentation			27,0	4,0	11,0	14,0	26,0

<sup>1</sup> Les données de l'OCDE relatives aux effectifs des infirmières ne sont pas comparables entre pays.

Tableau 2 - Indicateurs évaluant l'accessibilité aux soins de santé (suite)												
	Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	M	F	Socio faible	Socio élevé	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Couverture des mesures préventives	Dépistage du cancer	☹️										
	- Sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)		60,1	2010	stable			48,6	62,9	64,9	55,3	51,9
	- Col de l'utérus (% des femmes âgées de 25 à 64 ans)		61,8	2010	stable			48,9	64,2	61,0	64,6	63,6
	Couverture vaccinale infantile	😊										
	-% DTP-Hib (3)		97,9	2009	augmentation					98,3	96,9	98,6
	-% ROR (1)		94,5	2009	augmentation					96,3	92,4	91,1
	Couverture vaccinale contre la grippe (% des 65 ans et plus)	☹️	65,0 <sup>2</sup>	2009	augmentation			63,5	46,3	65,8	60,9	59,2
Soins de longue durée	Densité de lits en maisons de repos et de soins (par 1.000 personnes âgées de plus de 65 ans)	⚠️	70,3 <sup>3</sup>	2011	stable					58	83	101
	Soignants informels (% de la population âgée de plus de 50 ans)		12,1	2007								
Timing des soins palliatifs	Décès durant la première semaine de soins palliatifs (%)	⚠️	(20,0) <sup>4</sup>	2006								

<sup>2</sup> Valeurs nationales basées sur la HIS, disparités socioéconomiques basées sur l'EPS.  
<sup>3</sup> Valeurs et comparaison internationale basées sur des données de 2010.  
<sup>4</sup> Données nationales indisponibles. Valeur basée sur une seule étude des Mutualités Chrétiennes.  
DTP-Hib (3) Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Haemophilus Influenzae B (taux de couverture pour la troisième dose); ROR (1) Rougeole-Oreillons-Rubéole (première dose).

#### 4. Qualité des soins

La qualité est définie comme “la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d’augmenter la probabilité d’obtenir les effets souhaités sur la santé, conformément à l’état actuel des connaissances” (voir réf. 6 p. 72). La qualité des soins est subdivisée en cinq sous-dimensions : l’efficacité, l’adéquation, la sécurité, la continuité des soins et la centralité du patient.

##### a. Efficacité

L’efficacité est définie comme “la mesure selon laquelle les résultats souhaités sont atteints, pour toutes les personnes qui pourraient en profiter mais à l’exclusion de celles qui n’en tireraient aucun avantage”.

Les indicateurs d’efficacité sont donc des indicateurs de résultats. Sept indicateurs ont été choisis pour évaluer l’efficacité des soins de santé : le taux de survie après cancer du sein, du col de l’utérus ou colorectal, le taux d’hospitalisation pour asthme, ainsi que trois nouveaux indicateurs de santé mentale : le nombre de suicides par 100.000 habitants (ce qui est également un indicateur de l’état de santé de la population), le taux d’emploi de personnes souffrant d’un trouble de santé mentale par rapport au taux d’emploi de personnes souffrant d’autres handicaps (tels que musculo-squelettiques), ainsi que le pourcentage d’hospitalisations psychiatriques non volontaires (colocations) par rapport à l’ensemble des hospitalisations psychiatriques.

La survie après un cancer du sein et du colon est bonne, en comparaison aux autres pays européens. L’évolution des taux de survie n’est pas encore disponible à ce jour.

Les taux hospitalisations pour cause d’asthme – reflétant un échec des prestations ambulatoires – sont légèrement plus élevés (donc moins bons en terme d’efficacité) que la moyenne EU-15.

Pour les indicateurs d’efficacité en soins de santé mentale, on observe un taux de suicide extrêmement élevé par rapport aux autres pays européens. Toutefois, le taux de suicide dépend également de facteurs personnels et sociétaux, et n’est donc qu’un qu’un indicateur indirect

de l’efficacité des soins de santé mentale. Quoi qu’il en soit, les résultats indiquent qu’une action concertée est requise pour réduire le taux de suicide en Belgique. Le deuxième indicateur, le taux d’emploi des personnes souffrant de troubles mentaux comparé aux taux d’emploi de personnes atteintes d’autres handicaps, est difficile à interpréter et montre la nécessité de récolter d’autres données. Le dernier indicateur montre qu’au cours des dernières années, le pourcentage d’hospitalisations psychiatriques non volontaires (colocations) a augmenté.

Le pourcentage plus important constaté à Bruxelles doit s’interpréter avec prudence (en effet, ces disparités pourraient être liées à un phénomène urbain et non régional).

Tableau 3 - Indicateurs évaluant l'efficacité des soins												
	Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	M	F	Socio faible	Socio élevé	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Soins curatifs	Taux de survie relative à 5 ans	😊										
	- Cancer du sein		88,0	2008 <sup>2</sup>						87,6	88,8	88,0
	- Cancer du col de l'utérus		69,8	2008 <sup>2</sup>						70,6	69,1	67,7
	- Cancer du côlon		M : 62,3 <sup>1</sup> F : 64,6	2008 <sup>2</sup>		62,3	64,6			M : 62,5 F : 64,5	M : 62,5 F : 64,9	M : 59,9 F : 64,3
	Hospitalisations pour asthme (/100 000 sujets 15+)	😞	48,4 <sup>3</sup>	2009 <sup>2</sup>	stable	28	52					
Santé mentale	Taux de suicide (nombre/100.000 personnes)	⚠️	18,6	2008 <sup>4</sup>	stable	28	10			17	24	14
	Taux d'emploi des patients souffrant de troubles mentaux <sup>5</sup>		0,7	2002 <sup>6</sup>								
	Hospitalisations forcées (colocations) (en % de toutes les hospitalisations psychiatriques)		8	2009	augmentation					8	7	14

<sup>1</sup> Résultats pour le cancer colorectal dans les Données de Santé de l'OCDE pour la Belgique.  
<sup>2</sup> Dernières données disponibles pour la Belgique dans les Données de Santé de l'OCDE : 2004 (cette année a servi de base à la comparaison internationale).  
<sup>3</sup> Le résultat tiré des Données de Santé de l'OCDE, avec ajustement en fonction de l'âge. Le taux belge non ajusté est de 40/100.000.  
<sup>4</sup> Dernières données disponibles pour la Belgique dans les Données de Santé de l'OCDE : 2005 (cette année a servi de base à la comparaison internationale).  
<sup>5</sup> Rapport entre le taux d'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux et celui de personnes atteintes d'autres handicaps.  
<sup>6</sup> Résultats tirés de la dernière édition de l'Enquête sur les Forces de Travail de l'Union Européenne.

### b. Adéquation

L'adéquation peut être définie comme étant "la mesure selon laquelle les soins de santé dispensés sont adaptés aux besoins cliniques, compte tenu des meilleures preuves disponibles".

La relation entre l'efficacité et l'adéquation est le reflet de la relation entre les résultats et les processus de soins.

Huit indicateurs ont été choisis pour mesurer l'adéquation des soins. En général, leurs résultats sont plutôt mauvais, plus particulièrement pour ce qui concerne le dépistage non approprié du cancer du sein (hors de la population cible) ou le respect des guides de bonne pratique clinique (pour les antibiotiques ou le suivi des patients diabétiques).

La proportion de naissances par césarienne est en progression et se caractérise par une grande variabilité entre hôpitaux.

Deux indicateurs portent sur la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques par l'ensemble de la population. Tous deux révèlent que cette consommation, déjà supérieure à la moyenne EU-15, est en augmentation.

Enfin, un indicateur de l'agressivité des soins aux personnes en fin de vie a été utilisé (l'utilisation des chimiothérapies en fin de vie des patients cancéreux), mais ses résultats sont difficiles à interpréter sans norme de référence, comparaison à d'autres pays, ou évolution au cours du temps.

Tableau 4 - Indicateurs de l'adéquation des soins												
Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	M	F	Socio faible	Socio élevé	Flandre	Wallonie	Bruxelles	
Mammographies en dehors du groupe cible (%)	☹											
- Femmes âgées de 40-49 ans		35,5	2010	stable			28,6	36,6	28,6	46,6	47,7	
- Femmes âgées de 71-79 ans		20,8	2010	augmentation			16,2	23,2	16,4	27,7	31,2	
Antibiotiques (% amoxicilline comparée à l'amoxicilline seule ou associées à l'acide clavulanique)	☹	44,9	2008	stable	46,4	51,1	44,4	49,4	46,0	42,8	47,1	
Suivi correct des patients diabétiques (%) <sup>1</sup>	☹	54	2008	stable	54	55	48	58	57	52	48	
Césariennes (par millier de naissances vivantes)	☹	193	2009	augmentation								
Prescription de (quantité journalière moyenne/1.000 personnes)	⚠											
- Antidépresseurs		68,4	2010	augmentation	43,1	92,8			60,6	85,8	57,1	
- Antipsychotiques		10,5	2010	augmentation	10,8	10,3			9,6	11,9	11,7	
Patients souffrant du cancer bénéficiant de chimiothérapie durant les 14 derniers jours de leur vie (%)	⚠	(12%/ 23%) <sup>2</sup>	2005									

<sup>1</sup> Patients diabétiques adultes se soumettant régulièrement à des examens rétinien et sanguins (%).

<sup>2</sup> Des patients décédés à leur domicile/à l'hôpital. Absence de données nationales. Valeurs tirées d'une seule étude des Mutualités Chrétiennes.

### c. Sécurité

La sécurité des soins est définie comme “la mesure selon laquelle le système ne porte pas préjudice au patient”.

