



State of Health in the EU

Belgique

Profils de santé par pays 2017

La série des profils de santé par pays

Les profils de santé par pays fournissent un aperçu concis et pertinent de la santé et des systèmes de santé dans les États membres de l'Union, soulignant les caractéristiques particulières et les enjeux dans chaque pays. Ils visent à soutenir les efforts consentis par les États membres dans l'élaboration de leurs politiques fondées sur des données factuelles.

Ces profils sont le fruit de travaux menés conjointement par l'OCDE et *European Observatory on Health Systems and Policies* en collaboration avec la Commission européenne. L'équipe remercie les États membres et le réseau de *Health Systems and Policy Monitor* pour leurs suggestions et commentaires précieux.

Sommaire

1 • POINTS SAILLANTS	1
2 • LA SANTÉ EN BELGIQUE	2
3 • FACTEURS DE RISQUE	4
4 • LE SYSTÈME DE SANTÉ	6
5 • PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	9
5.1 Efficacité	9
5.2 Accessibilité	11
5.3 Résilience	12
6 • PRINCIPALES CONCLUSIONS	16

Sources des données et des informations

Les données et les informations utilisées dans ces profils pays sont principalement basées sur les statistiques nationales officielles fournies à Eurostat et à l'OCDE, qui ont été validées en juin 2017 afin d'assurer les normes les plus élevées en matière de comparabilité des données. Les sources et les méthodes sous-tendant ces données sont disponibles dans la base de données d'Eurostat et dans la base de données sur la santé de l'OCDE. Des données supplémentaires proviennent également de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), des enquêtes sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que d'autres sources nationales.

Les moyennes de l'Union calculées sont des moyennes pondérées des 28 États membres, sauf indication contraire.

Pour télécharger le fichier Excel correspondant à tous les tableaux et graphiques contenus dans le présent profil, veuillez saisir le lien StatLink suivant dans votre navigateur internet:
<http://dx.doi.org/10.1787/888933623723>

Contexte démographique et socioéconomique en Belgique, 2015

	Belgique	UE
Facteurs démographiques	Population (en milliers)	11 274
	Part de la population de plus de 65 ans (en %)	18,1
	Taux de fécondité ¹	1,7
Facteurs socioéconomiques	PIB par habitant (en euros, PPA ²)	34 200
	Taux de pauvreté relative ³ (en %)	7,8
	Taux de chômage (en %)	8,5

1. Nombre d'enfants nés par femme âgée de 15 à 49 ans.

2. La parité de pouvoir d'achat (PPA) est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en gommant les différences de niveau de prix entre les pays.

3. Pourcentage de personnes qui vivent avec moins de 50 % du revenu disponible équivalent médian.

Source: base de données d'Eurostat.

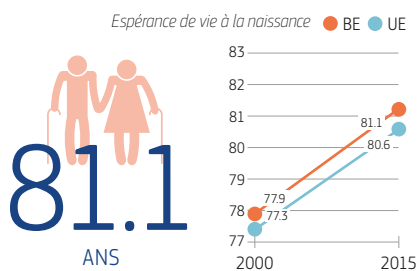
Clause de non-responsabilité: Les opinions exprimées et les arguments avancés dans le présent document n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'OCDE ou de ses pays membres, ou de *European Observatory on Health Systems and Policies* ou de ses partenaires. Les avis qui sont exprimés dans le présent document ne sauraient en aucun cas être considérés comme reflétant la position officielle de l'Union européenne.

Le présent document ainsi que les données et les cartes qu'il contient sont sans préjudice du statut de tout territoire ou de la souveraineté exercée sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et de la dénomination de tout territoire et toute ville ou région. D'autres clauses de non-responsabilité concernant l'OMS figurent à l'adresse <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/fr/>.

1 Points Saillants

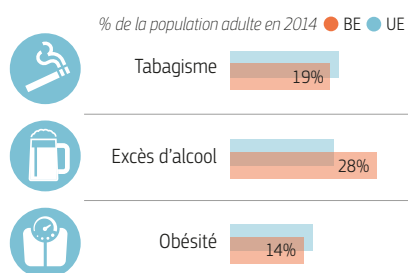
L'état de santé de la population belge s'est amélioré depuis 2000. Les gens vivent plus longtemps, bien que de grandes disparités en fonction du genre et du groupe socioéconomique persistent. Le système de santé belge fonctionne bien lorsqu'il s'agit de sauver la vie de personnes nécessitant des soins aigus. En revanche, les efforts doivent porter principalement sur le renforcement de la prévention et des soins primaires si l'on veut améliorer encore la santé de la population et réduire les inégalités en matière de santé.

État de santé



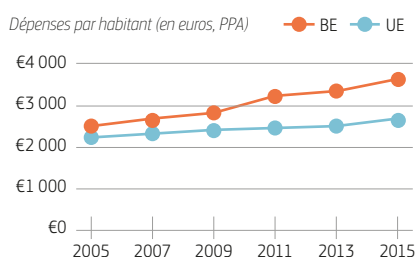
L'espérance de vie à la naissance était de 81,1 ans en 2015, en augmentation par rapport à 77,9 ans en 2000, et reste au-dessus de la moyenne de l'Union. Ces années d'espérance de vie supplémentaires sont pour une grande partie dues à la réduction des taux de mortalité après 65 ans. Toutefois, à 65 ans, les femmes belges doivent s'attendre à vivre seulement 50 % de leur temps de vie restant sans incapacité, contre environ 60 % pour les hommes.

Facteurs de risque



En 2014, près d'un adulte sur cinq en Belgique fumait du tabac tous les jours. Ce chiffre est proche de la moyenne de l'Union, mais se situe bien au-dessus de celui des pays obtenant les meilleurs résultats (par exemple, 12 % en Suède). Près de trois adultes sur dix déclarent une consommation excessive d'alcool régulière, bien au-dessus de la moyenne de l'Union. Les chiffres de l'obésité sont en hausse en Belgique: un adulte sur sept est désormais obèse sur la base de données auto-déclarées (et 19 %, soit près d'un adulte sur cinq, sur la base des mesures réelles de taille et de poids).

Dépenses de santé

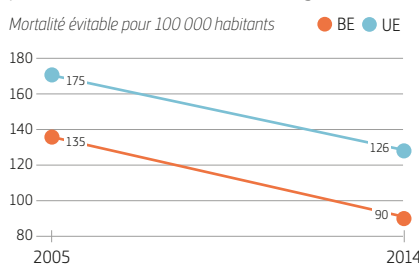


Les dépenses de santé en Belgique n'ont cessé d'augmenter ces 10 dernières années et sont supérieures à celles de la plupart des pays de l'Union. En 2015, la Belgique a dépensé 3 568 EUR par habitant en soins de santé, tandis que la moyenne de l'Union était de 2 797 EUR. Ce chiffre équivaut à 10,5 % du PIB belge, en hausse par rapport aux 9,0 % du PIB en 2005. Il se situe au-dessus de la moyenne de l'Union qui est, elle, de 9,9 %. Les dépenses publiques constituent 77 % des dépenses de santé dans leur ensemble (un chiffre proche de la moyenne de l'Union). La majorité des dépenses restantes sont prises en charge directement par les ménages.

Performance du système de santé

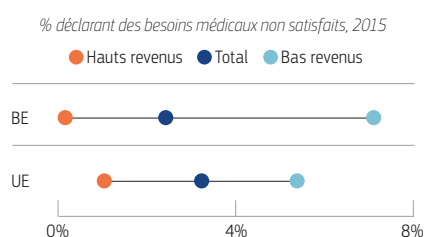
Efficacité

La mortalité évitable grâce au système de soins en Belgique est plus faible que dans la plupart des pays de l'Union, ce qui indique que le système de santé est efficace pour traiter les personnes nécessitant des soins aigus.



Accès

L'accès aux soins de santé en Belgique est généralement bon, mais il existe de grandes disparités en ce qui concerne les besoins de soins non satisfaits en fonction des tranches de revenus.



Résilience

Si l'efficacité des soins hospitaliers s'est améliorée, il reste à renforcer la prévention (qui relève principalement des trois communautés) et les soins de santé primaires. Il convient de mettre en place une étroite coordination des différents niveaux de pouvoir sur la base d'objectifs communs pour relever ces défis.



2 La santé en Belgique

La population belge jouit d'une espérance de vie relativement élevée

L'espérance de vie à la naissance en Belgique a augmenté de plus de trois ans depuis 2000 pour atteindre 81,1 ans en 2015, soit cinq mois de plus que la moyenne de l'Union, mais elle est plus basse que dans la plupart des pays d'Europe occidentale (graphique 1).

Un écart important entre l'espérance de vie des hommes et des femmes persiste en Belgique, les hommes vivant en moyenne presque cinq ans de moins que les femmes en 2015. Toutefois, il n'existe pas de différence entre eux concernant le nombre d'années de vie en bonne santé, les femmes vivant avec une certaine incapacité durant une plus grande partie de leur vie¹. À 65 ans, les femmes et les hommes peuvent s'attendre à vivre encore près de 11 ans sans incapacité, ce qui

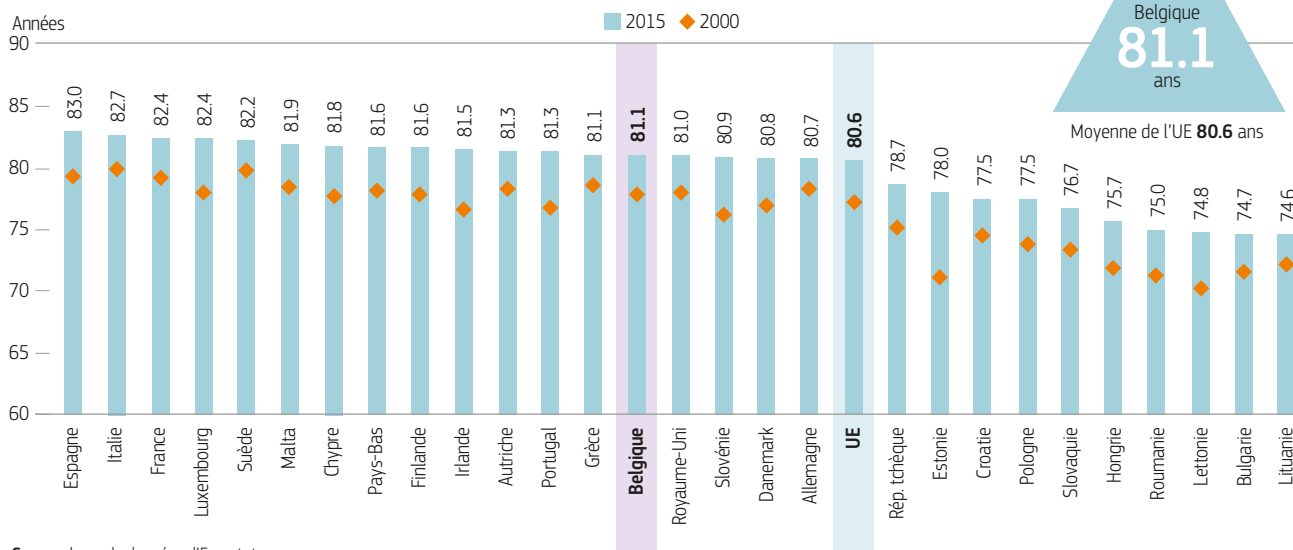
représente 50 % de leurs années de vie restantes pour les femmes et 60 % pour les hommes.

