Commission européenne









State of Health in the EU

Belgique

Profils de santé par pays 2019

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES POUR UNE VIE MEILLEURE

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

La série profils de santé par pays

Les profils de santé par pays produits dans le cadre de l'initiative *State of Health in the EU* fournissent un aperçu concis et pertinent de la santé et des systèmes de santé dans les États membres de l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE), soulignant les caractéristiques et les enjeux particuliers à chaque pays, sur fond de comparaisons entre pays. Ils visent à soutenir les décideurs et les influenceurs en leur offrant un outil d'apprentissage mutuel et d'échanges volontaires.

Ces profils ont été préparés par l'OCDE et l'European Observatory on Health Systems and Policies avec la Commission européenne. L'équipe remercie le réseau Health Systems and Policy Monitor, le comité de la santé de l'OCDE et le groupe d'experts de l'UE sur l'information en matière de santé pour leurs commentaires et suggestions précieux.

Table des matières

1. POINTS SAILLANTS 3
2. LA SANTÉ EN BELGIQUE 4
3. FACTEURS DE RISQUE 7
4. LE SYSTÈME DE SANTÉ 9
5. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 12
   5.1. Efficacité 12
   5.2. Accessibilité 15
   5.3. Résilience 18
6. PRINCIPALES CONCLUSIONS 22

Sources des données et des informations

Les données et les informations utilisées dans les profils de santé par pays proviennent des statistiques nationales officielles fournies à Eurostat et à l'OCDE, qui ont été validées 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), de l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que d'autres sources nationales.

Les moyennes de l'UE calculées sont des moyennes pondérées des 28 États membres, sauf indication contraire. Ces moyennes de l'UE ne concernent ni l'Islande ni la Norvège.

Ce profil a été finalisé au mois d'août 2019 et repose sur les données disponibles en juillet 2019.

Pour télécharger le fichier Excel correspondant à tous les tableaux et graphiques contenus dans ce profil, veuillez saisir le lien URL suivant dans votre navigateur internet: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Belgium.xls

Contexte démographique et socio-économique en Belgique, 2017

Facteurs démographiques	Belgique	UE
Population (estimations à mi-année)	11 375 000	511 876 000
Part de la population de plus de 65 ans (en %)	18,5	19,4
Taux de fécondité[1]	1,7	1,6
Facteurs socioéconomiques		
PIB par habitant (en EUR, PPA[2])	35 000	30 000
Taux de pauvreté relative[3] (en %)	15,9	16,9
Taux de chômage (en %)	7,1	7,6

1. Nombre d'enfants nés par femme âgée de 15-49 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 vivant avec moins de 60 % 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, ni de l'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.

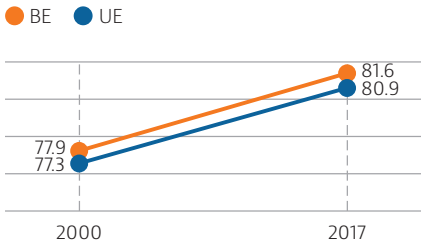
Le présent document ainsi que les données et les cartes qu'il contient sont sans préjudice du statut de tout territoire ou de la souveraineté exercée sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales et de la dénomination de tout territoire et toute ville ou région.

D'autres clauses de non-responsabilité concernant l'Organisation mondiale de la santé (OMS) figurent à l'adresse suivante: http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Points saillants

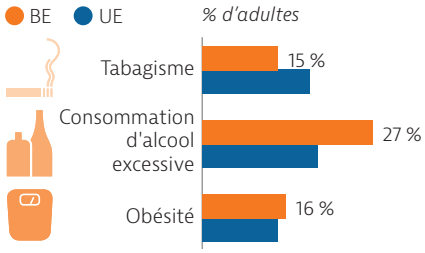
D'une manière générale, l'état de santé de la population belge est bon, et l'espérance de vie est plus longue que jamais, malgré l'existence de disparités socio-économiques importantes. Le système de santé belge fonctionne bien s'agissant de la fourniture de soins aigus dans les hôpitaux, mais de nombreux aspects des politiques de santé publique et de prévention pourraient être renforcés pour améliorer la santé et réduire les inégalités en matière de santé. Face au vieillissement de la population, les principaux défis sont le renforcement des soins primaires et la promotion d'une plus grande coordination des soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques, toujours plus nombreuses.