Six indicateurs évaluent la sécurité des soins. Leurs résultats sont moyens : l'exposition aux radiations médicales reste trop élevée (mais avec un début de diminution en 2011), régression importante des infections nosocomiales au MRSA (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline); diminution de la mortalité intra-hospitalière après une fracture de la hanche; et incidence stable de la septicémie postopératoire et de la prescription d'antidépresseurs anticholinergiques aux patients plus âgés. Seule l'incidence des escarres chez les patients hospitalisés est en augmentation.

Tableau 5 - Indicateurs évaluant la sécurité des soins											
Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	M	F	Socio faible	Socio élevé	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Exposition de la population belge aux radiations d'origine médicale (MSv/capita)	☹️	2,2	2011	modeste diminution en 2011							
Incidence du MRSA nosocomial (par millier d'admissions)	😬	1,5	2010	diminution					1,2	2,2	1
Incidence de la septicémie postopératoire (/100.000 sorties)	😬	1.224	2007	stable							
Incidence des escarres chez les patients hospitalisés (%)	😬 ⚠️	16,8	2007	augmentation							
Mortalité intra-hospitalière après une fracture de la hanche (%)	😬	6,3	2007	diminution	1,84 <sup>1</sup>						
Prescription d'antidépresseurs anticholinergiques (% des patients 65+ prenant des antidépresseurs)	😬	14	2010	stable	13	14			17	11	10

<sup>1</sup> OR Odds Ratio.

#### d. Continuité des soins

Le concept de continuité des soins recouvre différentes dimensions, telles que la continuité de l'information entre les soignants, la planification des contacts, l'aspect relationnel des contacts patient/généraliste, ainsi que la coordination entre les soignants et les organisations. Le set actuel de 7 indicateurs permet de tirer des conclusions pour chacune de ces dimensions, ce qui représente une avancée significative par rapport au rapport précédent sur la performance.

Contrairement aux indicateurs communément utilisés sur l'état de santé ou sur l'efficacité des soins, on peut difficilement comparer la Belgique à d'autres pays en matière de coordination des soins. En effet, certains indicateurs sont spécifiques à notre système de soins de santé, tels que le dossier médical global ou la consultation multidisciplinaire en oncologie (COM). D'autres indicateurs sont bien décrits dans la littérature scientifique, tels que l'indice UPC (prestataire de soins habituel-Usual Provider of Care)<sup>6</sup>, mais rares sont les pays disposant des données pour le mesurer.

Un seul résultat, l'indice UPC, peut être considéré comme positif, et laisse supposer d'une bonne qualité relationnelle avec son médecin traitant habituel. Des résultats moyens sont enregistrés dans les indicateurs "contact avec le médecin généraliste endéans les 7 jours après hospitalisation" et "tenue d'une COM". Des résultats négatifs sont observés en termes d'utilisation du dossier médical global et de réadmissions en hôpital psychiatrique. Ce dernier indicateur est le seul à faire l'objet d'une collecte de données par l'OCDE; il concerne spécifiquement la santé mentale.

<sup>6</sup> L'indice UPC (prestataire de soins habituel – Usual Provider of Care) est la proportion des contacts d'un patient qui a lieu avec son médecin généraliste habituel. Lorsque l'indice est de "1", le patient a toujours consulté le même médecin généraliste. L'indicateur exprime le pourcentage de patients dont l'indice UPC est égal ou supérieur à 0,75, c'est-à-dire dont au moins les trois quarts des contacts se sont faits avec leur médecin généraliste habituel.

Tableau 6 - Indicateurs évaluant la continuité et de la coordination des soins												
Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	M	F	Socio faible	Socio élevé	Flandre	Wallonie	Bruxelles	
Patients disposant d'un dossier médical global (%)	☹️	47	2010	augmentation	42	50	54	44	58	32	29	
Patients diagnostiqués avec un cancer et bénéficiant d'une consultation oncologique multidisciplinaire (COM) (%)	😬	68,8	2008	augmentation					73,8	62,7	55,7	
Contact avec le médecin généraliste dans la semaine de la sortie de l'hôpital (% des sujets 65+)	😬	58,4	2009	stable	55,4	60,8	64,2	54,6	60,6	57,8	42,5	
Proportion de contacts avec le médecin généraliste habituel (%) (Indice UPC <sup>3</sup> )	😊	71,4	2010	stable	72,1	71,2	76,7	70,5	70,8	74,4	65,9	
Réadmission dans le même hôpital psychiatrique, dans les 30 jours de la sortie (%)	☹️											
- diagnostic de schizophrénie		20,2	2009 <sup>1</sup>	augmentation					25,2	17,2	10,2	
- diagnostic de trouble bipolaire		15,6	2009 <sup>1</sup>	stable					19,7	13,4	7,1	
Patients ayant eu au moins un contact avec leur médecin généraliste durant leur dernière semaine de vie (%)	⚠️	(72%) <sup>2</sup>	2005									

<sup>1</sup> Données belges les plus récentes. Les données de l'OCDE les plus récentes pour la Belgique datent de 2007.

<sup>2</sup> 72% des personnes décédées à leur domicile ont eu un contact avec leur médecin généraliste durant leur dernière semaine de vie (données nationales indisponibles, chiffres tirés d'une seule étude des Mutualités Chrétiennes).

<sup>3</sup> L'indice UPC (Usual Provider of Care) est la proportion des contacts avec le médecin généraliste habituel d'un patient. L'indice "1" indique que le patient a toujours été en contact avec le même médecin généraliste. L'indicateur utilisé présente le pourcentage de patients dont l'indice UPC est au moins de 0,75 (ce qui signifie qu'ils ont eu au moins 3 contacts sur 4 avec leur médecin généraliste habituel).

### e. Centralité du patient

La centralité du patient est définie comme “la mesure selon laquelle la prestation de soins respecte les besoins, valeurs et préférences individuels du patient”. Le rapport précédent ne contenait aucun indicateur de la centralité du patient. Une recherche approfondie de données et indicateurs a été entreprise, à l’issue de laquelle trois indicateurs peuvent être présentés. Ce faible nombre d’indicateurs reflète une réelle carence en données. En outre, les rares indicateurs mesurables ne fournissent que des informations parcellaires sur un sujet complexe.

Les résultats attestent d’une satisfaction générale des patients quant aux différents services de soins de santé.

Une seule étude a été en mesure de fournir des informations sur la question centrale qu’est la maîtrise de la douleur, étude dans laquelle les performances de la Belgique sont relativement faibles par rapport à d’autres pays.

L’indicateur relatif à l’endroit du décès révèle une évolution positive (le nombre de patients qui décèdent à l’hôpital est en diminution), qui s’assortit toutefois de différences considérables en fonction du statut socioéconomique.

Tableau 7 - Indicateurs évaluant de la centralité du patient dans le système de santé											
Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	M	F	Socio faible	Socio élevé	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Satisfaction quant aux services de soins de santé (% de patients “satisfaits” ou “très satisfaits”)	😊😊	>90% <sup>2</sup>	2008				aucune différence		plus élevée	plus faible	la plus faible
Douleur toujours maîtrisée durant l’hospitalisation (% de patients)	⚠️	(41,0) <sup>3</sup>	2009								
Personnes décédant à leur domicile habituel (% de personnes décédées)	😞	(45,1) <sup>1</sup>	2007	augmentation			4		45,1 <sup>1</sup>		45,1 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Données nationales pas encore disponibles. Les résultats pour la Flandre et Bruxelles sont groupés.  
<sup>2</sup> Le degré de satisfaction est supérieur à 90% pour les contacts avec les médecins généralistes, les dentistes, les spécialistes et les services de soins à domicile. Le degré de satisfaction n’est légèrement inférieur (87%) que pour les hôpitaux.  
<sup>3</sup> Résultats tirés d’une seule étude, dans le cadre du projet RN4cast.  
<sup>4</sup> Fondé sur une étude des Mutualités Chrétiennes et sur d’autres publications.

## 5. Efficience du système de santé

L'efficience est définie comme étant "la mesure selon laquelle la quantité correcte de ressources (budgets, temps et personnel, notamment, l'"input") 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 (l'"output")" (voir réf. 4 et 7 p. 72).

Trois indicateurs ont été retenus pour évaluer l'efficience du système de santé. À l'instar des autres pays européens, la tendance en Belgique est à une utilisation plus efficiente des services de soins. Cette tendance est confirmée par l'évolution des trois indicateurs: une augmentation de la prescription de médicaments "bon marché", une augmentation des interventions chirurgicales de jour, ainsi que la réduction de la durée du séjour en hôpital après un accouchement normal (qui est un indicateur plus comparable entre pays que la durée d'hospitalisation totale). Cette dernière reste toutefois supérieure à la moyenne EU-15.

D'autres indicateurs analysés dans ce rapport fournissent également des indications quant à l'efficience du système. Ainsi, l'augmentation du nombre de patients disposant d'un dossier médical global peut être de nature à réduire le nombre d'examen redondants. D'autres indicateurs révèlent toutefois des tendances moins positives. Le fait par exemple que la moitié des dépistages du cancer du sein s'effectue en dehors du programme national suscite des questions quant à son efficience. Une variabilité inexplicée des prestations de soins peut également être un signe de manque d'adéquation, une dimension directement liée à l'efficience. C'est le cas par exemple pour la grande variabilité du taux de césariennes.