Il existe également de grandes inégalités concernant l'espérance de vie en fonction du statut socioéconomique. À 50 ans, les hommes belges qui ont un faible niveau d'éducation peuvent s'attendre à vivre environ 6 ans de moins que ceux ayant atteint le niveau d'éducation le plus élevé. Chez les femmes, cet écart est légèrement plus petit (environ 5 ans)².

1. Les «années de vie en bonne santé» mesurent le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre sans incapacité à différents âges.

2. Les niveaux d'éducation les plus bas concernent les personnes qui ont arrêté l'école avant la fin de l'enseignement secondaire (niveaux 0 à 2 de la CITE), tandis que les niveaux d'éducation les plus élevés concernent les personnes diplômées de l'enseignement supérieur (niveaux 5 à 8 de la CITE). Ces données proviennent du *Global Future Elderly Model* (modèle mondial pour les personnes âgées de demain).

Graphique 1. L'espérance de vie en Belgique est supérieure à la moyenne de l'Union mais inférieure à celle des pays voisins



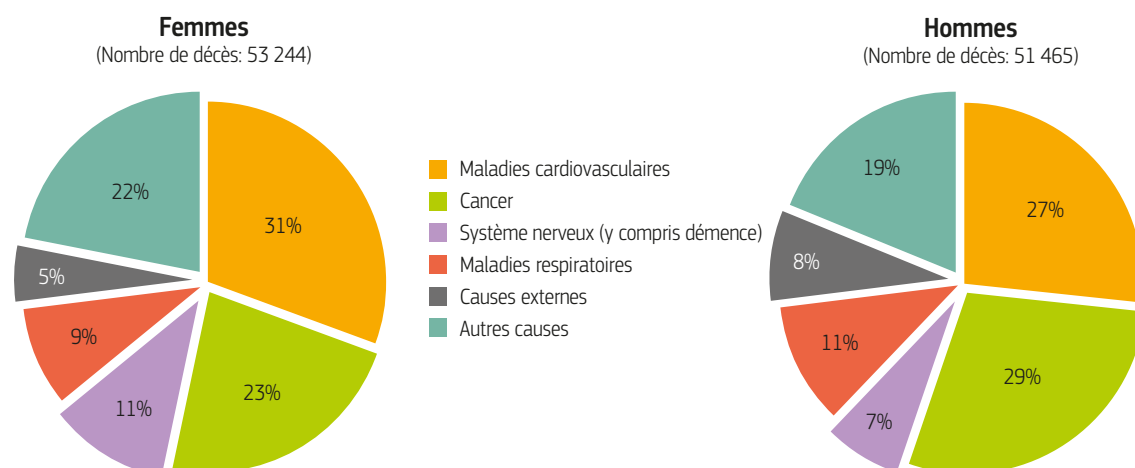
Source: base de données d'Eurostat.

Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont les causes principales de décès

Les maladies cardiovasculaires restent la première cause de décès chez les femmes belges et la deuxième cause de décès chez les hommes après le cancer (graphique 2). En 2014, 30 260 personnes sont décédées de maladies cardiovasculaires (représentant 31 % de tous les décès chez les femmes et 27 % de tous les décès chez les hommes) et plus de 27 200 personnes sont décédées du cancer (représentant 23 % de tous les décès chez les femmes et 29 % de tous les décès chez les hommes).

Si l'on examine les tendances pour des causes de décès plus précises, les maladies cardiaques (ischémiques ou autres) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) restent les principales causes de décès, mais le nombre de personnes qui décèdent de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence a augmenté, conséquence du vieillissement de la population, d'un meilleur diagnostic et d'un manque de traitements efficaces ainsi que de changements dans les pratiques de codage (graphique 3). Le cancer du poumon est la cause principale de décès par cancer, suivi du cancer colorectal et du cancer du sein.

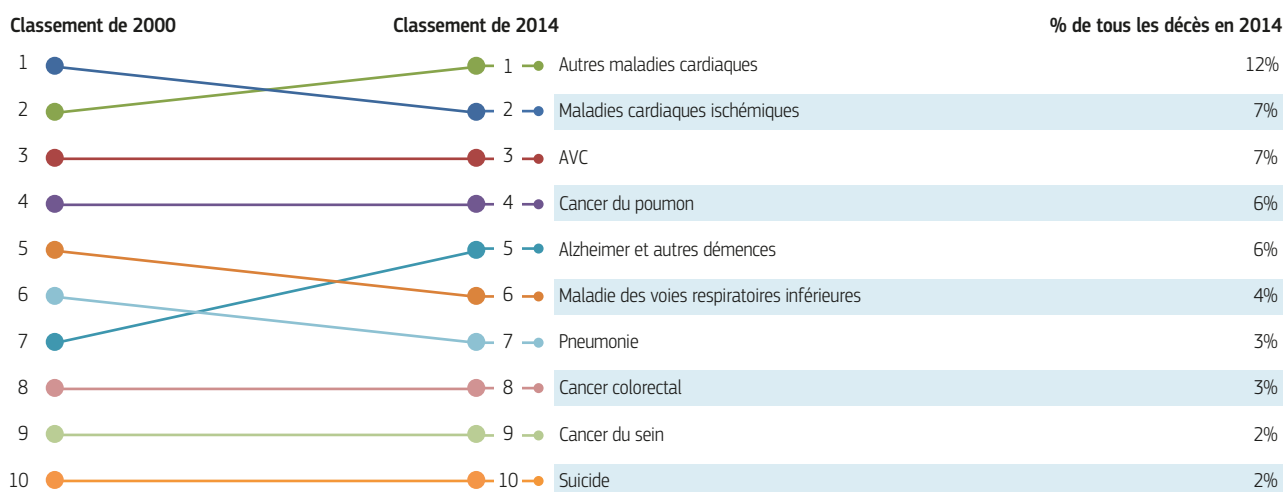
Graphique 2. Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont à l'origine de la majorité des décès en Belgique



Remarque: les données sont présentées par grands chapitres de la CIM. La démence a été ajoutée au chapitre sur les maladies du système nerveux afin de l'inclure dans le même chapitre que la maladie d'Alzheimer (la principale forme de démence).

Source: base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2014).

Graphique 3. Les maladies cardiaques et les AVC restent les causes principales de décès en Belgique



Source: base de données d'Eurostat.

Les problèmes musculo-squelettiques, le diabète et la dépression figurent parmi les principales causes de mauvaise santé

Outre les causes principales de mortalité, les troubles musculo-squelettiques (notamment les douleurs dans le dos et les cervicales), le diabète et les troubles dépressifs majeurs comptent parmi les principaux déterminants des années de vie corrigées de l'incapacité³ (AVCI) en Belgique (IHME, 2016). Même si ces maladies ne sont pas nécessairement mortelles, elles peuvent avoir de graves conséquences sur la qualité de vie et mener à différents types d'incapacités.

Sur la base de données auto-déclarées de l'enquête santé européenne (EHIS) en 2013, environ une personne sur vingt-trois en Belgique souffrait d'asthme, une personne sur quatorze de dépression chronique (avec une proportion plus importante chez les femmes – une sur douze – que chez les hommes – un sur vingt) et plus d'une personne sur vingt du diabète. De grandes disparités existent dans la prévalence de ces maladies chroniques en fonction du niveau d'éducation, l'asthme ou d'autres maladies respiratoires chroniques touchant deux fois plus de personnes ayant atteint le niveau d'éducation le plus bas que de personnes ayant atteint le niveau d'éducation le plus élevé⁴.

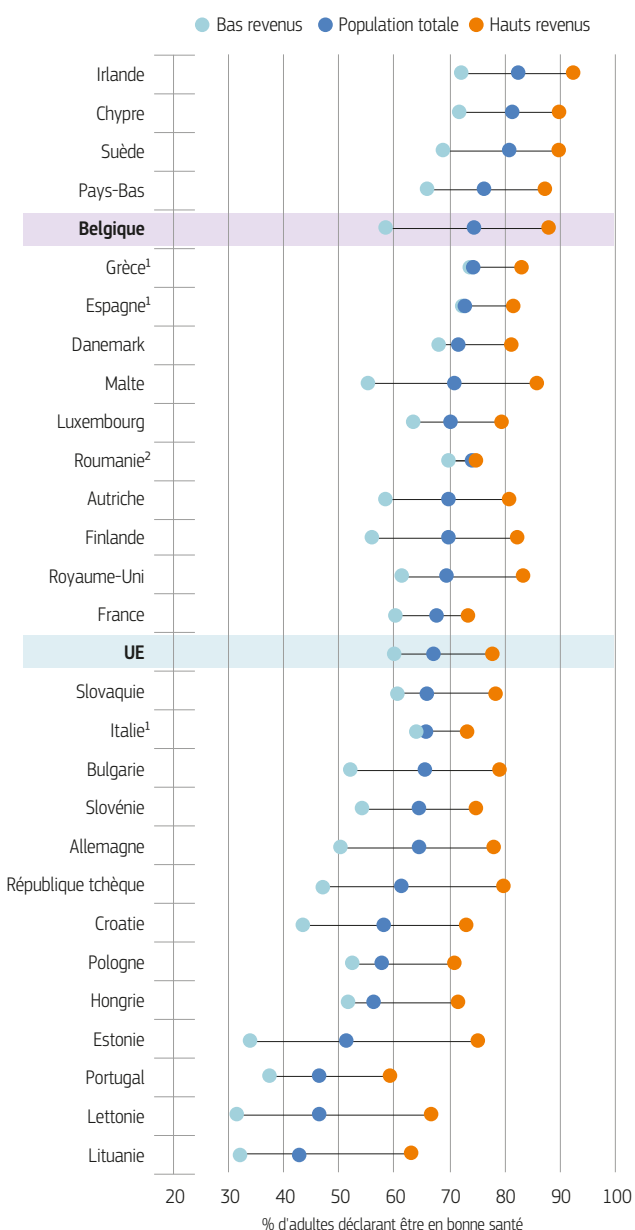
3. L'AVCI est un indicateur utilisé pour estimer le nombre total d'années perdues en raison de certaines maladies et de certains facteurs de risque spécifiques. Une AVCI correspond à une année de vie en bonne santé perdue (IHME).

4. Les inégalités en fonction du niveau d'éducation peuvent être en partie dues à la plus grande proportion de personnes âgées ayant atteint un niveau d'éducation plus bas, mais cela n'explique pas toutes les inégalités socioéconomiques.

La majorité des Belges déclarent être en bonne santé, mais les différences selon le revenu sont plus importantes que dans de nombreux autres pays

Près des trois-quarts (74 %) de la population belge déclarent être en bonne santé, une proportion supérieure à la moyenne de l'Union (67 %). Toutefois, on constate un net écart dans les autoévaluations de santé en fonction du statut socioéconomique: 88 % des personnes appartenant au quintile de revenus le plus élevé déclarent être en bonne santé, contre moins de 60 % pour les personnes appartenant au quintile de revenus le plus bas (graphique 4).

Graphique 4. La majorité des Belges déclarent être en bonne santé, mais un net écart existe selon le revenu



1. Les parts de la population totale et de la population à bas revenus sont plus ou moins les mêmes.
2. Les parts de la population totale et de la population à hauts revenus sont plus ou moins les mêmes.

Source: base de données d'Eurostat, sur la base de l'EU-SILC (les données concernent l'année 2015).