Espérance de vie à la naissance, en années

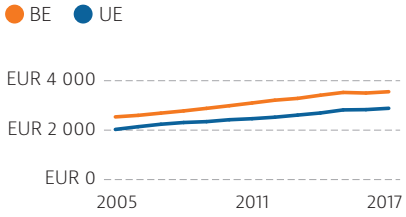
État de santé

L'espérance de vie à la naissance atteignait 81,6 ans en 2017, en augmentation de près de quatre ans par rapport à 2000. Elle reste légèrement supérieure à la moyenne de l'UE, mais inférieure à celle de nombreux pays d'Europe occidentale. Les hommes et les femmes les moins instruits ont une espérance de vie inférieure de cinq ans par rapport aux plus instruits, l'écart entre les deux étant l'un des plus importants des pays d'Europe occidentale. Les personnes disposant de revenus plus faibles se déclarent moins souvent en bonne santé que celles disposant de revenus plus élevés.



Facteurs de risque

En 2018, seul un adulte sur sept en Belgique fumait du tabac tous les jours, soit une diminution par rapport à 2008 où c'était le cas d'un adulte sur cinq. Cette proportion est inférieure à la moyenne de l'UE. Près de trois adultes sur dix ont fait état d'épisodes de consommation d'alcool excessive, soit une proportion largement supérieure à la moyenne de l'UE. Un adulte sur six était obèse en 2018, contre un adulte sur huit en 2001.



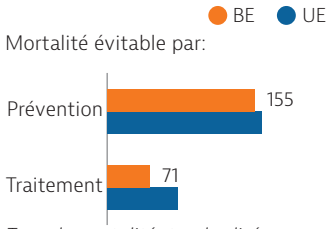
Dépenses par habitant (en euros, PPA)

Système de santé

Le total des dépenses de santé a augmenté lentement ces dernières années et reste supérieur à la moyenne de l'UE. En 2017, la Belgique a dépensé 3 554 EUR par habitant en santé, contre 2 884 EUR pour l'ensemble de l'UE. Les dépenses de santé représentaient 10,3 % du PIB, contre 8,9 % en 2006, soit une part plus importante que la moyenne actuelle de l'UE, qui s'élève à 9,8 %. Les dépenses publiques constituaient 77 % des dépenses totales de santé (un taux proche de la moyenne de l'Union, qui est de 79 %). Les dépenses restantes correspondent à l'assurance maladie complémentaire et aux dépenses directes des ménages.

Efficacité

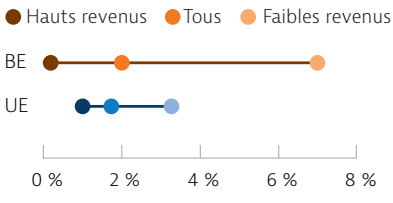
Le taux de mortalité évitable par la prévention est légèrement en deçà de la moyenne de l'UE, tandis que le taux de mortalité évitable grâce au système de soins est beaucoup plus faible. Cela indique l'importance de renforcer la prévention, ce qui nécessite une collaboration étroite des entités fédérales et fédérées.



Taux de mortalité standardisés pour 100 000 habitants, 2016

Accessibilité

L'accès aux soins de santé est relativement bon et la couverture des prestations est large, mais des frais à la charge de l'usager sont appliqués pour la plupart des prestations. Pour ce qui est des besoins en soins de santé non satisfaits, les disparités sont importantes par niveau de revenus.