Tableau 8 - Indicateurs de l'efficacité des soins											
Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	M	F	Socio faible	Socio élevé	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Proportion de chirurgie de jour (%)	😊	46,2	2008	augmentation							
Durée d'hospitalisation moyenne après un accouchement normal (en jours)	😞	4,3	2008	diminution							
Prescription de médicaments "bon marché" (% de DDD par rapport au total, en ambulatoire)	😊	46,0	2010	augmentation					46,2	45,9	45,3
Autres indicateurs analysés dans la section "Adéquation des soins"	😞 ⚠️										

DDD = dose quotidienne déterminée (Defined Daily Dose).

## 6. Pérennité

La pérennité (ou durabilité) est définie comme étant la capacité du système à :

- Offrir et maintenir des infrastructures comme du personnel (par exemple par la formation et l'enseignement), des structures et de l'équipement
- Être innovant
- Répondre aux besoins émergents
- Rester financé durablement par des recettes collectives.

Des indicateurs spécifiques ont été choisis pour chacun des quatre éléments de la définition. Le dernier indicateur (% du PNB alloué aux dépenses totales de santé) est un indicateur générique de la pérennité financière.

Les résultats sont parfois négatifs (faible capacité du système à remplacer la cohorte de médecins généralistes qui vieillit et qui arrive bientôt à l'âge de la retraite) et parfois moyens (nombre de journées d'hospitalisation en hôpitaux aigus par habitant; utilisation encore insuffisante du dossier médical électronique par les médecins généralistes). Les autres indicateurs ne peuvent pas être interprétés sans disposer de données relatives aux besoins (infirmières diplômées). En termes de pourcentage du PIB, les dépenses totales en soins de santé représentaient 10,5% en 2010. En termes absolus, ce montant était de 27,6 milliards EUR en 2003 et 37,3 milliards EUR en 2010.

Tableau 9 - Indicateurs de la pérennité du système de santé						
Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	Néerlandophones <sup>1</sup>	Francophones <sup>1</sup>
% de diplômés en médecine devenant généralistes	☹️	30,1	2009	diminution	29,2	31,0
Âge moyen des médecins généralistes		51,4	2009	augmentation	51	52
Infirmières diplômées (par 1.000 habitants) <sup>2</sup>	⬆️	41,7	2010	stable		
% des médecins généralistes utilisant un dossier médical électronique	☹️ ⬆️	74,0	2010	augmentation	83,7	62,5
Nombre de journées d'hospitalisation en hôpitaux aigus (par habitant) <sup>3</sup>	☹️	1,2	2009	stable		
Proportion des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (% du PIB)		10,5	2010	augmentation		

<sup>1</sup> Pour cette série d'indicateurs, les données ne sont pas disponibles par région, mais par langue (francophones ou néerlandophones).  
<sup>2</sup> Cet indicateur doit être interprété conjointement avec l'indicateur de la densité en infirmières diplômées (dans le chapitre consacré à l'accessibilité).  
<sup>3</sup> Cet indicateur doit être interprété conjointement avec l'indicateur relatif au pourcentage de chirurgies de jour (dans le chapitre consacré à l'efficacité).  
 PIB : produit intérieur brut

## 7. Promotion de la santé

Pour différentes raisons, il n'a pas été possible de présenter dans le cadre du présent rapport un aperçu complet de la performance en termes de promotion de la santé :

1. La promotion de la santé, définie comme "le processus qui consiste à conférer aux patients davantage de maîtrise sur leur santé afin d'améliorer leur santé", est un concept très large. Ses axes stratégiques (définis dans la Charte d'Ottawa) portent sur des responsabilités situées essentiellement en dehors du système des soins de santé, et même au-delà du système de santé<sup>7</sup>. Un grand nombre d'indicateurs structurés au sein d'un cadre conceptuel spécifique seraient nécessaires.
2. La plupart des indicateurs qui seraient nécessaires pour évaluer la promotion de la santé ne sont pas opérationnels. Certains requièrent un travail de développement complémentaire, d'autres doivent être adaptés au contexte belge/régional.
3. Les données disponibles sont rares.
4. Les indicateurs conventionnels de résultats liés à la santé ou aux comportements de santé, aisés à mesurer mais représentent une vision réductrice de la promotion de la santé. Ce sont des résultats distaux, qui sont influencés tant par la promotion de la santé que par d'autres facteurs. De nombreux autres indicateurs, assortis de leurs valeurs et d'un certain benchmarking, sont requis pour piloter les politiques de santé.

<sup>7</sup> Les cinq axes de la Charte d'Ottawa sont les suivants :

- élaborer de politiques publiques saines (il appartient aux autorités de la santé d'intégrer la santé dans toutes les politiques)
- créer des environnements propices (cadres de vie)
- développer les aptitudes individuelles
- renforcer l'action communautaire
- réorienter les services de santé

Les valeurs et dimensions principales de la promotion de la santé sont les suivantes : participation, autonomie, équité, pérennité, multistratégie et multisectorialité.

En conséquence, la performance en termes de promotion de la santé présentée dans le présent rapport au moyen de 15 indicateurs n'est que fragmentaire, comme illustré dans le Tableau 10.

Pour la plupart des indicateurs classiques de statut de santé et de style de vie, les chiffres nationaux ont des valeurs intermédiaires. Des disparités régionales et sociales sont observées, sous la forme de modes de vie plus propices à la santé en Flandre (à l'exception de la consommation d'alcool) et au sein des catégories socioéconomiques plus élevées.

Rares sont les indicateurs à avoir fait l'objet d'une comparaison internationale. On soulignera la problématique de l'obésité, qui est très présente, en progression et caractérisée par d'importantes disparités. Le tabagisme reste trop élevé (20% de fumeurs au quotidien) mais est néanmoins en régression. Il se caractérise également par de substantielles disparités sociales et régionales. La consommation de fruits et de légumes est largement inférieure aux besoins quotidiens, mais elle s'améliore. La consommation hebdomadaire d'alcool n'est pas très élevée, mais elle semble être en augmentation. Le degré de consommation d'alcool doit toutefois être interprété avec prudence, car il est particulièrement sensible au biais de désirabilité sociale. On observe peu de disparité sociale ou régionale pour l'indicateur, à l'exception d'un taux plus élevé de "consommation problématique" (tendance à l'assuétude) à Bruxelles, et plus de "binge drinking" chez les jeunes en Flandre.

Le taux de diagnostic de l'infection HIV en Belgique est en lente augmentation depuis quelques années. Ce pourcentage est de plus en plus nette augmentation parmi la population homosexuelle masculine. Nous ne présentons pas de comparaison internationale pour cet indicateur, dans la mesure où les résultats obtenus pour la population non belge peuvent inclure une proportion importante de cas "importés", ce qui n'est pas pertinent pour l'évaluation des politiques de promotion de la santé en Belgique.

On observe aussi que le manque de support social montre d'importantes disparités sociales et régionales. Ce niveau est en outre nettement plus élevé parmi la population âgée.

La Belgique se positionne dans la moyenne dans la Tobacco Control Scale (échelle des Politiques de Lutte contre le Tabagisme), qui compare les politiques publiques de différents pays visant à réduire la consommation de tabac.

Les autres indicateurs sont des indices visant à mesurer l'impact des politiques locales de promotion de la santé menées dans différents milieux de vie. Ils ne sont disponibles que pour la Flandre (via les études VIGeZ). Ces données sont difficiles à interpréter sans analyse approfondie. Les tendances observées au gré d'études successives semblent indiquer une amélioration de la culture de promotion de la santé dans les établissements scolaires (la culture de participation est relativement bonne), et l'offre d'activités physiques est en augmentation. Par contre, des politiques de promotion de la santé ne sont pas idéalement mises en œuvre dans de nombreuses communes.

**Tableau 10 - Indicateurs de la promotion de la santé**

Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	M	F	Socio faible	Socio élevé	Flandre	Wallonie	Bruxelles
Adultes en surpoids ou obèses (%)	☹️	46,9	2008	augmentation	53,7	40,4	57,8	40	47,1	48,9	39,8
Adultes obèses (%)		13,8	2008	augmentation	13,1	14,4	19,1	9,1	13,6	14,6	11,9
Dents cariées, manquantes, obturées à l'âge de 12-14 ans (moyenne)	☹️ ⚠️ R	1,3 <sup>4</sup>	2010								
Taux de diagnostic du VIH dans la population belge (/100.000 hab)	☹️	3,9	2010	augmentation	6,9	0,7			3,8	2,4	8,9
Fumeurs quotidiens (% 15+)	☹️	20,5	2008	diminution	23,6	17,7	22,1	13,1	18,6	24	22,3
Consommation d'alcool (% 15+)	☹️										
- Problématique <sup>1</sup>		10,2	2008	augmentation	13,1	7,3	11,5	11	9,5	10,7	14,4
- Surconsommation <sup>2</sup>		7,9	2008	stable	10,1	5,9	5,9	8,4	7,9	8,4	6,7
- Consommation ponctuelle immodérée <sup>3</sup>		8,1	2008		12,8	3,7	8,3	7,6	8,9	7	6,2

<sup>1</sup> Calculé sur la base de la population des personnes consommant de l'alcool (non abstinents) et du cut-off CAGE, 2+.

<sup>2</sup> Femmes 15+ ; Hommes 22+.

<sup>3</sup> Consommation ponctuelle de nombreuses boissons alcoolisées (≥6 boissons) au moins une fois par semaine.

<sup>4</sup> Certaines données sont disponibles, mais pour un nombre trop restreint de pays.