3 Facteurs de risque

Une mauvaise hygiène de vie est responsable de plus d'un quart de la charge totale de morbidité

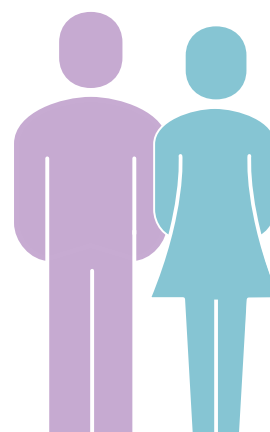
Sur la base d'estimations de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 28 % de la charge totale de morbidité en Belgique en 2015 (mesurée en AVCI) peuvent être imputés à des facteurs de risque liés au comportement – le tabagisme, la consommation d'alcool, les risques alimentaires et le manque d'activité physique étant les principaux facteurs de risque (IHME, 2016).

Les taux de tabagisme chez les adultes et les adolescents ont diminué de manière considérable

Des progrès ont été accomplis en matière de réduction du tabagisme en Belgique, à la suite d'un certain nombre de politiques de lutte anti-tabac. La proportion d'adultes qui fument quotidiennement est passée de 24 % en 2001 à 19 % en 2013, de sorte que le taux de tabagisme chez les adultes en Belgique est à présent plus faible que dans la plupart des pays de l'Union (graphique 5). La consommation régulière de tabac chez les adolescents de 15 ans a également fortement diminué en Belgique, passant de 23 % en 2001-2002 à 10 % en 2013-2014, et est également à présent plus basse que la moyenne de l'Union (14 % en 2013-2014).

La consommation excessive d'alcool touche près de 3 adultes sur 10

Les dommages liés à l'alcool constituent une préoccupation majeure pour la santé publique en Belgique ; seules des mesures politiques limitées ont été prises à ce jour pour s'attaquer à ce problème (section 5.1). En 2014, la Belgique était classée au deuxième rang en terme de consommation d'alcool la plus élevée dans l'Union (après la Lituanie), avec une consommation de 12,6 litres par adulte (contre 9,9 litres en moyenne dans l'Union). Alors qu'elle a diminué dans la plupart des pays de l'Union, la consommation totale d'alcool a augmenté en Belgique depuis 2000.



L'un des enjeux majeurs consiste à réduire la consommation excessive d'alcool chez les adultes: plus d'un quart (28 %) des adultes ont déclaré en 2013 une consommation d'alcool excessive régulière⁵, un pourcentage plus élevé que la moyenne de l'Union (20 %). Pareille consommation excessive d'alcool en Belgique est bien plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (38 % contre 18 %).

Sur une note plus positive, environ 20 % des adolescents de 15 ans ont déclaré avoir été ivre au moins deux fois dans leur vie en 2013-2014, un chiffre en baisse par rapport à 30 % en 2001-2002. Cette proportion est à présent plus faible que dans la plupart des pays de l'Union et que la moyenne de l'Union (25 %).

Les taux d'obésité chez les adolescents et les adultes sont en hausse mais restent inférieurs à ceux de la majorité des pays de l'Union

Les taux d'obésité chez les adultes ont augmenté en Belgique au cours des dix dernières années. Sur la base de données auto-déclarées (qui sous-estiment la véritable prévalence de l'obésité), un adulte sur sept (14 %) était obèse en 2013, une augmentation par rapport à un adulte sur huit (12 %) en 2001⁶. Ce taux reste néanmoins plus faible que dans la plupart des pays de l'Union (la moyenne de l'Union était de 16 % en 2014).

Toujours sur la base de données auto-déclarées, un adolescent de 15 ans sur six (16 %) était en surpoids ou obèse en 2013-2014, en augmentation

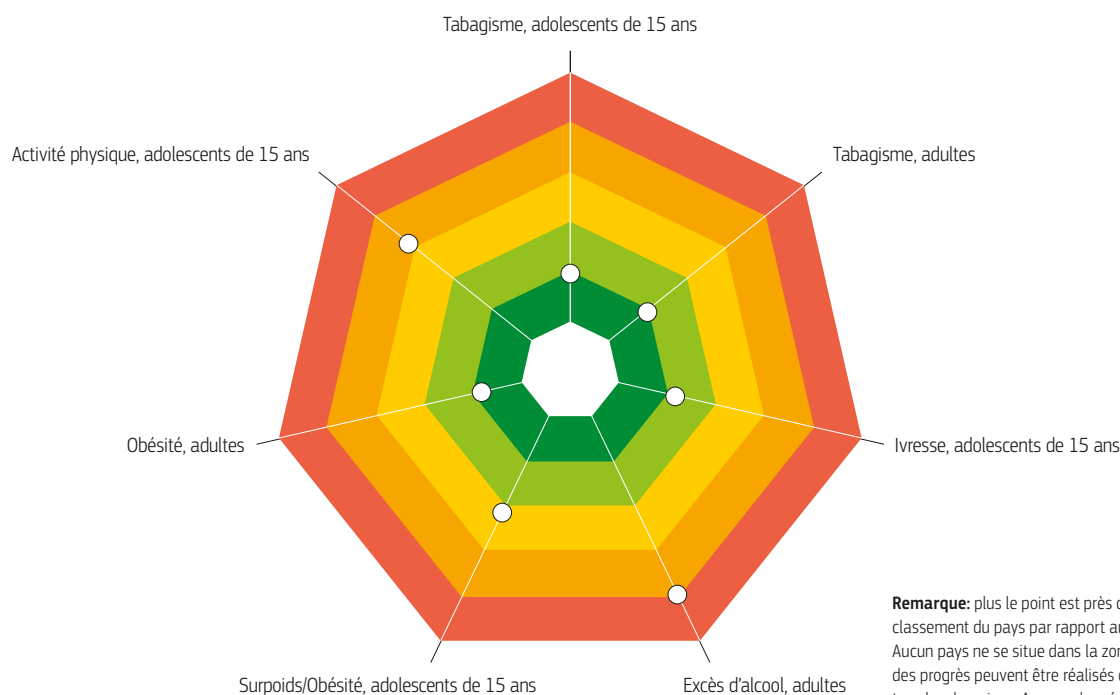
par rapport à un adolescent sur neuf (11 %) en 2001-2002. Si cette proportion reste également inférieure à la moyenne de l'Union, cette hausse est particulièrement préoccupante étant donné qu'être en surpoids ou obèse pendant l'enfance ou l'adolescence augmente la probabilité d'être en surpoids ou obèse à l'âge adulte.

En 2013-2014, seuls 13 % des adolescents de 15 ans en Belgique déclaraient exercer au minimum une activité physique modérée chaque jour, une proportion plus faible que dans la plupart des autres pays de l'Union. Il existe une grande différence entre les filles et les garçons, seulement 9 % des filles de 15 ans déclarant exercer une activité physique quotidienne contre 17 % pour les garçons du même âge.

Il existe de grandes inégalités sociales concernant l'hygiène de vie en Belgique

En Belgique, de nombreux facteurs de risque liés au comportement sont plus courants dans la population ayant un niveau d'éducation moindre ou des revenus plus bas. En 2014, près d'un quart des adultes (23 %) qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires étaient des fumeurs quotidiens, contre seulement 10 % parmi les diplômés de l'enseignement supérieur. De même, près de 20 % des personnes qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires étaient obèses, contre seulement 10 % chez les diplômés de l'enseignement supérieur. Une prévalence plus élevée de facteurs de risque chez les groupes défavorisés contribue à générer des inégalités en matière de santé.

Graphique 5. La consommation d'alcool parmi la population en général et le surpoids et l'obésité chez les adolescents constituent des problèmes de santé publique majeurs en Belgique



Remarque: plus le point est près du centre, meilleur est le classement du pays par rapport aux autres pays de l'Union. Aucun pays ne se situe dans la zone blanche centrale car des progrès peuvent être réalisés dans tous les pays et dans tous les domaines. Aucune donnée comparable sur l'activité physique chez les adultes n'est disponible pour la Belgique.

Source: calculs de l'OCDE à partir de la base de données d'Eurostat (EHIS effectuée en ou vers 2014), statistiques de l'OCDE sur la santé et enquête HBSC de 2013-2014. (Conception du graphique: Laboratorio MeS).

5. Une consommation d'alcool excessive régulière correspond à une consommation de six boissons alcoolisées ou plus au cours d'un même événement, au moins une fois par mois pendant l'année écoulée.

6. Sur la base des taux d'obésité mesurés, près d'un adulte sur cinq (18,6 %) était obèse en 2014.

4 Le système de santé

L'assurance maladie obligatoire est quasi universelle

Le système de santé belge se caractérise par le principe de l'assurance obligatoire et assure une couverture quasi universelle de la population (99 %). L'assurance maladie obligatoire est mise en œuvre par six associations nationales de caisses de maladie privées à but non lucratif et une caisse de maladie publique.

Les autorités fédérales sont chargées de réglementer l'assurance maladie obligatoire et les hôpitaux, de fixer des normes minimales, de légiférer sur les certifications professionnelles et d'enregistrer et de contrôler les prix des médicaments. Les entités fédérées (trois régions et trois communautés)⁷ sont compétentes pour les domaines suivants: promotion de la santé et prévention; fourniture des soins de maternité et des soins à l'enfance, des services sociaux et des soins de proximité, coordination et collaboration en matière de soins de santé primaires et de soins palliatifs; et financement des investissements hospitaliers.

L'assurance maladie obligatoire est gérée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), qui alloue un budget prospectif aux caisses de maladie afin de financer les coûts de soins de santé de leurs membres. Afin de faciliter la coopération et la coordination entre les autorités fédérales et les entités fédérées, des conférences interministérielles ont lieu régulièrement (Gerkens et Merkur, 2010).

7. La Région flamande, la Région wallonne et la Région de Bruxelles-Capitale ainsi que la Communauté flamande, la Communauté française et la Communauté germanophone.