% déclarant des besoins médicaux non satisfaits, 2017

Résilience

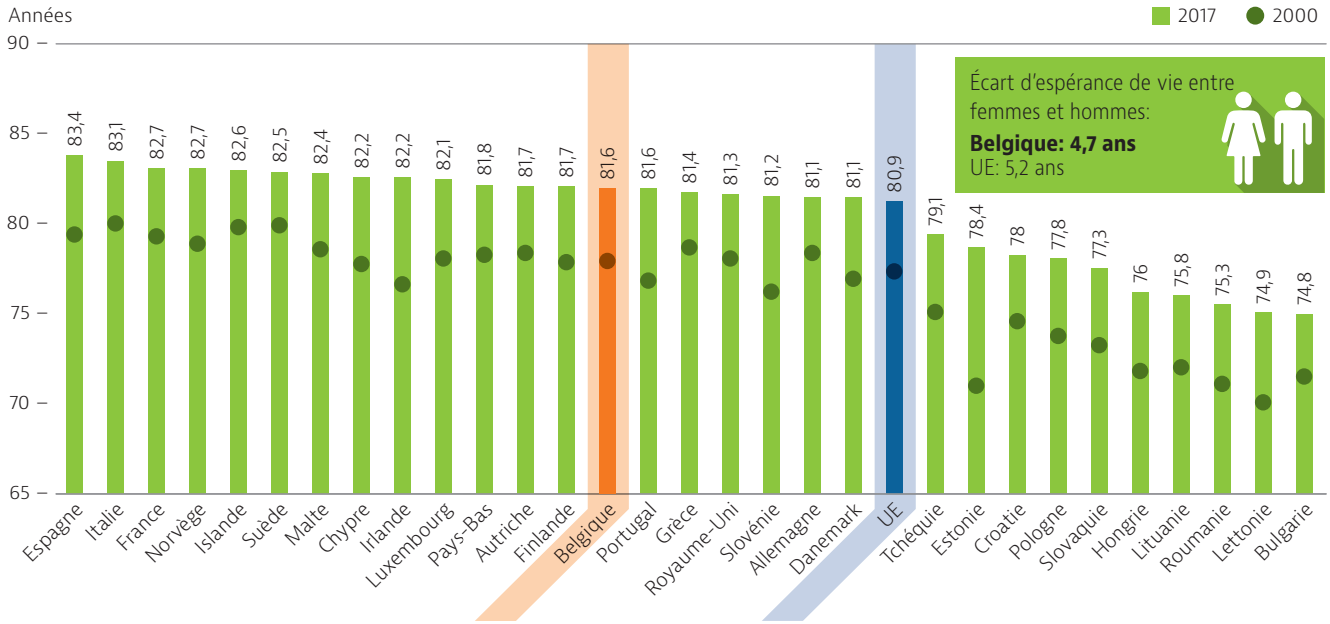
Le vieillissement démographique continuera d'exercer une pression sur le système de santé et les soins de longue durée. Bien que des gains en efficacité aient été obtenus en milieu hospitalier, la promotion d'une utilisation plus pertinente des services et des produits pharmaceutiques pourrait contribuer à libérer des ressources pour répondre à ces besoins croissants. Un autre défi est le renforcement des soins primaires et l'amélioration de la coordination des soins, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques.

2 La santé en Belgique

L'espérance de vie s'est allongée régulièrement et reste au-dessus de la moyenne de l'UE

L'espérance de vie à la naissance atteignait 81,6 ans en Belgique en 2017 et reste au-dessus de la moyenne de l'UE, bien qu'elle soit plus basse que dans de nombreux pays d'Europe occidentale (graphique 1). Depuis 2000, l'espérance de vie des Belges s'est allongée à un rythme plus rapide chez les hommes que chez les femmes, mais l'écart entre les hommes et les femmes était encore de 4,7 ans en 2017 (79,2 ans pour les hommes contre 83,9 ans pour les femmes).

Graphique 1. L'espérance de vie s'est allongée graduellement et reste supérieure à celle de la plupart des pays de l'UE

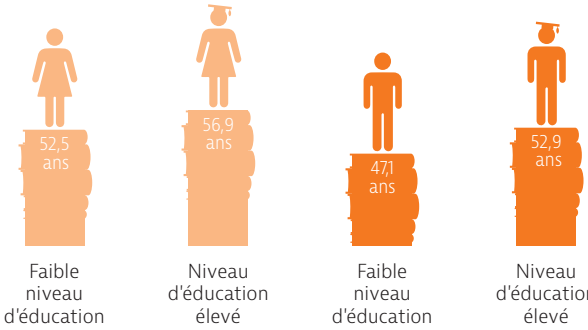


Source: base de données d'Eurostat.