Tableau 10 - Indicateurs de la promotion de la santé (suite)												
Indicateur	Global	Belgique	Dernière année disponible	Évolution	M	F	Socio faible	Socio élevé	Flandre	Wallonie	Bruxelles	
Consommation quotidienne minimale de 200 g. de légumes et 2 fruits (%)	☹️	26,0	2008	augmentation	23,4	28,5	21,7	29,4	30,0	19,2	25,3	
Au moins 30 minutes d'activité physique par jour (%)	☹️	38,1	2008	stable	48,7	28,3	24,0	42,8	45,1	28,4	24,7	
Support social insuffisant (%)	☹️	15,5	2008		15,1	16	24,4	10,1	12,4	20,0	22,9	
Échelle d'évaluation de l'efficacité des mesures anti-tabac (Tobacco Control Scale)		50/100	2010									
Volume d'activité physique à l'école	⚠️		2009	augmentation					5,5/10			
Politiques de promotion de la santé dans les communes	⚠️		2009						37/36/50 <sup>6</sup>			
% des établissements scolaires dotés d'une "équipe santé"	⚠️		2009	augmentation					42/64/54 <sup>6</sup>	40% <sup>5</sup>	40% <sup>5</sup>	

<sup>5</sup> Pour la Wallonie et Bruxelles.

<sup>6</sup> Indicateurs tirés de VIGeZ, respectivement pour la prévention du tabagisme, l'alimentation équilibrée et l'activité physique (scores importés de VIGeZ).

## 8. Équité et égalité

L'équité est un paramètre clé dans l'évaluation de la performance d'un système de santé (voir réf. 1 p. 72). C'est aussi une question controversée, liée à un jugement normatif et à une prise de position politique. Un large éventail d'approches et de définitions de l'équité ont été formulées dans la littérature. Elles sont présentées dans l'Annexe S2 au rapport 2012, intitulée "L'équité dans l'évaluation de la performance des systèmes de santé" (disponible sur le site Internet du KCE : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)).

En tenant compte de ce contexte, nous avons approché la dimension de l'équité de deux manières complémentaires. D'abord, nous avons documenté les inégalités en termes de santé, de déterminants de la santé et de recours aux soins de santé en Belgique en fonction de la situation socioéconomique (les résultats sont contenus dans le Tableau 11). Ensuite, nous avons proposé des indicateurs globaux d'équité afin de donner un éclairage contextuel aux questions d'équité dans les soins de santé (les résultats sont contenus dans le Tableau 12 et la Figure 2).

L'équité en matière de santé est parfois définie comme "l'absence d'inégalités systématiques dans la santé/les déterminants de la santé entre groupes sociaux qui occupent des positions différentes dans la hiérarchie sociale". En conséquence, le présent chapitre se concentre exclusivement sur les inégalités socioéconomiques. Les autres inégalités (par exemple en fonction du sexe ou de la région) figurent dans les tableaux synoptiques de chaque dimension, et sont évoquées dans la fiche détaillée de chaque indicateur (voir Annexe S1). Nous avons en outre restreint la situation socioéconomique à une seule caractéristique : le niveau d'études (pour les indicateurs provenant de la HIS) ou le remboursement majoré (bénéficiaires de l'intervention majorée) pour les bases de données administratives. D'autres dimensions de l'inégalité sociale, telles que le statut professionnel, les revenus ou l'origine ethnique, n'ont pas été étudiées dans ce rapport.

### a. Inégalités socioéconomiques

D'importantes inégalités socioéconomiques s'observent dans les indicateurs de santé globaux (espérance de vie et espérance de santé, état de santé perçu). Ces résultats révèlent l'existence d'inégalités dans la chaîne des déterminants de la santé. Des inégalités ont également été observées dans de nombreux indicateurs du chapitre "Promotion de la santé" (tabagisme, surpoids, alimentation peu équilibrée, activité physique et support social). Des inégalités ont aussi été observées dans la dimension "accessibilité". Malheureusement, pour la plupart des indicateurs des autres dimensions, les données socioéconomiques n'étaient pas disponibles, de sorte que les inégalités n'ont pu être mesurées.

<b>Tableau 11 - Synthèse des inégalités socioéconomiques</b>						
	<b>Valeur globale (f)</b>	<b>Valeur dans le groupe social le plus bas (f)</b>	<b>Valeur dans le groupe social le plus élevé (f)</b>	<b>Différence absolue (le plus bas vs le plus élevé)</b>	<b>Risque relatif (le plus bas vs le plus élevé)</b>	<b>Mesure de synthèse (ICI ou FAP)</b>
<b>État de santé général</b>						
Espérance de vie à 25 ans, hommes, 2001 <sup>1,2</sup>	51,38	47,56	55,03	-7,47	n.a.	3,73%
Espérance de vie à 25 ans, femmes, 2001 <sup>1,2</sup>	57,09	53,98	59,9	-5,92	n.a.	1,43%
Espérance en santé à 25 ans, hommes, 2001 <sup>1,2</sup>	40,47	27,75	46,33	-18,58	n.a.	15,30%
Espérance en santé à 25 ans, femmes, 2001 <sup>1,2</sup>	40,42	28,92	47,1	-18,18	n.a.	16,56%
% de la population 15+ qui qualifie sa santé de "bonne" ou "très bonne" <sup>3</sup>	76,8%	57,4%	85,7%	-28,3%	0,67	11,6%
<b>Accessibilité des soins</b>						
Report du contact avec les services de santé pour des raisons financières (% des ménages) <sup>4</sup>	14,0%	27,0%	4,0%	23,0%	6,75	-71,4%
Dépistage du cancer du sein (% des femmes 50-69 ans) <sup>5</sup>	60,1%	48,6%	62,9%	-14,3%	0,77	4,7%
Dépistage du cancer du col de l'utérus (% des femmes 25-64 ans) <sup>5</sup>	61,8%	48,9%	64,2%	-15,3%	0,76	3,9%
<b>Adéquation</b>						
% des patients diabétiques adultes bénéficiant de soins appropriés (examens de la rétine et analyses de sang réguliers) <sup>5</sup>	54,0%	48,0%	58,0%	-10,0%	0,83	7,4%
<sup>1</sup> en années ; <sup>2</sup> 5 niveaux d'études ; <sup>3</sup> 4 niveaux d'études ; <sup>4</sup> 5 catégories de revenus ; <sup>5</sup> 2 catégories de remboursement ; les taux ne sont pas ajustés en fonction de l'âge ; mesures de synthèse = ICI (Indice de Concentration des Inégalités) portant sur l'espérance de vie et de bonne santé, FAP (Fraction attribuable à la Population) pour tous les autres indicateurs.						

Tableau 11 - Synthèse des inégalités socioéconomiques (suite)						
	Valeur globale (f)	Valeur dans le groupe social le plus bas (f)	Valeur dans le groupe social le plus élevé (f)	Différence absolue (le plus bas vs le plus élevé)	Risque relatif (le plus bas vs le plus élevé)	Mesure de synthèse (ICI ou FAP)
<b>Promotion de la santé</b>						
% de la population 15+ qui déclare fumer tous les jours <sup>3</sup>	20,5%	22,0%	13,1%	8,9%	1,68	-36,1%
% de la population 15+ qui fait état d'un support social insuffisant <sup>3</sup>	15,5%	24,4%	10,1%	14,3%	2,42	-34,8%
% de la population adulte considérée comme obèse (IMC $\geq$ 30) <sup>3</sup>	13,8%	19,2%	9,1%	10,1%	2,11	-34,1%
% de la population adulte considérée comme en surpoids ou obèse (IMC $\geq$ 25) <sup>3</sup>	46,9%	57,8%	40,0%	17,8%	1,45	-14,7%
% de la population affirmant consommer au moins 2 fruits et 200 gr. de légumes par jour <sup>3</sup>	26,0%	21,7%	29,4%	-7,7%	0,74	13,1%
% de la population affirmant pratiquer une activité physique pendant au moins 30 minutes par jour <sup>3</sup>	38,1%	24,0%	42,8%	-18,8%	0,56	12,3%
<sup>3</sup> 4 niveaux d'études.						
Source : Health Interview Survey et EPS (calculs du KCE et de l'ISP (Institut scientifique de Santé Publique), Indicateurs contextuels de l'équité.						

## b. Indicateurs contextuels de l'équité

Nous avons retenu deux indicateurs contextuels de l'équité: un indicateur de la progressivité du financement public des soins de santé et un indicateur de la répartition du revenu national. Première observation, les ratios calculés dans le Tableau 12 indiquent que la part des sources de financement régressif (taxes indirectes) a augmenté. En règle générale, les taxes indirectes sont régressives parce que toutes les catégories de citoyens acquittent le même taux d'imposition sur les biens de consommation et services, de sorte que les nantis conservent une proportion plus élevée de leurs revenus. En conséquence, le taux moyen des taxes indirectes (le montant des taxes divisé par les revenus) diminue à mesure que le revenu augmente. Il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation de la des données 2010-2011, car il s'agit de budgets prévisionnels et pas de comptes définitifs.

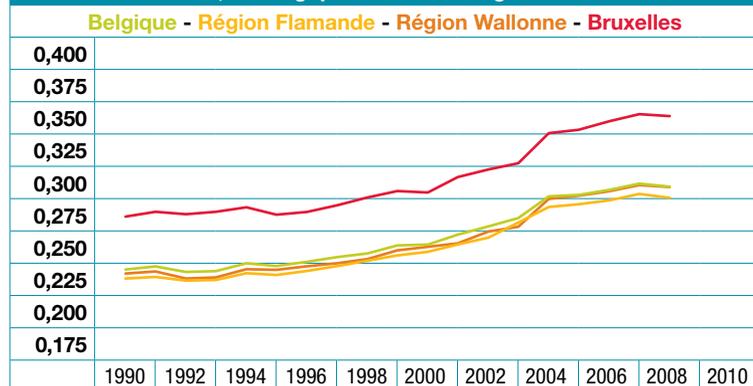
**Tableau 12 - Indicateur de l'équité : progressivité du financement public du système de soins de santé**

Indicateurs de progressivité	2005 (comptes définitifs)	2006 (comptes définitifs)	2007 (comptes définitifs)	2008 (comptes provisoires)	2009 (comptes provisoires)	2010 (budget)	2011 (budget)
Ratio rentrées proportionnelles/retrées totales	71,1%	71,0%	72,0%	70,6%	69,4%	64,8%	61,4%
Ratio rentrées progressives/retrées totales	18,9%	19,0%	18,0%	17,3%	17,2%	19,4%	18,4%
Ratio rentrées régressives/retrées totales	10,0%	10,0%	10,0%	12,1%	13,4%	15,8%	20,2%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Source : Vade mecum de la sécurité sociale, INAMI, calculs du KCE.