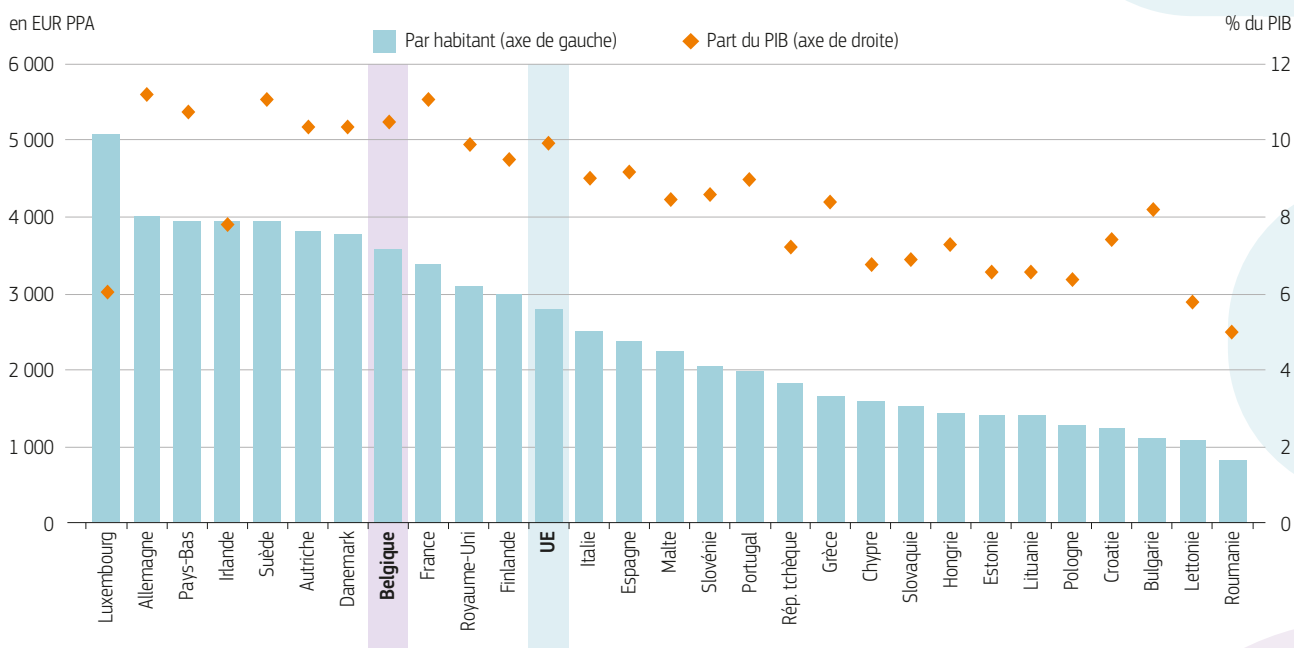
Une «norme de croissance» annuelle garantit la viabilité financière du budget de la santé

La Belgique dépense une part relativement élevée de son PIB pour la santé: 10,5 % en 2015 (contre une moyenne de l'Union de 9,9 %). Par habitant, cela équivaut à 3 568 EUR (ajustés pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat), la huitième dépense la plus élevée parmi les pays de l'Union (graphique 6). Les dépenses publiques représentent 77 % des dépenses totales de santé (ce qui correspond à peu près à la moyenne de l'Union), tandis que les paiements directs des patients représentent la plus grande part des dépenses privées (18 % des dépenses totales de santé) et l'assurance maladie privée une part bien moindre (5 % du montant total).

Le financement public repose majoritairement sur les cotisations de sécurité sociale et, dans une moindre mesure, sur les recettes des administrations publiques provenant de l'imposition progressive des revenus des personnes et des sociétés, et d'autres sources (dites de «financement alternatif») comme une partie des recettes fiscales affectées provenant de la taxe sur la valeur ajoutée.

La croissance du budget de la santé est limitée par une norme de croissance réelle fixée dans la loi, à 4,5 % de 2004 à 2012, à 2 % en 2012, à 3 % en 2013 et 2014 pour chuter à 1,5 % depuis 2015. Dans les faits, cette norme de croissance annuelle signifie que le budget de la santé est garanti. Elle a permis d'atténuer les conséquences de la crise

Graphique 6. Les dépenses de santé en Belgique sont plus élevées que la moyenne de l'Union



Sources: statistiques de l'OCDE sur la santé; base de données d'Eurostat; base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales (les données concernent l'année 2015).

économique parce que le budget alloué à la santé avait tendance à être supérieur aux dépenses réelles, un excédent étant ainsi créé pendant de nombreuses années (sauf en 2012). Depuis 1995, afin d'inciter à la maîtrise des coûts, les caisses de maladie doivent financer 25 % du déficit en puisant dans leurs propres réserves en cas de dépassement des crédits (jusqu'à un maximum de 2 % de leur budget total).

Une réforme des mécanismes de financement des programmes de sécurité sociale y compris des soins de santé a été adoptée par le Parlement belge à la fin mars 2017. Outre le renforcement des mécanismes de contrôle des coûts, cette réforme permettra le transfert d'une partie de la charge fiscale des cotisations de sécurité sociale vers d'autres sources de recettes telles que la taxe sur la valeur ajoutée (encadré 1).

ENCADRÉ 1. RÉCENTE RÉFORME DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT DES PROGRAMMES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DES SOINS DE SANTÉ EN BELGIQUE

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

- **les sources de financement alternatif** comprendront exclusivement les recettes provenant de la taxe sur la valeur ajoutée affectées aux soins de santé;
- **les recettes des administrations publiques** (qui représentent environ 17 % du financement total) peuvent être augmentées par un coefficient de vieillissement sous certaines conditions (notamment que la croissance réelle du PIB excède 1,5 % et que les actifs se retirent du marché du travail à un âge plus avancé en moyenne);
- **la «dotation d'équilibre»** (apportée par le gouvernement fédéral pour compenser les éventuels déficits) dépendra d'une série de facteurs de responsabilisation à plus grande échelle.

La Belgique dispose d'un nombre relativement faible de médecins, de personnel infirmier relativement élevé et de contingents pour l'admission des diplômés en médecine aux formations spécialisées

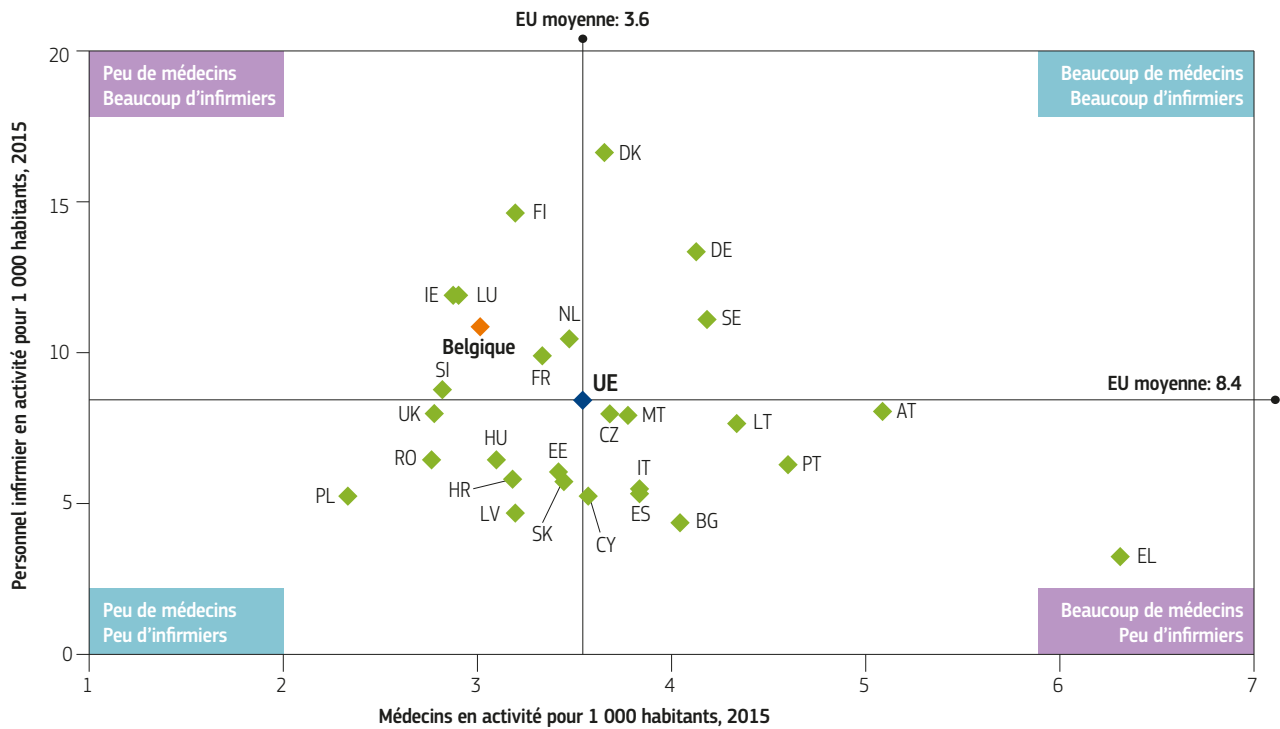
Le nombre de médecins en Belgique par habitant est assez stable depuis 2000, tandis qu'il a augmenté dans la plupart des pays de l'Union, et se situe au-dessous de la moyenne de l'Union. Le personnel infirmier, quant à lui, est en nombre croissant et relativement élevé (graphique 7).

Comme dans de nombreux autres pays de l'Union, la Belgique applique un système de contingentement (*numerus clausus*) afin de limiter le nombre d'étudiants autorisés à se spécialiser en tant que médecins généralistes et spécialistes (c'est aussi le cas pour les dentistes). Les trois Communautés fixent les sous-contingents d'étudiants autorisés à intégrer des spécialités médicales spécifiques et organisent des examens au début de la formation des médecins et des dentistes afin de limiter le nombre d'étudiants qui intègrent ces filières chaque année. Les autres professionnels de santé sont encadrés par des systèmes de planification mais ne sont pas soumis à une régulation stricte du nombre d'étudiants admis chaque année.

La Belgique dispose d'un grand nombre de lits d'hôpital mais les taux d'admission et la durée moyenne de séjour sont proches de la moyenne de l'Union

De nombreux types d'hôpitaux existent en Belgique, notamment des hôpitaux généraux de soins aigus (115), des hôpitaux spécialisés (20), des hôpitaux gériatriques (8) et des hôpitaux psychiatriques (68). Dans l'ensemble, les taux d'admission à l'hôpital sont proches de la moyenne de l'Union, tout comme la durée moyenne de séjour (7,8 jours en Belgique contre 8,0 jours pour la moyenne de l'Union). Le nombre de lits d'hôpital a diminué de manière constante en Belgique, bien qu'il reste plus élevé que la moyenne de l'Union (619 contre 515 lits d'hôpital au total pour 100 000 habitants en 2015, et 565 contre 418 lits en soins curatifs pour 100 000 habitants).

Graphique 7. La Belgique compte moins de médecins par habitant que la moyenne de l'Union mais plus d'infirmiers



Remarque: au Portugal et en Grèce, les données concernent tous les médecins autorisés à exercer, ce qui conduit à une surestimation importante du nombre de médecins en activité (d'environ 30 % au Portugal, par exemple). En Autriche et en Grèce, le nombre d'infirmiers est sous-estimé car il n'inclut que le personnel infirmier hospitalier.

Source: base de données d'Eurostat.

Les patients jouissent d'une liberté de choix et les soins primaires sont dispensés essentiellement par des médecins libéraux

L'offre de services de santé se caractérise par le principe de la liberté de choix des patients, et les médecins qui dispensent des soins primaires exercent pour la plupart en profession libérale, travaillent seuls et sont rémunérés par des honoraires pour leurs services. Comme les patients ne doivent pas systématiquement passer par les médecins généralistes pour être adressés à des spécialistes, ils ont librement accès aux médecins spécialistes et aux soins hospitaliers. Toutefois, le nombre moyen de consultations médicales par habitant n'est pas plus élevé que la moyenne de l'Union.

Plusieurs caractéristiques du système de santé contribuent à renforcer la disponibilité des services en Belgique. À titre d'exemple, les visites à domicile de médecins généralistes auprès des patients sont une pratique courante et les patients ne doivent habituellement pas attendre longtemps pour avoir accès à un médecin généraliste, mais les délais d'attente pour une consultation dans des services plus spécialisés (par exemple, les spécialistes de la santé mentale, les ophtalmologues, les dermatologues) peuvent être plus longs. Le personnel infirmier joue également un rôle essentiel en fournissant des services de soins à domicile aux personnes atteintes de maladies chroniques ou handicapées.