Les inégalités sociales en matière d'espérance de vie sont plus importantes chez les hommes que chez les femmes

En Belgique, les disparités en matière d'espérance de vie s'observent non seulement en fonction du genre, mais également du statut socio-économique. L'espérance de vie des hommes ayant le plus faible niveau d'éducation à 30 ans était d'environ six ans plus courte que celle des hommes ayant le plus haut niveau d'études; la différence était un peu moins marquée chez les femmes mais malgré tout supérieures à quatre ans (graphique 2). Cet écart par niveau d'éducation est inférieur à la moyenne de l'UE pour les hommes et semblable à la moyenne de l'UE pour les femmes, mais plus élevé que dans la plupart des autres pays d'Europe occidentale. Cela peut s'expliquer, en partie tout du moins, par les différences en matière de conditions de vie et d'exposition aux facteurs de risque.

Graphique 2. À 30 ans, les Belges les plus instruits peuvent s'attendre à vivre plusieurs années de plus que les moins instruits



Écart d'espérance de vie à 30 ans en fonction du niveau d'éducation:

Belgique: 4,4 ans
UE21: 4,1 ans

Belgique: 5,8 ans
UE21: 7,6 ans

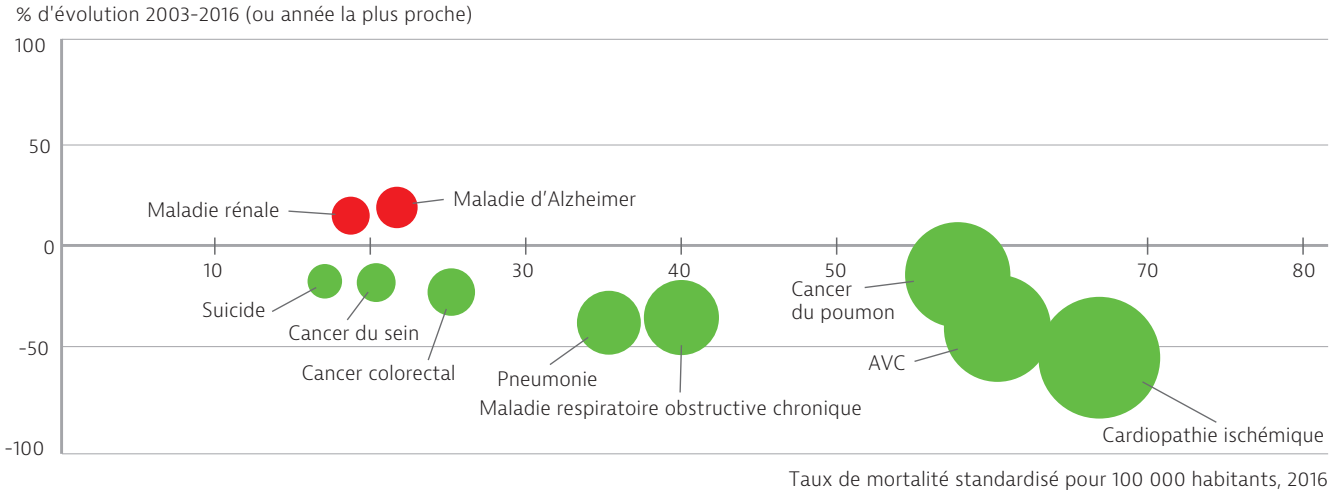
Remarque: Les données concernent l'espérance de vie à 30 ans. Les personnes ayant un niveau d'éducation élevé sont celles qui ont terminé des études supérieures (niveaux 5 à 8 de la CITE), tandis que les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont celles qui n'ont pas complété des études secondaires (niveau 0 à 2 de la CITE).
Source: Sciensano (2019), Health Status Report (données de 2011) et base de données d'Eurostat pour la moyenne de l'UE (les données concernent l'année 2016).