Ensuite, comme l'état de santé peut être influencé par le niveau d'inégalité des revenus au sein d'un pays, nous présentons l'évolution du coefficient de Gini depuis 1988 en Belgique. L'augmentation du coefficient de Gini traduit un surcroît d'inégalité des revenus, on observe une inégalité croissante en Belgique, ainsi qu'un degré d'inégalité plus élevé à Bruxelles que dans les autres régions.

**Figure 2 - Indicateur de l'équité : coefficient de Gini après taxation et transferts, en Belgique et dans les régions**



Source : DGSIE (Belgique)

Note : le coefficient de Gini exprime l'inégalité entre les revenus au sein d'une population. Lorsque l'égalité est parfaite (toutes les personnes ont les mêmes revenus), le coefficient est "0". Lorsque l'inégalité est totale (une seule personne possède tous les revenus), le coefficient est "1". Plus le coefficient de Gini est faible, plus la distribution des revenus au sein de la population en question est égale.

## 9. Conclusions sur les forces et faiblesses

### État de santé

Les quatre indicateurs relatifs à l'état de santé évoluent positivement au cours du temps. L'espérance de vie est légèrement inférieure à la moyenne des pays de l'UE-15, tandis que l'espérance de vie en bonne santé (c'est-à-dire le nombre d'années restant à vivre sans limitation des activités) et la mortalité infantile occupent des positions moyennes dans le classement. Le taux de personnes percevant leur santé comme (au moins) bonne est supérieur à la moyenne des pays de l'UE-15.

### Accessibilité des soins

En ce qui concerne l'accessibilité financière, malgré la couverture universelle par l'assurance-maladie et l'existence de filets de sécurité sociaux (MAF, Omnio, Fonds Spécial de Solidarité), certaines observations sont préoccupantes telles qu'un niveau élevé de dépenses à charge du patient, et un certain niveau de report des contacts avec les services des soins de santé pour des raisons financières.

L'accessibilité des mesures de prévention montre des résultats divergents, avec un taux relativement bas de dépistage du cancer (avec des disparités sociales et parfois régionales), un taux de vaccination moyen contre la grippe chez les personnes âgées, mais un bon taux de vaccination chez les enfants.

Un autre aspect de l'accessibilité concerne l'adéquation entre les forces de travail en soins de santé (médecins, infirmières) et les besoins de la population. Même si d'importants efforts ont été entrepris pour rendre disponibles les données relatives aux forces de travail, nous manquons toujours d'informations sur le nombre de professionnels de la santé nécessaires pour répondre aux besoins.

### Qualité des soins: efficacité, adéquation, sécurité, continuité, approche centrée sur le patient

La qualité a été subdivisée en 5 sous-dimensions. Concernant l'efficacité, les résultats sont mitigés. Ils sont très bons quant au taux de survie après cancer, mais préoccupants dans le domaine de la santé mentale; la Belgique présente en effet le second taux de suicide le plus élevé d'Europe (avec de très fortes disparités régionales) ainsi qu'un nombre de colocutions en hôpital psychiatrique en augmentation. Pour décrire l'efficacité des soins dans le domaine de la santé mentale davantage d'indicateurs et de données sont nécessaires.

L'adéquation des soins est assez décevante, avec des taux élevés et en augmentation du dépistage du cancer du sein en dehors des groupes cibles, un suivi modéré des recommandations (antibiotiques, patients diabétiques) et une augmentation des taux de césarienne, avec une grande variabilité entre les hôpitaux.

La sécurité des soins présente des résultats encourageants, avec une tendance à la baisse concernant l'exposition aux rayons ionisants médicaux, les infections nosocomiales et la mortalité hospitalière après une fracture de la hanche. Par ailleurs, l'incidence de la septicémie post-opératoire et la prescription d'antidépresseurs anticholinergiques aux personnes âgées présentent des niveaux stables. Cependant, l'incidence d'escarres est en hausse.

La continuité et la coordination des soins présentent des résultats mitigés, avec une bonne continuité relationnelle avec le même praticien, un taux moyen et en augmentation de consultation multidisciplinaire pour les cas de cancer, mais un faible taux de couverture du dossier médical global et un taux élevé de réadmission dans les hôpitaux psychiatriques.

L'approche centrée sur le patient n'a pu être évaluée que très partiellement. Le taux de satisfaction envers les services de santé est élevé, et on observe aussi une tendance à la hausse des décès au domicile. Mais il faut collecter davantage de données dans ce domaine.

### Efficiences du système de santé

L'efficiences du système de santé présente des résultats moyens à bons, avec une augmentation de la prescription de médicaments "bon marché", de l'usage de la chirurgie de jour et une diminution de la durée du séjour pour un accouchement normal. Toutefois, ce message positif doit être tempéré par l'inadéquation, et donc le gaspillage de ressources, que montrent certains indicateurs, comme les mammographies en dehors du groupe cible évoquées ci-dessus.

### Pérennité du système de santé

La pérennité du système de santé présente certains résultats interpellants concernant le renouvellement insuffisant de la cohorte actuelle de médecins généralistes. Il faudrait aussi des données sur les besoins en personnel infirmier associées à des données sur l'évolution du nombre d'infirmiers.

### Équité (analyses de tous les indicateurs en fonction du statut socioéconomique et 2 indicateurs contextuels)

La dimension de l'équité a été abordée de deux manières complémentaires. Tout d'abord, les inégalités ont été analysées en décrivant l'état de santé, les modes de vie et l'utilisation des soins de santé en fonction du statut socioéconomique. De grandes inégalités ont été observées dans les indicateurs relatifs à la santé et au mode de vie. Des inégalités ont aussi été observées concernant le dépistage du cancer et le suivi des patients atteints de maladies chroniques. Toutefois, comme la plupart des indicateurs basés sur les hôpitaux n'ont pas pu être étudiés en fonction du statut social dans le cadre de ce projet, les conclusions concernant les inégalités en qualité des soins sont encore largement incomplètes.

L'équité a également été abordée par le biais de deux indicateurs mettant en évidence ce problème au niveau macro. Le premier est la progressivité du financement des soins de santé. Il est en diminution, ce qui constitue une évolution vers moins d'équité. Le second est l'indice Gini qui correspond au niveau d'inégalité dans la répartition globale des revenus, et qui est lié à un état de santé général moins bon. Cet indice est relativement peu élevé en Belgique, mais il augmente au fil du temps, ce qui indique une répartition plus inégale des revenus dans notre pays.

### Promotion de la santé

Enfin, la promotion de la santé a été principalement abordée au moyen d'indicateurs classiques sur la santé et le mode de vie, complétés par des indicateurs relatifs aux politiques de santé, aux milieux sains et aux aptitudes individuelles. En raison de la disponibilité très limitée d'indicateurs adéquats et de données en dehors des indicateurs classiques de la santé et du mode de vie, seul un aperçu fragmentaire a pu être fourni.

La plupart des indicateurs de la santé et du mode de vie présentent un taux national intermédiaire par rapport aux 15 pays de l'UE, mais d'importantes disparités régionales et sociales ont été observées. Nous mettons en évidence le problème de l'obésité et du surpoids qui présente un niveau élevé et une tendance à la hausse, avec d'importantes disparités. La consommation de tabac diminue, mais avec de fortes disparités sociales et régionales. La consommation de fruits et de légumes est largement inférieure aux besoins quotidiens, mais est en hausse. Le manque de support social présente aussi d'importantes disparités sociales et régionales et est particulièrement préoccupant chez les personnes âgées.

La Belgique se classe à un rang intermédiaire dans le classement international du Tobacco Control Scale. En outre, certains indices complexes visent à mesurer l'importance des politiques locales de promotion de la santé dans divers environnements (écoles, communes, entreprises) mais ne sont disponibles qu'en Flandre et sont difficiles à interpréter sans une analyse en profondeur.

Vous trouvez le [rapport complet](http://www.kce.fgov.be) sur le site du Centre d'expertise des soins de santé [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be), rubrique "publications". Pour chacun des indicateurs décrits ci-dessus, une fiche de documentation peut être consultée sur le site Internet du KCE, dans le document Supplement S1. Cette fiche motive le choix de l'indicateur et contient des informations techniques sur les sources de données et les modes de calcul, présente les résultats chiffrés, y compris les comparaisons internationales et analyses par sous-groupes, les limites des interprétations, ainsi que les références bibliographiques.

## III. Le rapport 2012 sur la performance : utilité, valeur ajoutée et limitations

### 1. Quelle est l'utilité d'un rapport sur la performance du système de santé ?

La finalité du système de santé belge est d'être aussi performant que possible, afin de contribuer au mieux au maintien et à l'amélioration de la santé des personnes vivant en Belgique. En conséquence, les informations présentées dans ce rapport devraient servir à optimiser, le cas échéant, la performance du système de santé. Elles devraient également aider les décideurs politiques à formuler des objectifs chiffrés de santé publique aux niveaux fédéral et régionaux. La formulation d'objectifs est un maillon important dans l'évaluation de la performance : en effet, les futures évaluations pourront ainsi s'appuyer sur une comparaison entre résultats observés et objectifs à atteindre.