5 Performance du système de santé

5.1. EFFICACITÉ

Le niveau relativement faible de la mortalité évitable en Belgique indique que le système de santé est efficace

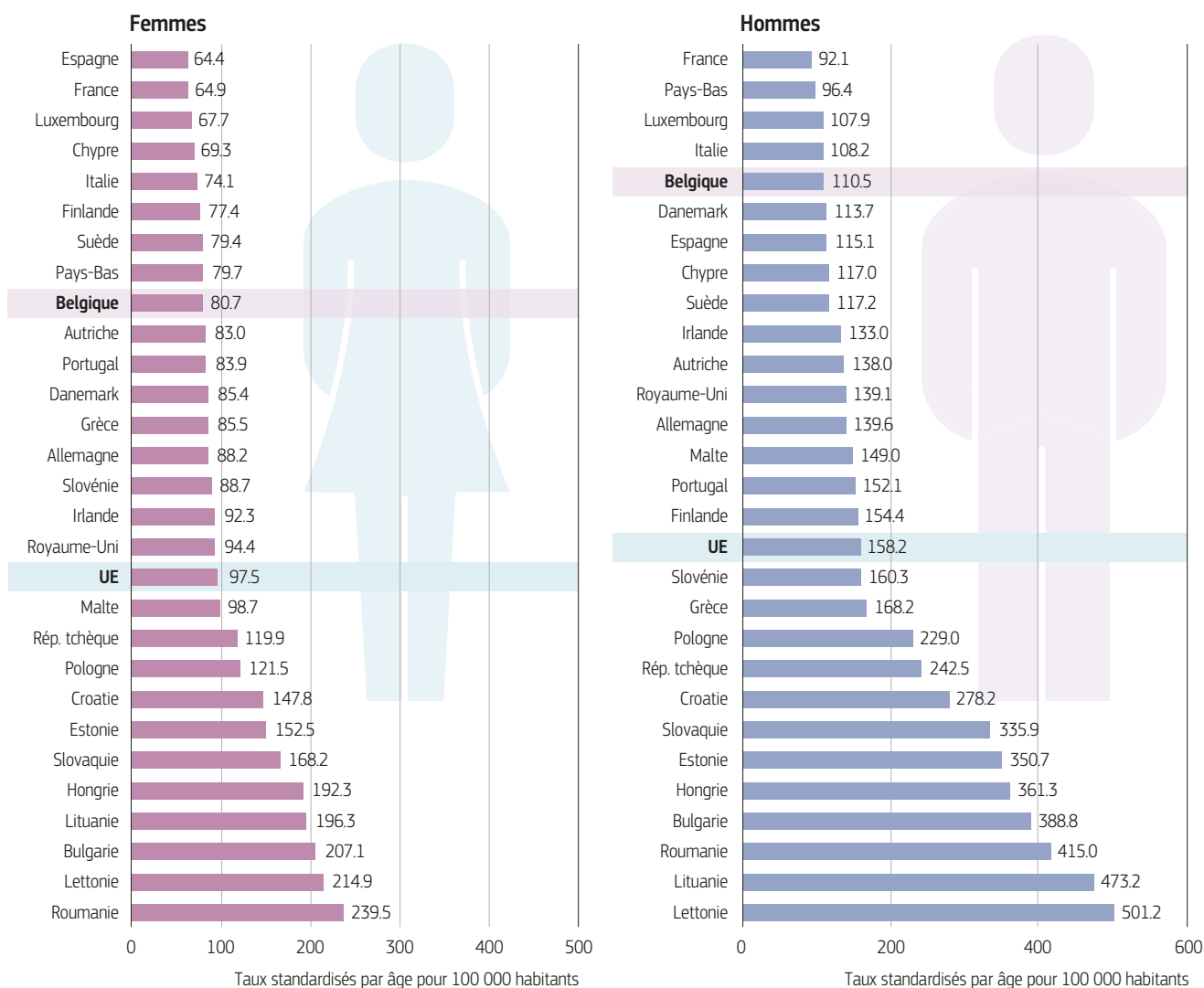
La Belgique enregistre un taux de mortalité évitable⁸ relativement faible chez les hommes et les femmes, ce qui indique que le système de santé permet de traiter efficacement les personnes atteintes d'une pathologie aiguë mettant leur vie en danger (graphique 8). Cette bonne performance s'explique principalement par les faibles taux de mortalité par maladies cardiaques ischémiques et AVC.

8. On entend par «mortalité évitable» les décès prématurés qui auraient pu être évités grâce à des soins de santé rapides et efficaces.

La qualité des soins aigus pour les maladies cardiovasculaires est meilleure que la moyenne de l'Union

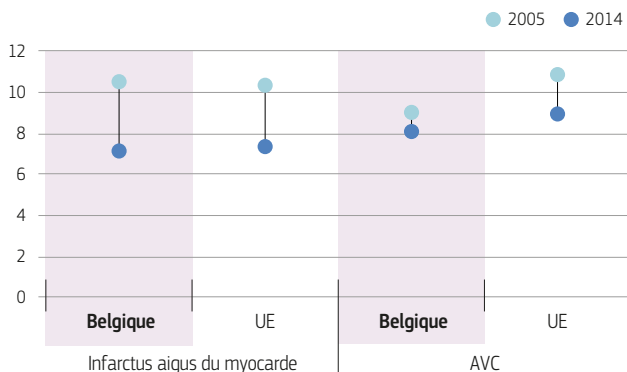
Des progrès considérables ont été accomplis en Belgique au cours des dix dernières années quant au nombre de vies sauvées dans le cas de patients hospitalisés pour un infarctus aigu du myocarde et, dans une moindre mesure, pour un AVC. La proportion de patients qui décèdent après une hospitalisation pour un infarctus aigu du myocarde a chuté de 10,4 % en 2005 à 7,0 % en 2014. Chez les personnes hospitalisées pour un AVC, ce chiffre est passé de 9,3 % à 8,4 % (graphique 9). Ces améliorations sont le reflet de plusieurs changements, notamment un meilleur accès à des soins aigus de qualité pour les infarctus aigus du myocarde et les AVC, un transport plus rapide des patients à l'hôpital et la création d'unités spécialisées pour traiter ces maladies graves (OCDE, 2015).

Graphique 8. Les taux de mortalité évitable en Belgique sont plus faibles que dans la plupart des pays de l'Union



Source: base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2014).

Graphique 9. Les taux de mortalité à la suite d'une hospitalisation pour une crise cardiaque ou un AVC ont diminué en Belgique



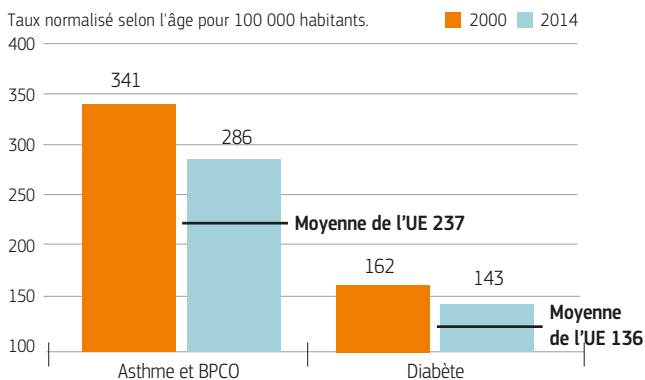
Remarque: ces données portent sur les taux de mortalité à 30 jours dans l'hôpital dans lequel le patient a été admis. Ces taux ont été ajustés en fonction de la population standard par âge et sexe des adultes âgés de 45 ans et plus dans les pays de l'OCDE admis à l'hôpital pour un infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque) ou un AVC ischémique en 2010. La moyenne de l'Union repose sur la moyenne non pondérée des 22 pays dont les données étaient disponibles pour 2005 et 2014 (ou l'année la plus proche).

Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

Le nombre d'hospitalisations évitables pour maladies chroniques est supérieur à la moyenne de l'Union, indiquant des faiblesses dans les soins primaires

Le nombre d'hospitalisations évitables pour maladies chroniques, telles que l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et le diabète a diminué en Belgique ces dix dernières années, mais il reste plus élevé que la moyenne de l'Union (graphique 10). Cela indique qu'il existe des faiblesses dans l'efficacité des soins primaires. De nouveaux parcours de soins pour les personnes atteintes de diabète ou d'une affection rénale en phase terminale sont en cours d'élaboration, avec la participation de médecins généralistes, de spécialistes et d'autres prestataires de soins.

Graphique 10. Le nombre d'hospitalisations évitables pour maladies chroniques a baissé en Belgique mais reste plus élevé que la moyenne de l'Union



Remarque: les moyennes de l'Union sont basées sur 24 pays (moyennes non pondérées).

Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

La mortalité due au cancer pourrait être réduite davantage grâce à une meilleure prévention et à un dépistage plus précoce

La qualité des soins contre le cancer en Belgique, mesurée par le taux de survie à cinq ans pour les cancers pouvant être traités, tels que le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal, est meilleure que la moyenne de l'Union (OCDE/UE, 2016).

Toutefois, des progrès supplémentaires peuvent être accomplis pour réduire la mortalité par cancer grâce à une meilleure prévention et à un diagnostic plus précoce. Au début des années 2000, la Belgique a mis en place une stratégie de dépistage du cancer du sein ainsi que des programmes de soins contre le cancer afin d'améliorer l'organisation et la fourniture de ces soins. En 2008, la gouvernance des soins contre le cancer a été renforcée par l'introduction d'un plan national contre le cancer qui se focalisait sur la prévention, le diagnostic et le traitement précoces, la fixation d'objectifs précis dans ces domaines et l'affectation de fonds supplémentaires pour atteindre ces objectifs.

Les données disponibles sur le taux de participation aux programmes de dépistage du cancer sont assez anciennes. Ces données montrent qu'en 2010 environ 60 % des femmes du groupe d'âge cible (femmes âgées de 50 à 69 ans) seulement avaient bénéficié d'un dépistage du cancer du sein au cours des deux années précédentes et qu'en 2012, 54 % des femmes âgées de 50 à 69 ans seulement avaient bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois années précédentes⁹. Sur une note plus positive, la coordination des soins pour les patients atteints de cancer dans les hôpitaux s'est améliorée grâce à une meilleure mise en œuvre de rencontres d'équipes multidisciplinaires pour assurer la continuité entre les différents prestataires de soins (Vrijens *et al.*, 2016).

Les récentes politiques de prévention se concentrent sur une alimentation plus saine, moins sur la consommation excessive d'alcool

La promotion de la santé et la prévention des maladies en Belgique relèvent principalement de la compétence des trois communautés. En 2014, les dépenses totales pour la santé publique et la prévention des maladies en Belgique représentaient seulement 2,1 % des dépenses totales de santé, une part moins importante que la moyenne de l'Union, qui s'élevait à 3,0 %. En Belgique, comme dans d'autres pays, un enjeu de santé publique majeur concerne la question de savoir comment améliorer le mode de vie des personnes les plus défavorisées. Les connaissances en matière de santé se caractérisent par le même gradient socio-économique que celui qui caractérise la prévalence de nombreux facteurs de risque importants.

9. Les données auto-déclarées de l'enquête belge par interview sur la santé de 2013 indiquent des taux plus élevés: 76 % pour le dépistage du cancer du sein et 69 % pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en 2013.