Les trois principales causes de décès sont la cardiopathie ischémique, l'AVC et le cancer du poumon

L'allongement de l'espérance de vie en Belgique depuis 2003 s'explique principalement par la diminution des taux de mortalité imputables à des maladies circulatoires – notamment la cardiopathie ischémique et l'AVC – et au cancer du poumon (graphique 3). Les taux de mortalité imputables aux maladies respiratoires, telles la bronchopneumopathie chronique et la pneumonie, ont également fortement diminué. Néanmoins, ces maladies demeurent les principales causes de décès. En particulier, le cancer du poumon est toujours la cause la plus fréquente des décès dus au cancer, conséquence d'une forte consommation de tabac dans le passé.

Le taux de mortalité lié à la maladie d'Alzheimer a augmenté depuis 2003, et il fait partie aujourd'hui des dix principales causes de décès. Cette augmentation est due en partie au vieillissement de la population et aux améliorations en matière de diagnostic.

Graphique 3. La cardiopathie ischémique, l'AVC et le cancer du poumon sont toujours les principales causes de décès

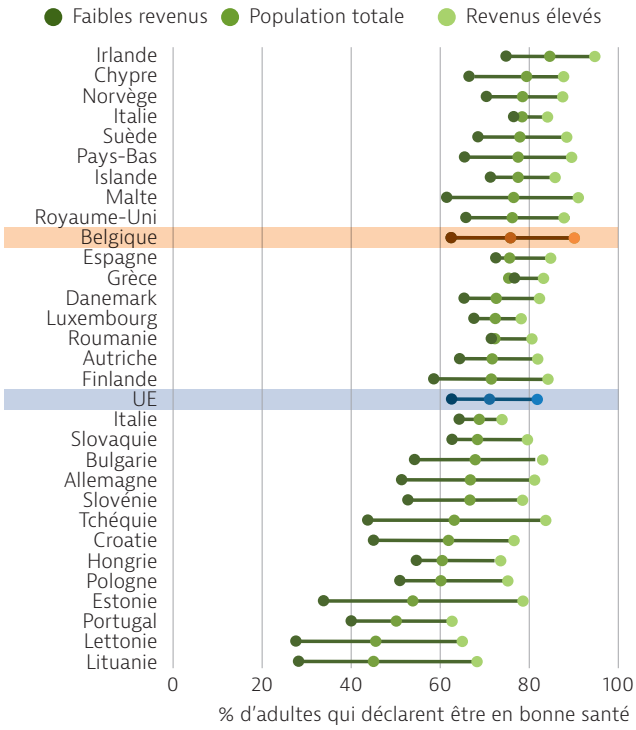


Remarque: La taille des ronds est proportionnelle aux taux de mortalité en 2016.
Source: Base de données d'Eurostat.

La majorité des Belges déclarent être en bonne santé, malgré l'existence de fortes disparités

En 2017, environ trois quarts (74 %) des Belges déclaraient être en bonne santé, contre environ deux tiers de la population de l'UE dans son ensemble. Cependant, les personnes disposant de revenus plus élevés sont plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que celles disposant de revenus plus faibles. En 2017, environ 90 % de la population belge du quintile de revenus le plus élevé déclaraient être en bonne santé, contre seulement 60 % de la population du quintile le plus bas (graphique 4). Cette différence est plus importante que dans presque tous les autres pays d'Europe occidentale, et elle est supérieure à la moyenne de l'UE. Elle est liée aux inégalités en matière d'exposition aux facteurs de risque et d'accès aux soins de santé.

Graphique 4. De grandes disparités persistent en matière d'état de santé selon le revenu



Source: Base de données d'Eurostat, sur la base des statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) (les données concernent l'année 2017).