Ce rapport esquisse un tour d'horizon de la performance du système belge de santé à travers le prisme de 74 indicateurs. Ces indicateurs font office de signaux d'avertissement quant à l'accessibilité, la qualité, l'efficacité, la pérennité et l'équité du système de santé. Dans certains cas, les décideurs politiques étaient déjà conscients des problèmes et ont déjà commandité des analyses complémentaires visant à identifier les mesures à prendre. Dans d'autres cas, ces signaux sont nouveaux pour les décideurs politiques et requièrent dès lors une analyse plus approfondie. Quoiqu'il en soit, la présentation exhaustive et structurée des indicateurs a pour ambition d'orienter le choix des priorités d'actions et de recherches.

### 2. Quelle est la valeur ajoutée de ce rapport comparée au précédent ?

Le rapport précédent, intitulé "Un premier Pas vers la Mesure de la Performance", était avant tout une étude pilote. Sa principale conclusion était que, en Belgique, il est possible de procéder à une telle évaluation, grâce notamment à la bonne collaboration entre les administrations. Ce second rapport présente la première évaluation complète de la performance du système belge de santé. Ses atouts sont les suivants :

#### **Meilleure disponibilité des données**

La disponibilité des données a été améliorée de manière significative : des données sont désormais disponibles pour la survie au cancer et la mortalité infantile. D'autre part, le délai de disponibilité des données nationales de mortalité a été notablement réduit.

#### **Un éventail d'indicateurs plus complet, pour une vision plus panoramique du système**

Comme indiqué dans les objectifs opérationnels, le jeu d'indicateurs a été étoffé pour couvrir les domaines et dimensions qui n'étaient pas (suffisamment) pris en compte dans le rapport précédent. De nouveaux indicateurs ont été ajoutés à l'éventail dans le domaine de la santé mentale, des soins aux personnes âgées, de la continuité des soins et, dans une moindre mesure, dans les soins aux personnes en fin de vie, les soins de longue durée, la centralité du patient et la promotion de la santé. Deux indicateurs contextuels de l'équité ont été ajoutés, tandis que tous les indicateurs ont fait l'objet d'une analyse systématique en fonction du statut socioéconomique (lorsque les données permettant cette analyse sont disponibles).

#### **Simplification de la structure de l'éventail d'indicateurs, pour une meilleure lisibilité de l'analyse**

La structure du jeu d'indicateurs a été simplifiée à de multiples égards : Seuls les indicateurs mesurés ont été gardés dans le jeu actuel. Les indicateurs pour lesquels nous n'avons pas pu rassembler de données sont évoqués dans la section "Données disponibles prochainement" ou "Indicateurs en cours de développement" (voir [supplément S1](#)). Cette approche favorise la compréhension du jeu d'indicateurs, souligne les changements en termes de disponibilité des données ainsi que les lacunes en matière de données. L'ancienne distinction entre indicateurs "principaux" et "secondaires" a aussi été supprimée, car il s'est avéré qu'elle ne jouait aucun rôle dans leur interprétation.

#### **Systématisation de l'analyse des données**

L'analyse des données a été systématisée et les indicateurs sont toujours présentés selon la même structure : évolution dans le temps, évolution dans le temps par région, analyse par sous-groupes socioéconomiques et comparaison internationale.

### Recours aux informations déjà disponibles

Une utilisation maximale a été faite des données déjà disponibles, telles que celles qui sont contenues dans les bases de données administratives, les registres et les enquêtes récurrentes : l'enquête de santé par interview (HIS), Résumé hospitalier minimal (RHM), EPS (échantillon permanent - permanente steekproef), bases de données de l'INAMI (doc N, Pharmanet), les données de surveillance des infections nosocomiales, les enquêtes de vaccination, Registre belge du cancer. Le recours à des données disponibles de manière routinière, qui n'induisent aucun coût de collecte additionnel, facilite l'analyse de l'évolution de l'indicateur dans le temps.

### Amélioration de la communication des résultats

Enfin, des tableaux synoptiques agrémentés de codes couleurs ont été élaborés pour permettre une présentation claire et lisible des résultats et de leur interprétation. Ces tableaux favorisent également la comparaison des indicateurs.

3. Quelles sont les limitations de ce rapport ?

#### a. La performance, mais en fonction de quel objectif ?

Malheureusement, très peu d'objectifs spécifiques et mesurables relatifs au système de santé ont été définis en Belgique. Lorsque de tels objectifs existent, la valeur de l'indicateur a été évaluée par rapport à la valeur de l'objectif. Dans les autres cas, l'appréciation s'est fondée sur des objectifs externes (tels que les objectifs fixés par l'OMS) ou sur une comparaison avec des résultats d'autres pays. Quand c'était possible, les indicateurs ont été comparés à la moyenne des pays EU-15. Cette approche a permis de positionner la Belgique par rapport à ses voisins, mais elle ne répond pas pour autant à la question "Nos résultats sont-ils bons ou mauvais ?" Certains résultats peuvent en effet être meilleurs que ceux d'autres pays, tout en étant mauvais par rapport aux objectifs définis. Par ailleurs, l'interprétation des comparaisons de performance entre pays fait toujours débat (voir réf. 8 p.72), en raison des multiples limitations liées à cette démarche, telles que les variations méthodologiques et contextuelles, qui nuisent à la validité des comparaisons.

Plusieurs organisations internationales comparent déjà la Belgique à d'autres pays d'Europe en matière de santé et de soins de santé. Citons l'OMS dans son Rapport 2000 sur la Santé dans le Monde" (voir réf. 9 p. 72), le rapport bisannuel "Panorama de la Santé en Europe" (voir réf. 10 et 11 p. 72) qui est le fruit de la collaboration entre l'OCDE et l'Union Européenne, le site Internet des indicateurs ECHI supporté par l'Union Européenne (voir réf. 12 p. 72), et l'Euro Health Consumer Index (voir réf. 13 p. 72) publié par l'organisation privée suédoise Health Consumer Powerhouse.

#### b. Prendre des décisions sur base de données obsolètes ?

Certaines données sont manifestement obsolètes et les plus récentes datent de 2010. Ce délai est inhérent au recours à des données administratives et à des registres. Pour procéder à des comparaisons internationales, nous avons parfois dû nous baser sur des données de 2005 ! Dans de nombreux cas, il serait difficile, pour les décideurs politiques, de baser leurs décisions sur de telles informations. Pour ce qui concerne les indicateurs dérivés de la HIS, des données parfaitement actuelles devraient être contenues dans le prochain rapport de performance, dans la mesure où un nouveau HIS sera mené en 2013.

### c. Une vision plus globale, mais certaines lacunes subsistent

Les lacunes ont généralement trait à l'absence d'indicateurs pertinents, à l'absence de données (actuelles), et à la nécessité de trouver un meilleur indicateur ou des informations plus détaillées.

#### 1. **Statut santé général: étudier la part de mortalité "évitable" dans la mortalité prématurée**

Dans le rapport précédent, la mortalité prématurée (exprimée en "années potentielles de vie perdues" jusqu'à l'âge de 70 ans) était utilisée comme indicateur du statut santé. L'étude de la mortalité prématurée par groupe de cause, et éventuellement aussi de la mortalité évitable, pourrait ajouter un éclairage intéressant sur les services de santé.

2. **Accessibilité financière** : une vision plus globale est nécessaire. Pour optimiser les politiques d'accessibilité financière, il est indispensable d'avoir une vision plus globale des suppléments ambulatoires ainsi que des assurances hospitalisation privées (à savoir le pourcentage de personnes couvertes par une telle assurance, à quel coût, pour quelles couvertures précisément).

3. **Accessibilité financière et équité** : une manière plus exhaustive de mesurer l'équité du système est de prendre en compte la distribution des dépenses privées (contribution individuelle officielle, suppléments, remboursements nets par les compagnies d'assurances privées et intervention du maximum à facturer) en fonction du statut socioéconomique. Pour calculer cette distribution, il est nécessaire de disposer de toutes les données de revenus et de dépenses des patients.

4. **Force de travail** : de meilleures données relatives à l'offre sont disponibles, mais il manque encore des informations relatives à la demande. Une planification efficace de l'effectif soignant devrait être envisagée dans le cadre d'une politique globale tenant compte de l'offre et des besoins des patients. Les données relatives à l'offre se sont incontestablement améliorées depuis quelques années.

Toutefois, ce rapport ne contient aucun indicateur portant sur les besoins. D'autre part, l'effectif soignant nécessaire dépend non seulement des besoins médicaux, mais aussi des modalités d'organisation du système des soins de santé, et notamment des soins primaires et des soins hospitaliers.

5. **Santé mentale** : les indicateurs actuels ne reflètent pas les changements intervenus récemment dans ce secteur. La réforme la plus récente a pour but d'instaurer un modèle de soins intégré et équilibré axé sur les "réseaux de soins" (intitulé "projet Article 107"). L'objectif principal de cette réforme est de mettre l'accent sur la prise en charge de proximité à chaque fois que la chose est possible, en ne recourant plus aux services hospitaliers que lorsque les soins ambulatoires ne répondent plus aux besoins du patient. Plusieurs nouveaux indicateurs ont été proposés pour superviser ces évolutions (tels que le pourcentage de patients bénéficiant d'une gestion de dossier, ou encore le rapport entre les dépenses en soins de proximité et le budget total des soins de santé mentale). Ces indicateurs n'ont pas encore pu être mesurés en raison des limites des données disponibles.