Les récentes campagnes de promotion de la santé en Belgique ont visé à promouvoir une plus grande réduction du tabagisme, une alimentation saine et des taux de vaccination plus élevés chez les groupes cibles. La Belgique a mis en place des services complets pour aider les fumeurs à arrêter de fumer et des politiques d'interdiction de fumer ont également été mises en œuvre (OMS, 2015). Comme dans de nombreux autres pays, des campagnes médiatiques de masse ont été lancées pour promouvoir l'objectif de consommer «cinq fruits et légumes par jour». La Belgique a imposé une taxe sur les boissons sucrées en 2016, comme c'est le cas en France et en Finlande, mais a abandonné la perspective d'une taxe sur les aliments sucrés.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, qui constitue un problème de santé publique majeur en Belgique (plus de 1 400 personnes sont décédées de maladies liées à l'alcool en 2014, sans compter les blessures et morts violentes liées à l'alcool), la Belgique impose des taxes sur la bière, le vin et les spiritueux plus élevées que dans des pays voisins comme la France ou le Luxembourg, bien que d'autres pays de l'Union aient des taxes plus élevées. Toutefois, au-delà de ces taxes, les tentatives successives d'élaborer un plan global visant à lutter contre le niveau élevé de consommation d'alcool se sont heurtées à l'opposition de l'industrie. Il n'existe pas de réglementation juridiquement contraignante sur la publicité ou la promotion des ventes d'alcool, tandis que de telles réglementations existent dans de nombreux autres pays (OCDE, 2015).

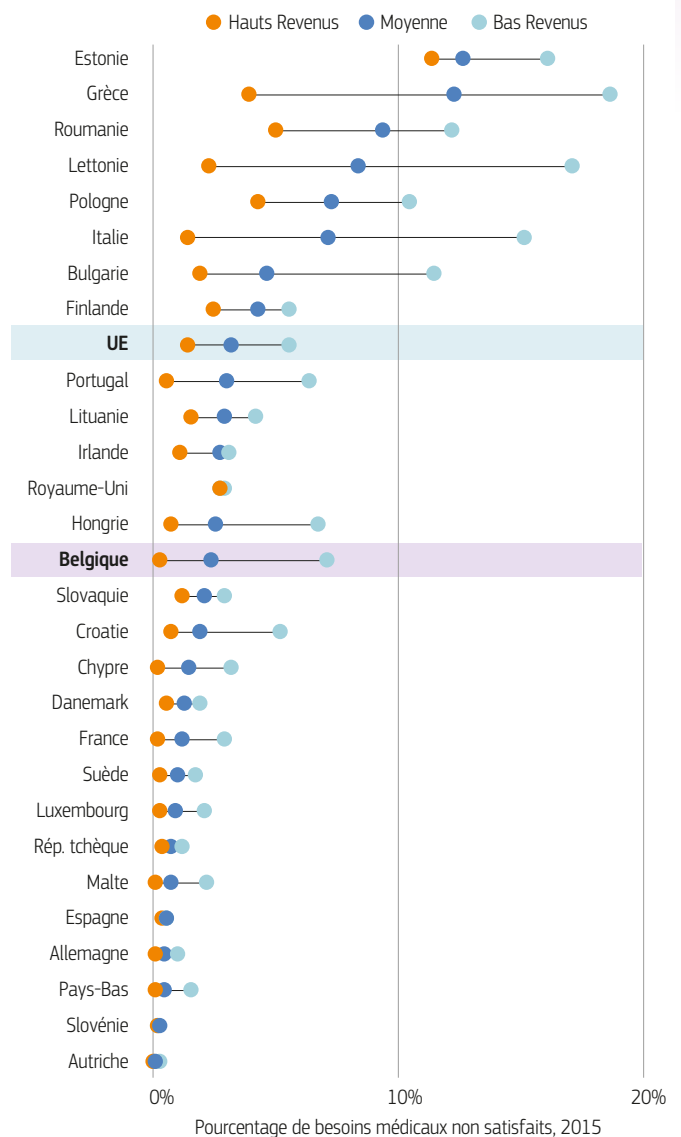
La Belgique est également confrontée au défi du rétablissement de la confiance du public en différents types de vaccins, y compris le vaccin contre la grippe. Le pourcentage de personnes de plus de 65 ans vaccinées contre la grippe a chuté au cours des dix dernières années, passant de 64 % en 2004 à 58 % en 2013. Cette baisse a éloigné davantage la Belgique de l'objectif d'une couverture vaccinale de 75 %, un pourcentage fixé à la fois par l'OMS et dans la recommandation du Conseil de l'Union européenne de 2009 concernant les taux de vaccination chez ce groupe de la population. Une couverture vaccinale réduite augmente le risque de voir les personnes âgées contracter la grippe et souffrir de complications qui y sont liées, ce qui peut mener à plus de cas d'hospitalisations ou même de décès.

5.2. ACCESSIBILITÉ

Les besoins non satisfaits en matière de soins de santé varient considérablement selon le revenu

Comme cela a déjà été noté, le système d'assurance maladie obligatoire belge offre une couverture quasi universelle, avec une population couverte à 99 % en 2015. Sur la base de l'enquête EU-SILC, seuls 2,4 % des Belges ont déclaré des besoins de soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières, géographiques ou de délais d'attente en 2015 (graphique 11). Cette proportion est inférieure à la moyenne de l'Union (3,6 %), mais il existe des différences considérables en fonction de la tranche de revenus: 7,2 % des personnes ayant les revenus les plus faibles ont déclaré se passer de soins médicaux lorsqu'elles en avaient besoin, tandis que cette proportion était proche de zéro (0,2 %) chez les personnes ayant les revenus les plus élevés.

Graphique 11. Peu de Belges déclarent des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux, mais de grandes inégalités existent selon le revenu



Remarque: les données portent sur les besoins d'examen médical ou de traitement non satisfaits en raison du coût, de la distance à parcourir ou des délais d'attente. Il convient de rester prudent lors de la comparaison des données entre pays car il existe des différences dans l'instrument d'enquête utilisé.

Source: base de données d'Eurostat, sur la base de l'EU-SILC (les données concernent l'année 2015).

Les données de l'EU-SILC montrent une tendance à la hausse des besoins de soins médicaux non satisfaits depuis 2011, en particulier chez les personnes à faibles revenus. La proportion des personnes ayant les revenus les plus faibles qui déclarent se passer de soins médicaux pour des raisons financières, géographiques ou de délais d'attente est passée d'environ 4 % en 2011 à 7 % en 2015. Dans la majorité des cas, ces besoins non satisfaits l'étaient pour des raisons financières.

ENCADRÉ 2. STATUT DE REMBOURSEMENT PRÉFÉRENTIEL EN BELGIQUE

Les bénéficiaires de prestations sociales ont automatiquement droit à un remboursement préférentiel des services de soins de santé. D'autres personnes ont droit à un remboursement préférentiel sur la base de leur revenu annuel brut imposable (au-dessous de 16 965 EUR + 3 140 EUR par personne à charge en 2013), une fois que les caisses de maladie ont vérifié que leur revenu n'excède pas ce seuil. En outre, les patients qui souffrent de maladies chroniques bénéficient du remboursement préférentiel et sont exemptés de la participation aux coûts.

Jusqu'à 90 % des coûts médicaux sont couverts pour les personnes bénéficiant du remboursement préférentiel. Depuis janvier 2015, l'accès au remboursement préférentiel est, le cas échéant, proposé spontanément par les caisses de maladie, parce que certaines personnes ne connaissent pas leurs droits. Cette mesure vise à supprimer les obstacles à l'accès aux soins de santé.

Les mesures visant à réduire l'incidence du ticket modérateur pour les groupes vulnérables ont été simplifiées

En Belgique, les patients contribuent au financement des soins de santé en prenant à leur charge le ticket modérateur officiel et divers suppléments. Le remboursement des coûts des services aux patients dépend du type de service fourni, du revenu et du statut social du patient, ainsi que du montant cumulé du ticket modérateur déjà payé au cours d'une année donnée (avec un plafond annuel du montant total du ticket modérateur). Les personnes qui bénéficient d'un remboursement préférentiel ont un ticket modérateur moins élevé (encadré 2).

En janvier 2015, le système du ticket modérateur pour les consultations médicales chez un spécialiste a été simplifié: le montant a été fixé à 3 EUR pour les personnes bénéficiant d'un remboursement préférentiel et à 12 EUR pour les personnes ne bénéficiant pas du remboursement préférentiel (il était auparavant calculé sur la base d'un pourcentage).

Pour les soins ambulatoires, les patients avancent le plus souvent la totalité de la somme due et demandent ensuite le remboursement auprès de leur caisse de maladie. Le système du tiers payant est progressivement élargi pour améliorer l'accès aux soins ambulatoires, notamment pour les personnes vulnérables. Depuis juillet 2015, les patients bénéficiant d'un remboursement préférentiel ne payent de ticket modérateur que pour les consultations chez le médecin généraliste.

Les délais d'attente sont courts pour les médecins généralistes mais peuvent être plus longs pour d'autres services

Si les délais d'attente pour consulter un généraliste ou pour une chirurgie élective sont généralement courts en Belgique, les délais d'attente peuvent être plus longs pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste. Par exemple, en 2013, 38 % de la population a déclaré avoir dû attendre deux semaines ou plus pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste et, bien que ce délai soit court par rapport à d'autres pays, environ 10 % de ces personnes considéraient que ce temps d'attente posait un problème. Les délais d'attente pour une première consultation en face à face dans un centre de santé mentale ambulatoire peuvent également être assez longs. En 2013, 37 % des patients ont dû attendre un mois ou plus pour une première consultation dans un tel centre (Vrijens *et al.*, 2016).

5.3. RÉSILIENCE¹⁰

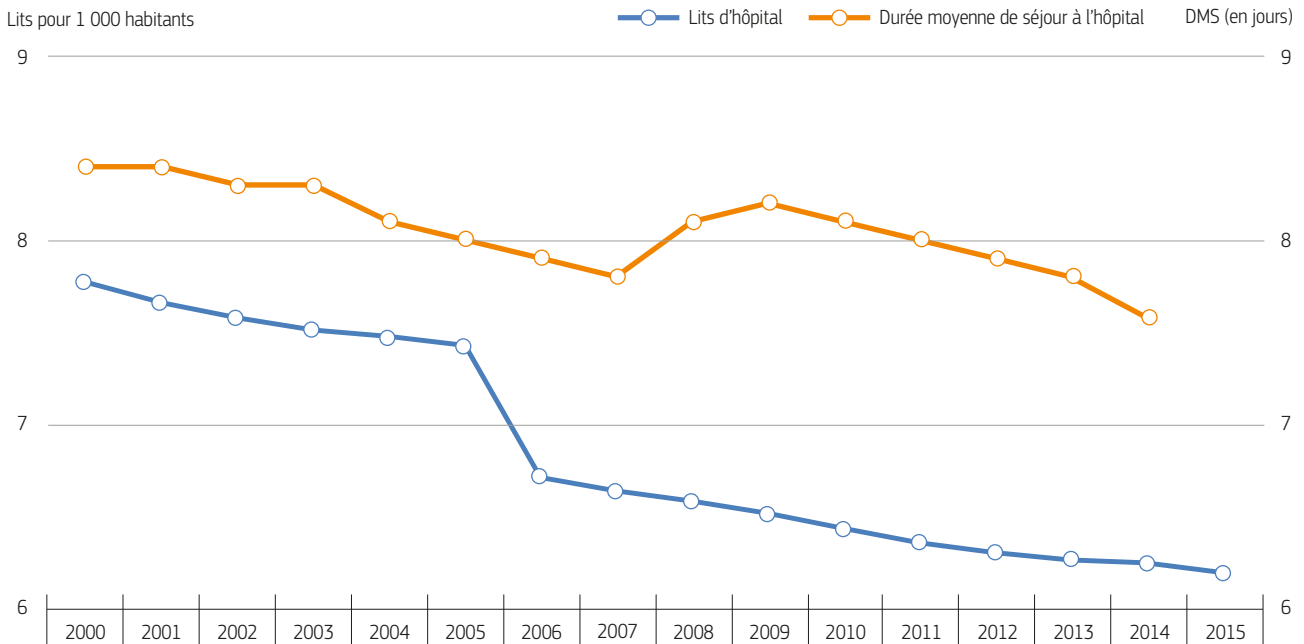
La croissance des dépenses publiques de santé a été réduite de plus de moitié ces dernières années