6. **Continuité et coordination des soins** : de nouvelles données relatives aux nouveaux trajets de soins ambulatoires seront bientôt disponibles, mais des lacunes subsistent. Les résultats de ces nouveaux trajets pour le diabète de type 2 ou l'insuffisance rénale chronique sont en cours d'évaluation. Ces éléments seront intégrés dans la prochaine édition du rapport performance. Toutefois, il manque encore des données relatives aux autres indicateurs pertinents, tels que les retours d'expérience des patients sur la coordination des soins ou la disponibilité permanente des informations "santé" du patient.

7. **Centralité du patient:** de nombreuses initiatives ont été prises, mais les données sont rares. La centralité du patient est un paramètre intrinsèquement difficile à mesurer sur base de données quantitatives, car elle exprime la capacité du système à répondre efficacement aux attentes spécifiques du patient ou à favoriser l'implication du patient. Pour nous permettre de mieux appréhender cette dimension, la prochaine vague de la HIS contiendra une série de questions sur l'expérience du patient en matière de soins de santé ambulatoires (généralistes ou spécialistes). Pour permettre une comparaison internationale, ces questions seront fondées sur le questionnaire de l'OCDE (voir réf. 14 p. 72). Les expériences des patients en matière de soins ambulatoires seront donc intégrées dans la prochaine édition de ce rapport.
8. **Soins de longue durée:** Plusieurs indicateurs ont été choisis pour évaluer la qualité des soins de longue durée dispensés aux patients âgés : la prévalence de la malnutrition, le pourcentage de patients âgés soumis à une contention physique, la prévalence des chutes, l'incidence des escarres et la problématique de la polymédication. Ces indicateurs n'ont pas encore pu être mesurés, ce qui atteste du manque de données dans ce domaine. L'outil BelRAI fournira prochainement des données pour certains indicateurs retenus. Cet instrument a été mis au point pour évaluer les besoins des personnes âgées bénéficiant de soins à domicile ou en institution.
9. **Soins aux personnes en fin de vie:** de nombreuses études locales sont disponibles en Belgique, mais très peu de données nationales. Les quelques indicateurs relatifs à ce paramètre présents dans ce rapport portent sur la population de patients décédés d'un cancer ou sur la population de patients bénéficiant de soins palliatifs à domicile. Ces deux groupes ne couvrent pourtant pas l'ensemble de la population éligible aux soins palliatifs, ce qui atteste d'une réelle carence en données. Jusqu'à présent, aucune donnée de portée nationale n'a été publiée sur l'accessibilité ou sur la qualité des soins en fin de vie. En comparaison avec les autres domaines de soins, la fin de vie n'est pas ou peu représentée dans les bases de données des organisations internationales.

10. **Promotion de la santé:** nous ne disposons pas, en Belgique, de données sur la littéracie en santé (health literacy), alors que de telles informations sont disponibles dans d'autres pays d'Europe. La littéracie en santé est un concept relativement nouveau, considéré comme un paramètre clé dans la gestion de la santé. Il peut être défini comme les aptitudes individuelles requises pour comprendre et gérer les facteurs qui déterminent sa propre santé. Ces aptitudes permettent aux individus de faire de meilleurs choix en matière de santé. La promotion de cette littéracie a été définie comme action prioritaire 2008-2013 de la stratégie de l'Union Européenne. Les résultats de l'étude européenne sur la Health Literacy sont disponibles depuis peu pour certains pays.
11. **Une plus grande attention devrait être portée à l'efficacité dans le prochain rapport.** Manifestement, l'efficacité des soins de santé ne peut être valablement évaluée sur la base des quelques indicateurs contenus dans ce rapport. La littérature internationale propose diverses mesures de l'efficacité fondées explicitement sur les inputs et les outputs (voir réf. 7 et 15 p. 72). Ce point recèle incontestablement un intéressant potentiel d'étude.
12. **Inégalités:** les inégalités n'ont pas pu être étudiées pour tous les indicateurs car, dans certaines sources de données (RHM), aucune donnée socioéconomique n'est disponible. Dans les données des mutuelles, les informations sur le statut socioéconomique sont assez brutes et approximatives.

## IV. Conclusion générale

Ce rapport contient les résultats d'une première évaluation globale de la performance du système belge de santé, faisant suite à une étude de faisabilité préalable. En présentant 74 indicateurs assortis de valeurs chiffrées, ce rapport a pour ambition de broser un tour d'horizon complet de la performance du système de santé, d'attirer l'attention des décideurs politiques sur certains points et de suggérer des pistes d'actions ou de recherches complémentaires.

Ce rapport marque une avancée substantielle en comparaison au rapport précédent, grâce à un éventail d'indicateurs plus complets et plus pertinents. Dans certains cas, il permet de mesurer des évolutions dans le temps. Des lacunes importantes dans les données de base ont en outre été comblées depuis la dernière édition, telles que le taux de mortalité par cause ou le taux de survie au cancer.

La Belgique n'est pas le premier pays à avoir relevé ce défi. En paraphant en 2008 la Charte de Tallinn sur les systèmes de santé, les États membres se sont formellement engagés à superviser et à évaluer la performance de leur système de santé. Plusieurs pays voisins, qui possèdent plusieurs années d'expérience dans la mesure de la performance des systèmes de santé, ont servi d'exemples lors de l'élaboration de ce rapport, par exemple les Pays-Bas. Une des conditions clés d'une évaluation efficace de la performance du système de santé (également soulignée dans les rapports néerlandais) est la disponibilité de données récentes. La mise à jour régulière des données administratives et la publication dynamique des résultats sur un site Internet seraient l'une des modalités à investiguer.

Avec la directive européenne sur les droits des patients dans le cadre des soins transfrontaliers, l'engagement pris à Tallinn devient une préoccupation partagée par tous les États membres<sup>8</sup>. Lorsque cette directive aura été transposée dans les législations nationales, en octobre 2013, les États membres devront s'assurer que les patients provenant d'un autre État membre sont en mesure de recevoir des informations pertinentes sur les normes de sécurité et de qualité des soins, pour leur permettre de prendre une décision informée. Dans cette optique, ce rapport jette non seulement les fondements d'une future évaluation systématique de la performance, mais il peut également être considéré comme une première étape permettant à la Belgique d'assumer ses responsabilités et de dispenser tant aux patients belges qu'étrangers des soins sûrs, de haute qualité, accessibles et efficaces.

<sup>8</sup> Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, JO L 88/45, 4 avril 2011

## V. Références

1. 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
2. WHO Regional Office for Europe. Health systems performance assessment, a tool for health governance in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization, Regional office for Europe; 2012.
3. WHO Regional Office for Europe. The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: World Health Organisation; 2008. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf)
4. 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.
5. OECD. Health at a Glance 2011, OECD Indicators. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011.
6. Vlayen J, Van De Water G, Camberlin C, Paulus D, Leys M, Ramaekers D, et al. Indicateurs de qualité cliniques. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2006. KCE reports 41
7. AHRQ Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures. AHRQ; 2008. AHRQ Publication No. 08-0030 Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/efficiency/efficiency.pdf>
8. Smith PC, Papanicolas I. Health System Performance comparison: an agenda for policy, information and research. Brussels: WHO Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2012. Policy Summary 4
9. WHO. World Health Report 2000. Healths systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2002.
10. OECD. Health at a Glance 2010 Europe. OECD Publishing; 2010.
11. OECD. Health at a Glance Europe. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2012.
12. European Commission HEIDI data tool: health status indicators [2012. Available from: [http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm)
13. Björnberg A. Euro Health Consumer Index 2012. Health Consumer Powerhouse; 2012.
14. OECD. Health Care Quality Indicators. OECD pilot questions on patient experiences. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011.
15. Jacobs R., Smith PC, Street A. Measuring Efficiency in Health Care. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.

## VI. Recommandations

### Recommandation d'ordre général aux responsables politiques

Le concept de performance est implicitement lié à l'atteinte d'objectifs. Si le rapport actuel pose un "constat de la situation", sa principale utilité devrait s'orienter vers une fonction "d'amélioration de la situation". Dans ce but, il est recommandé que les décideurs politiques explicitent des objectifs mesurables et fixent des délais pour les réaliser en tenant compte des recommandations qui suivent.

### Constats positifs (situation à maintenir) et constats négatifs (signaux d'attention)

De manière générale, il est recommandé que les institutions et instances concernées s'appuient sur les constats qui suivent afin, soit de maintenir le cap dans les domaines pour lesquels des constats positifs ont pu être établis, soit d'améliorer la situation dans les domaines où des points d'attention sont signalés.

#### Maintenir les constats positifs :

- Etat de santé: l'état de santé "rapporté" ou "perçu" mesuré par les enquêtes santé (Institut Scientifique de Santé publique) est meilleur que le niveau moyen européen.
- Couverture de mesures préventives: le taux de vaccination des enfants est meilleur que le niveau moyen européen.
- Qualité des soins :
  - Efficacité des soins curatifs: très bon résultats pour la survie à 5 ans après cancer du sein ou après cancer colorectal en comparaison des autres pays européens.
  - Bonne continuité relationnelle avec le médecin généraliste et très grande satisfaction (au-dessus de 90%) des Belges lors de leurs contacts avec le système de santé.
- Efficience: l'augmentation des taux d'hospitalisation de jour et du taux d'utilisation des médicaments moins chers témoignent d'une amélioration de l'efficience.