Le ralentissement marqué de la croissance des dépenses publiques en matière de santé en Belgique ces dernières années s'inscrit dans le cadre d'efforts plus vastes consentis pour réduire la croissance des cotisations sociales et autres taxes. Comme indiqué dans la section 4, le plafond prévu par la loi pour les dépenses publiques de santé a été réduit, passant d'un taux de croissance autorisée de 4,5 % par an de 2004 à 2012 à 3 % en 2013 et 2014, pour chuter à 1,5 % depuis 2015. Cette réduction du taux de croissance a été rendue possible grâce à la mise en œuvre d'une série de mesures de maîtrise des coûts qui concernaient toutes les catégories de dépenses, y compris les hôpitaux, les médicaments et d'autres postes de dépenses.

Selon les prévisions de 2015 du groupe de travail sur le vieillissement de la population du Comité de politique économique de la Commission, qui reposent sur un certain nombre d'hypothèses concernant les gains futurs en matière d'espérance de vie en bonne santé et de croissance économique, la part du PIB que représentent les dépenses publiques de soins de santé ne devrait augmenter que légèrement entre 2013 et 2060. Toutefois, les dépenses publiques consacrées aux soins de longue durée devraient augmenter beaucoup plus rapidement, dans une proportion de 1,6 % du PIB entre 2013 et 2060, principalement en raison du vieillissement de la population (Commission européenne et Comité de politique économique, 2015). Un des enjeux majeurs consistera donc à s'assurer que des financements publics suffisants seront disponibles pour répondre aux besoins croissants de soins de longue durée, tout en répondant efficacement et équitablement aux besoins croissants de soins de santé.

10. La «résilience» est définie comme la capacité des systèmes de santé à s'adapter efficacement à l'évolution de l'environnement, à des chocs soudains ou à des crises.

Graphique 12. Le nombre de lits d'hôpital et la durée moyenne de séjour en Belgique ont diminué au cours des dix dernières années



Remarque: il y a une rupture dans la série du nombre de lits d'hôpital en 2006 (lorsque les lits des institutions de soins psychiatriques ont été exclus), ce qui explique la grande réduction du nombre de lits cette année-là.

Source: base de données d'Eurostat.

Des progrès ont été accomplis en matière d'efficacité des hôpitaux mais des améliorations sont encore possibles

La réduction du nombre de lits d'hôpital en Belgique depuis 2000 s'est accompagnée d'une réduction de la durée moyenne de séjour (graphique 12). Pourtant, le nombre total de lits d'hôpital par habitant en Belgique reste bien plus élevé que la moyenne de l'Union (619 contre 515 pour 100 000 habitants en 2015). Des réductions sont encore possibles en développant les soins de jour, en réduisant les admissions évitables et en diminuant la durée de séjour dans certains cas.

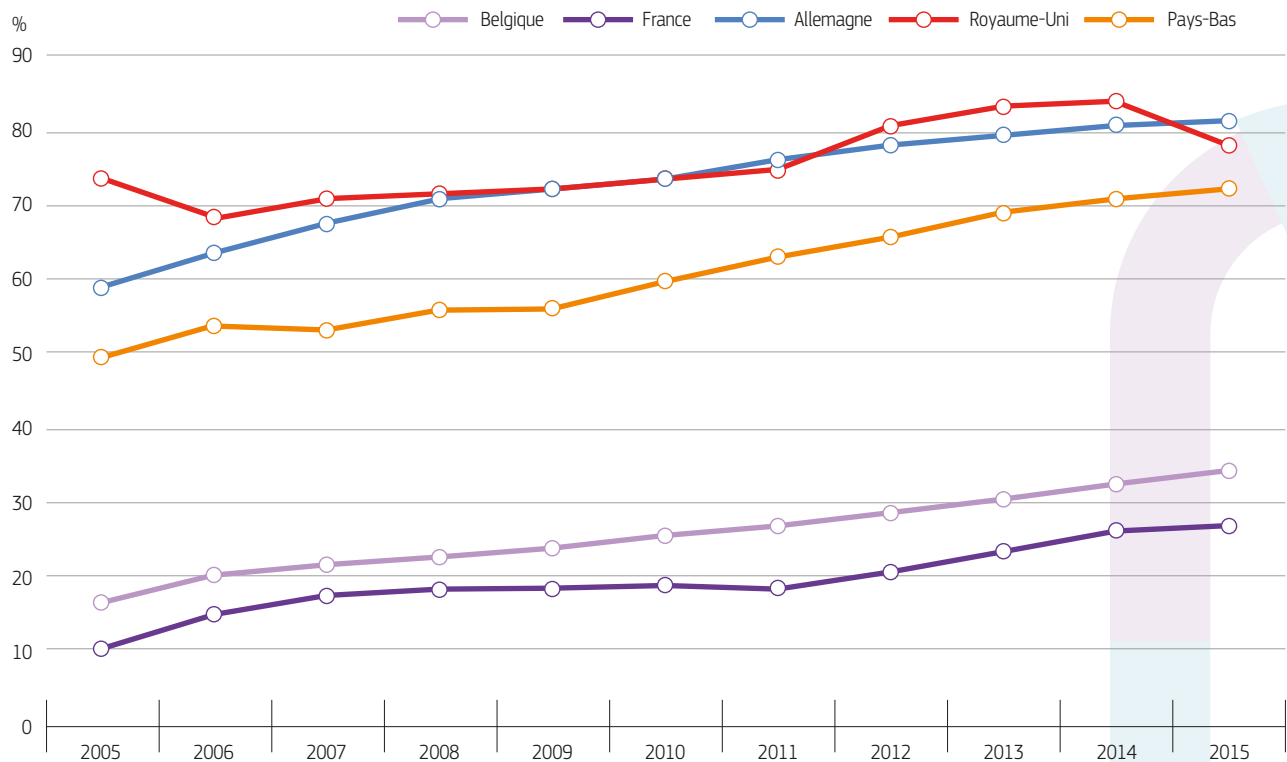
Si la chirurgie ambulatoire est une pratique assez courante pour certaines opérations (par exemple, la cataracte) en Belgique, le pays est toujours en retard par rapport à d'autres pays pour de nombreuses autres interventions. Il existe également de grandes différences au sein de la Belgique en ce qui concerne le recours à la chirurgie ambulatoire en fonction des régions et des hôpitaux, ce qui indique que de grandes améliorations sont encore possibles. À titre d'exemple, le taux moyen national de chirurgie ambulatoire pour la cholécystectomie par laparoscopie n'était que d'environ 6 % au cours de la période 2011 à 2013, mais ce taux variait de 0 % dans de nombreux hôpitaux à 50 % ou plus dans certains grands hôpitaux. Un rapport belge récent indiquait qu'il devrait être possible d'atteindre un niveau d'au moins 40 % à 50 % de soins de jour pour cette intervention. Le développement de la chirurgie ambulatoire en Belgique passe par des incitations financières appropriées et une plus forte volonté des directions médicales (Leroy *et al.*, 2017).

Des progrès ont été accomplis vers une consommation de médicaments plus efficace

La Belgique a pris un certain nombre de mesures ces dernières années afin d'améliorer à la fois l'accès aux médicaments et l'efficacité de la consommation de médicaments. La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a signé en 2015 un «Pacte d'avenir» avec l'industrie pharmaceutique belge, afin d'améliorer l'accès à des thérapies innovantes tout en maîtrisant les dépenses pharmaceutiques. L'accord prévoit un cadre qui allie maîtrise des coûts et mesures de soutien à l'innovation (Commission européenne, 2016).

La Belgique a également de plus en plus recours à l'évaluation des technologies de santé afin de prendre des décisions relatives au remboursement des médicaments. Elle participe à la nouvelle collaboration BeNeLuxA (aux côtés des Pays-Bas, du Luxembourg et de l'Autriche) sur l'évaluation commune des technologies de santé, l'analyse prospective, l'échange d'informations et les négociations concernant la fixation des prix et du remboursement des nouveaux médicaments.

Le réinvestissement dans le remboursement de nouveaux médicaments innovants est financé au moins en partie par l'incitation à l'utilisation de médicaments génériques et biosimilaires et par une plus grande concurrence sur le marché post-brevet. Au cours des dix dernières années, la Belgique a redoublé d'efforts pour encourager l'utilisation de génériques grâce à l'introduction d'incitations financières pour les patients (sous la forme de sanctions financières infligées aux personnes

Graphique 13. La part du marché des génériques en Belgique a augmenté mais reste plus faible que dans d'autres pays de l'Union

Remarque: ces données portent sur la part de génériques en volume de consommation (non en valeur).

Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

qui achètent un médicament de marque lorsqu'un médicament générique est disponible), l'instauration de contingents de prescription pour les médecins et d'une obligation de substitution pour certaines catégories de médicaments par les pharmaciens ainsi que des campagnes d'éducation et d'information pour les patients. Entre 2005 et 2015, la part du marché des génériques a doublé en volume, passant de 17 % à 35 %. Toutefois, comme le montre le graphique 13, l'utilisation de génériques en Belgique est encore faible par rapport à de nombreux autres pays, tels que le Royaume-Uni, l'Allemagne et les Pays-Bas. Une plus grande concurrence sur le marché post-brevet pourrait également réduire les prix des génériques, qui restent élevés par rapport à ceux des pays voisins.

Un autre enjeu majeur consiste à promouvoir une utilisation plus appropriée des médicaments. C'est notamment le cas des antibiotiques. En 2015, la Belgique enregistrait le troisième plus grand volume de consommation d'antibiotiques par habitant parmi les pays de l'Union (après la Grèce et la France), avec des niveaux de consommation près de trois fois plus élevés qu'aux Pays-Bas. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité a lancé des campagnes de sensibilisation du public et organisé des retours d'information auprès des médecins pour réduire la surconsommation d'antibiotiques. Depuis mai 2017, il a également augmenté le ticket modérateur des patients pour certains antibiotiques, dans le cadre d'une vaste stratégie visant à combattre la résistance aux antimicrobiens (voir encadré 3).

Un renforcement de la formation, de l'innovation et de la collaboration peut aider à remédier à la pénurie de professionnels de la santé

La pénurie de médecins et d'autres professionnels de la santé est un sujet de préoccupation grandissant en Belgique. Les inquiétudes concernant l'offre de médecins font suite à une période, entre 2004 et 2011, pendant laquelle le *numerus clausus* (contingent annuel de diplômés en médecine qui étaient autorisés à se spécialiser en tant que médecins généralistes ou spécialistes était fixé à un niveau assez bas. En 2014, 44 % de tous les médecins avaient plus de 55 ans, un chiffre en augmentation par rapport à celui de 24 % en 2000, et l'on peut donc s'attendre à ce qu'ils se retirent de la vie active dans les dix prochaines années.

En réponse à ces préoccupations, le gouvernement fédéral n'a cessé d'augmenter le *numerus clausus* depuis 2011, avec une augmentation du contingent qui est passé de 757 de 2008 à 2011 à 890 en 2012, 975 en 2013, 1 025 en 2014 et 1 230 de 2015 à 2018. Cela représente une augmentation de plus de 60 % entre la période 2008-2011 et la période 2015-2018. Ces places de formation de troisième cycle sont réparties entre la Communauté flamande (60 %) et la Communauté française (40 %). En outre, le nombre d'étudiants en médecine générale a augmenté d'un minimum de 300 de 2008 à 2014 à 360 de 2015 à 2018 afin de mieux répondre aux besoins croissants de soins primaires.

En outre, plusieurs mesures innovantes ont été prises pour élargir le rôle d'autres professionnels de la santé, tels que le personnel infirmier et les pharmaciens, afin d'améliorer l'accès de la population aux services. À titre d'exemple, depuis avril 2016, le personnel infirmier est autorisé à administrer des vaccins en l'absence d'un médecin (cette pratique existe depuis longtemps dans de nombreux autres pays). La ministre belge des Affaires sociales et de la Santé publique a également présenté en septembre 2016 les premières étapes d'une réforme plus vaste de l'exercice des professions de santé (loi coordonnée du 10 mai 2015). Cette réforme vise à promouvoir une plus grande collaboration entre les professionnels de la santé et une meilleure reconnaissance des compétences acquises et de la formation continue.

La Belgique a pris des mesures pour améliorer son système d'informations sur la santé

La Belgique a renforcé son infrastructure informatique ces dernières années afin d'améliorer la gouvernance du système de santé. Un nouveau système intégré de données sur la santé a été élaboré pour faciliter l'échange de données entre les professionnels de la santé et les chercheurs (www.healthdata.be). Depuis 2008, un rapport exhaustif sur la performance du système de santé belge est publié régulièrement. Ce rapport comprend des comparaisons utiles avec d'autres pays de l'Union mais aussi entre les différentes régions du pays (Vrijens *et al.*, 2016).

La Belgique a accompli des progrès considérables ces dix dernières années en ce qui concerne l'e-Santé. En 2008, une institution publique pour l'e-Santé (la *plate-forme eHealth*) a été créée afin de permettre un échange d'informations sûr entre les patients, les professionnels de la santé et les services administratifs. Tous les prestataires et les patients sont invités à partager des données sur les diagnostics, les services de santé et les traitements. À long terme, la plate-forme *eHealth* devrait permettre d'augmenter la qualité des soins de santé et la sécurité des patients à travers le pays, notamment grâce à un plus grand contrôle des risques liés à la sécurité des médicaments et à une réduction des doubles examens de diagnostic.

ENCADRÉ 3. STRATÉGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

La résistance aux antimicrobiens a été reconnue il y a de nombreuses années comme un enjeu de santé publique majeur en Belgique. La Commission belge de coordination de la politique antibiotique, créée en 1999, est chargée d'inciter à un usage plus approprié des antibiotiques chez l'homme et l'animal, de promouvoir la lutte contre les infections et de favoriser l'hygiène hospitalière, dans le but de réduire la résistance aux antimicrobiens. Néanmoins, la consommation d'antibiotiques reste toujours trop élevée en Belgique (la troisième plus élevée dans l'Union en 2015). Les mesures prises récemment pour réduire la consommation d'antibiotiques visaient les patients (par exemple, par des campagnes de sensibilisation du public et un ticket modérateur plus élevé pour certains antibiotiques) et les médecins (par exemple, au moyen de retours d'informations organisés). Bien que la Belgique affiche une performance relativement bonne en ce qui concerne la résistance à la plupart des bactéries surveillées par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC, 2017), le taux d'incidence des infections nosocomiales résistantes aux antibiotiques causées par le staphylocoque est relativement élevé (Vrijens *et al.*, 2016).

6 Principales conclusions

- Le système de santé belge contribue de manière importante à l'amélioration de la santé de la population. Les taux de mortalité évitable grâce au système de soins en Belgique sont parmi les plus bas des pays de l'Union, notamment grâce à une mortalité par maladies cardiovasculaires faible et en baisse. Les taux de survie relativement élevés et en hausse des personnes admises à l'hôpital pour une crise cardiaque ou un AVC et des personnes diagnostiquées pour différents types de cancer indiquent que le système de santé permet de traiter efficacement les personnes atteintes de pathologies mettant leur vie en danger.
- De grandes inégalités concernant l'état de santé persistent en Belgique en fonction du statut socioéconomique. Ces inégalités sont largement dues à une plus grande prévalence des facteurs de risque chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation ou de revenu, notamment des taux de tabagisme plus élevés, une consommation excessive d'alcool et l'obésité. Un des enjeux majeurs des politiques de santé publique consiste à trouver des moyens innovants d'aider de manière efficace ces groupes défavorisés. Les stratégies globales pour lutter contre ces facteurs de risque nécessitent une forte collaboration intersectorielle, ainsi qu'une coopération intergouvernementale entre les trois communautés.
- La gestion au niveau des soins primaires du nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques s'est améliorée, comme le montre la réduction du nombre d'hospitalisations potentiellement évitables. Néanmoins, le nombre d'hospitalisations évitables pour des maladies comme l'asthme ou le diabète reste plus élevé que la moyenne de l'Union. De nouveaux modèles de soins ont été introduits ces dernières années afin d'améliorer la coordination des soins pour les personnes qui souffrent de diabète ou d'autres maladies chroniques. Il sera important d'évaluer l'efficacité de ces nouveaux modèles de soins et de les étendre s'ils s'avèrent efficaces.
- La Belgique dépense une part relativement élevée de son PIB pour la santé (10,5 % en 2015) et plus des trois-quarts de ces dépenses sont financées par des fonds publics. La récente réforme des mécanismes de financement des programmes de sécurité sociale (y compris des soins de santé) vise à promouvoir une plus grande responsabilisation et une meilleure efficacité des dépenses publiques. S'il est généralement admis qu'il convient de réduire le gaspillage et les dépenses inefficaces, certains craignent que le récent abaissement du plafond des dépenses publiques puisse conduire à un glissement des financements du public vers le privé, augmentant ainsi les paiements directs pour les personnes qui n'ont pas droit à un remboursement préférentiel.
- Une autre source d'inquiétude concernant l'accès aux soins en Belgique est la pénurie de professionnels de la santé, en particulier de médecins. Afin de s'attaquer à ce problème, le gouvernement fédéral a augmenté de manière considérable ces dernières années le *numerus clausus* des étudiants en médecine qui sont autorisés à poursuivre leur formation de troisième cycle pour devenir médecins généralistes ou spécialistes. Des mesures innovantes ont également été prises pour étendre le rôle d'autres professionnels de la santé, tels que le personnel infirmier, afin d'améliorer l'accès aux services de santé.
- La résistance aux antimicrobiens est reconnue comme un enjeu de santé publique majeur en Belgique depuis plusieurs années, mais la consommation d'antibiotiques reste trop élevée (la troisième plus élevée parmi les États membres de l'Union après la Grèce et la France et près de trois fois plus élevée qu'aux Pays-Bas). L'Institut national d'assurance maladie-invalidité a récemment adopté des mesures pour réduire la consommation d'antibiotiques en fournissant des retours d'informations aux médecins, en lançant des campagnes de sensibilisation du public et en augmentant le ticket modérateur des patients pour certains antibiotiques.



Sources principales

Gerken, S. et Merkur, S., «Belgium: Health System Review», *Health Systems in Transition*, vol. 12(5), 2010, p. 1-266.

OCDE/UE (2016), «Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle» (*Panorama de la santé: Europe*), Éditions de l'OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Références

ECDC (2017), *Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe 2015*, Rapport annuel du Réseau européen de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (EARS-Net).

Commission européenne (2016) «Joint Report on Health Care and Long-term Care Systems and Fiscal Sustainability» (*Rapport conjoint sur les soins de santé, les soins de longue durée et la viabilité budgétaire*), *Institutional Papers*, n° 37, Commission européenne, Bruxelles.

Commission européenne (DG ECFIN) et Comité de politique économique (groupe de travail sur le vieillissement de la population) (2015), «The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)» [*Le rapport 2015 sur le vieillissement. Projections économiques et budgétaires pour les États membres de l'EU-28 (2013-2060)*], *European Economy*, n° 3, Bruxelles, mai.

IHME (2016), «Global Health Data Exchange», Institute for Health Metrics and Evaluation, disponible à l'adresse <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Leroy, R. *et al.* (2017), «Proposals for a Further Expansion of Day Surgery in Belgium», *KCE Report*, n° 282, mars.

OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

Vrijens, F. *et al.* (2016), «Performance of the Belgium Health System – Report 2015», *KCE Report*, n° 259c.

OMS (2015), *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2015 – Raising Taxes on Tobacco*, Genève.

Liste des abréviations des pays

Allemagne	DE	Autriche	AT	Belgique	BE	Bulgarie	BG	Chypre	CY
Croatie	HR	Danemark	DK	Espagne	ES	Estonie	EE	Finlande	FI
France	FR	Grèce	EL	Hongrie	HU	Irlande	IE	Italie	IT
Lettonie	LV	Lituanie	LT	Luxembourg	LU	Malte	MT	Pays-Bas	NL
Pologne	PL	Portugal	PT	République tchèque	CZ	Roumanie	RO		
Royaume-Uni	UK	Slovaquie	SK	Slovénie	SI	Suède	SE		

State of Health in the EU

Profils de santé par pays 2017

Les profils de santé par pays sont une étape importante du cycle biennal de travaux de la Commission européenne sur l'état de la santé dans l'Union et sont le fruit du travail mené conjointement par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'European Observatory on Health Systems and Policies. Cette série de profils a été coordonnée par la Commission et réalisée avec l'assistance financière de l'Union européenne.

Les profils de santé par pays, concis et pertinents pour l'action publique, reposent sur une méthodologie transparente et cohérente qui utilise des données tant quantitatives que qualitatives, tout en s'adaptant avec souplesse au contexte de chaque État membre de l'Union. L'objectif est de créer un outil d'apprentissage mutuel et d'échanges volontaires qui soutienne les efforts des États membres dans l'élaboration de leurs politiques fondées sur des données factuelles.

Chaque profil de santé par pays fournit une synthèse succincte des points suivants:

- l'état de santé du pays;
- les déterminants de la santé, en particulier les facteurs de risque liés au comportement;
- l'organisation du système de santé;
- l'efficacité, l'accessibilité et la résilience du système de santé.

Il s'agit de la première série de profils de santé par pays biennal, publiée en novembre 2017. La Commission assortit les principales conclusions de ces profils de santé par pays d'un rapport d'accompagnement.

Pour de plus amples informations, voir: ec.europa.eu/health/state/summary_fr

Merci de citer cet ouvrage comme suit:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Belgique: Profils de santé par pays 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285057-fr>

ISBN 9789264285057 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.