### Considérer les points d'attention pour orienter les futures politiques de santé:

- Etat de santé:
  - Les très hauts taux de suicide par rapport à la moyenne européenne sont interpellants.
  - On observe une proportion croissante de personnes en surpoids ou obèses et par ailleurs un taux d'activité physique relativement bas, toujours par rapport à la moyenne européenne.
- Couverture de mesures préventives :
 

Les taux de couverture de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus sont bas dans les groupes cibles en comparaison du niveau moyen européen. La couverture du dépistage organisé du cancer du sein est insuffisante pour être efficiente. Autre point d'attention, le dépistage en dehors des groupes cibles du dépistage organisé pour le cancer du sein est important et en augmentation pour les 40-49 et pour les 70-79 ans, ce qui est contreproductif en termes de santé publique et d'utilisation des ressources collectives.
- Equité/inégalités sociales :
 

Les personnes avec un statut socioéconomique plus bas (mesuré par le niveau d'instruction ou par l'accès au remboursement préférentiel des soins de santé) présentent par rapport à la classe la plus élevée: un plus mauvais état de santé (espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, mortalité infantile, obésité), des habitudes de vie moins saines (nutrition, tabac, activité physique), une moins bonne couverture de dépistage du cancer, un suivi moins bon pour les patients diabétiques, un support social moins présent et décèdent plus souvent à l'hôpital qu'à leur lieu de résidence habituel.

- Qualité des soins :
  - Soins (in)appropriés: plusieurs indicateurs montrent que la pratique médicale n'est pas toujours appropriée. Ainsi:
    - Le choix des antibiotiques prescrits en première intention ne correspond pas suffisamment aux recommandations et ne montre pas d'amélioration à travers le temps (sauf chez les enfants).
    - Le pourcentage de patients diabétiques correctement suivis selon les recommandations est insuffisant.
    - Bien que le niveau soit un peu inférieur à la moyenne des autres pays européens, le taux de césarienne est élevé (20%) et on constate une grande variabilité des taux de césarienne entre hôpitaux pour des grossesses non compliquées.
  - Sécurité des soins: le niveau d'irradiation d'origine médicale, bien qu'en légère diminution en 2011, reste très élevé par rapport à la moyenne européenne.
  - Continuité des soins: certains indicateurs montrent une faiblesse dans ce domaine. Ainsi:
    - Malgré une augmentation constante, le pourcentage de patients disposant d'un dossier médical global (DMG) reste encore trop faible.
    - Les taux de réadmission dans les hôpitaux psychiatriques sont relativement élevés par rapport à la moyenne européenne.
  - Pérennité du système: Le système de santé s'appuie sur une première ligne de soins dont la médecine générale est un élément important. Or l'âge moyen des généralistes ne cesse d'augmenter, tandis que les quotas prévus par la commission de planification ne sont pas remplis depuis quelques années. A pratique constante, ceci pourrait poser des problèmes rapidement quant au fonctionnement de la première ligne de soins.

#### Recommandation d'amélioration des systèmes d'information de santé

La qualité des données et la rapidité avec laquelle elles sont rendues disponibles sont des critères essentiels afin que les indicateurs qui en dépendent soient pertinents.

- Délais de mise à disposition des données :
  - Poursuivre les efforts afin de transmettre des mises à jour récentes aux organisations internationales (OECD, Eurostat, OMS);
  - Accélérer la mise à disposition des bases de données administratives (Résumé Hospitalier Minimum).
- Données par domaine de soins :
  - Soins de santé mentale: réformer le Résumé Psychiatrique Minimum afin de l'adapter aux standards internationaux (identifiant patient unique) et aux évolutions dans le secteur. Ceci demande une révision qui permette de suivre l'ensemble du trajet des soins des patients, y compris en dehors de l'hôpital.
  - Soins de longue durée: s'assurer que les données collectées dans le cadre du projet BelRAI seront bien disponibles à un niveau national pour permettre la mesure des différents indicateurs sélectionnés.
  - Santé bucco-dentaire: sur-échantillonner le groupe des enfants de 12 ans dans l'enquête sur la santé bucco-dentaire afin de pouvoir calculer correctement les indicateurs internationaux.
  - Soins aux personnes en fin de vie: améliorer l'exploitation des données existantes (Registre du Cancer et réseau des Médecins Vigies).
  - Santé publique: compléter la banque de données de consommation des médicaments afin de disposer de données concernant l'ensemble des médicaments consommés, y compris ceux qui ne sont pas remboursés mais qui sont essentiels à étudier pour la santé publique ou la sécurité du patient ( benzodiazépines, certains anti-inflammatoires).

### Recommandations sur la récolte de nouvelles données ou de nouvelles recherches

Certaines données nécessaires à l'établissement des indicateurs sélectionnés doivent encore faire l'objet de récolte.

- Inégalités socioéconomiques: les bases de données administratives ne peuvent fournir qu'une réponse partielle. Certaines données manquent complètement (par exemple, le statut socio-économique dans les données des Résumés hospitaliers ou l'origine ethnique), d'autres sont peu précises ou peu discriminantes (par exemple le statut BIM).
- Accessibilité financière: améliorer l'enquête sur le budget des ménages afin d'enregistrer toutes les charges financières des patients liées à leurs soins de santé et afin de permettre une analyse par niveau socioéconomique.
- Expérience du patient: des données seront disponibles grâce à la prochaine enquête santé de l'ISP (elles concerneront les médecins généralistes et l'ensemble des spécialistes sans distinction). Il faudrait toutefois collecter des données par type de spécialité).
- Promotion de la santé:
  - Il n'y a pas de données sur la "littéracie de santé" (health literacy) en Belgique. En particulier, il est recommandé que la Belgique participe aux recherches européennes sur le développement d'outils pour mesurer la littéracie de santé et pour qu'elle s'inscrive dans une perspective de collecte de ces données.
  - Promotion de la santé dans les milieux de vie: il existe des initiatives dans les différentes régions du pays, toutefois, toutes ces initiatives ne font pas l'objet d'un relevé statistique. En Flandre les données relatives à la promotion de la santé dans certains milieux de vie (écoles, communes, entreprises) sont collectées au moyen des enquêtes VIGeZ. Il est donc recommandé que les autres régions collectent plus systématiquement les données sur la promotion de la santé dans les milieux de vie en fonction de leurs besoins en information pour documenter et soutenir leurs politiques.

- Finalement, il est recommandé de vérifier la possibilité d'inclure des indicateurs de promotion de la santé spécifiquement dans le domaine des soins de santé dans le prochain rapport.

### Recommandations pour le prochain rapport performance (prévu pour décembre 2015)

- A l'attention du SPF Santé Publique, de l'INAMI et de l'ISP
  - Calculer les indicateurs pour lesquels les données ne sont pas encore disponibles, mais qui le seront d'ici le prochain rapport (projet sur les trajets de soins en ambulatoire, projet BelRAI, expérience des patients dans l'enquête santé, prévalence des infections nosocomiales, délai d'enregistrement des médicaments).
  - A l'avenir à des fins de monitoring, il est souhaitable d'inclure les résultats les plus récents. Ces indicateurs devront de préférence être mesurés en routine par les institutions/administrations, gestionnaires respectifs des banques de données administratives. Les résultats seront transmis aux équipes chargées de l'actualisation du rapport, selon un échéancier et un canevas à préciser.
  - Suivre les évolutions internationales (OECD, OMS, Eurostat) afin d'adapter le set d'indicateurs en Belgique si nécessaire.
- A l'attention des équipes de recherche
  - Identifier de nouveaux indicateurs pour les thématiques peu documentées (question des forces de travail en soins infirmiers, par exemple).
  - Actualiser l'évaluation de la performance sur base des données les plus récentes.
  - Analyser la cohérence globale (en particulier pour renforcer les dimensions relatives à l'efficacité et à la pérennité) et actualiser le set d'indicateurs, à la lumière de nouvelles preuves ou de nouvelles thématiques prioritaires.

## Colophon

**Titre:** Performance du système de santé belge: rapport 2012 - synthèse

Le Centre d'expertise des soins de santé (KCE), l'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ont réalisé le rapport. Les administrations et organismes concernés par les affaires sociales et la santé publique, qu'ils soient régionaux, communautaires ou fédéraux ont été consultés tout au long du projet lors de réunions inter-administrations :

- au niveau fédéral (SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, SPF Sécurité Sociale, INAMI, ISP)
- au niveau des entités fédérées: Communauté et Région Flamande (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Fédération Wallonie-Bruxelles (Direction générale de la Santé), Communauté Germanophone (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft - Fachbereichsleiterin Gesundheit, Familie und Senioren), Région Wallonne (Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé et Observatoire wallon de la Santé), Région Bruxelloise (Commission Communautaire Commune - Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-Capitale, Commission communautaire française et Vlaamse Gemeenschapscommissie).

**Domaine:** Health Services Research (HSR)

**MeSH:** Delivery of Health Care, Health Promotion; Health Services Accessibility, Quality of Health Care, Efficiency, Organizational, Healthcare Disparities, Social Justice; Benchmarking, Belgium

**Cette brochure est une synthèse du rapport du KCE-ISP-INAMI**, référencé comme suit : Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, Walckiers D, Dubois C, Camberlin C, Vlayen J, Van Oyen H, Léonard C, Meeus P. La performance du système de santé Belge Rapport 2012. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Report 196B. D/2012/10.273/111.



Vous trouvez :

- cette brochure sur le site Internet de l'INAMI: [www.inami.be](http://www.inami.be), rubrique Voulez-vous en savoir plus? > Etudes & Recherches
- 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".

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: avril 2013

Dépôt légal: D/2013/0401/8