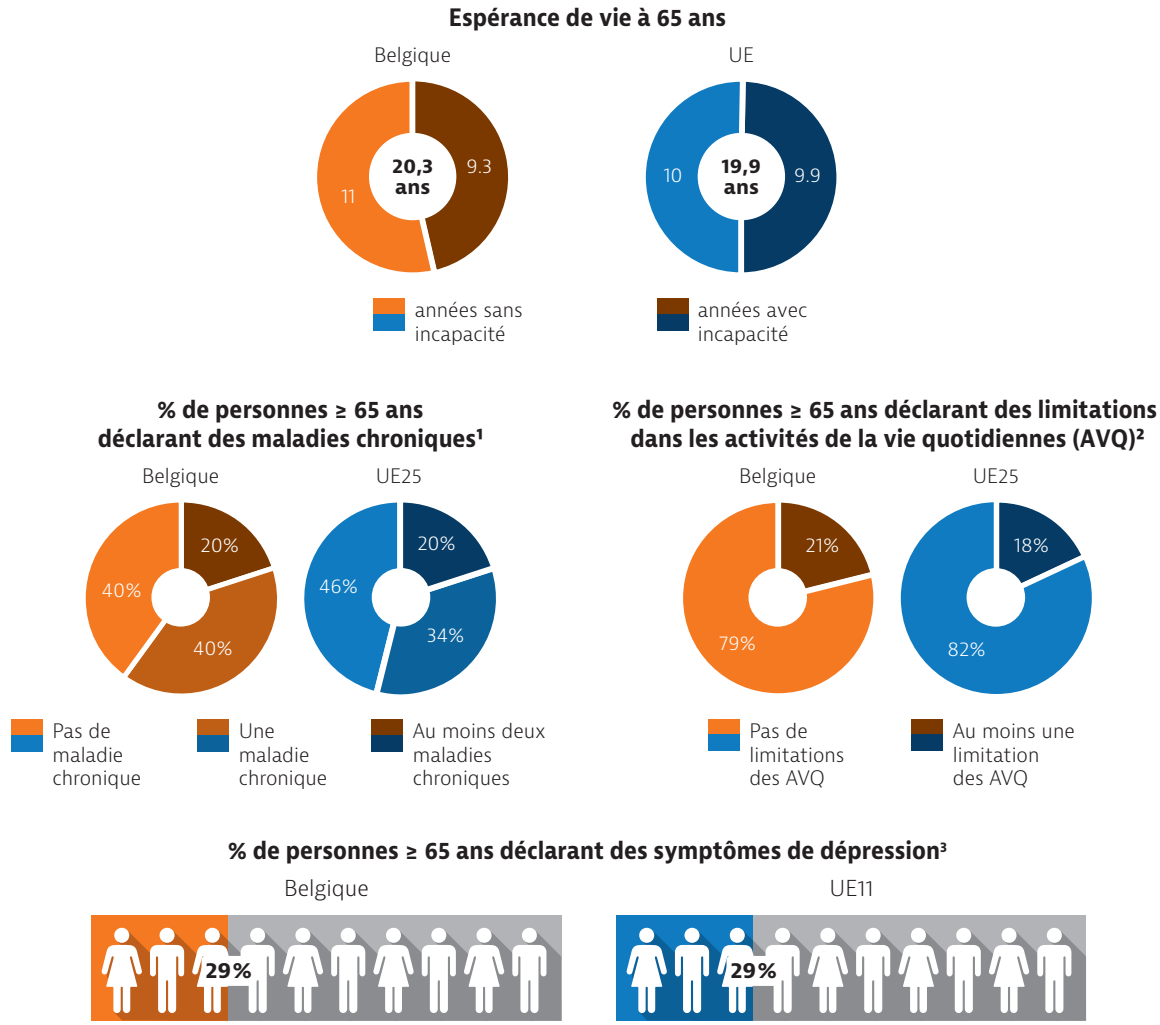
Les Belges vivent plus longtemps, mais ils ne vieillissent pas tous en bonne santé

En raison de l'allongement de l'espérance de vie et de la baisse du taux de fécondité, les personnes de 65 ans et plus représentent aujourd'hui 18 % de la population belge, contre 14 % en 1980, proportion qui devrait atteindre 27 % en 2050.

En 2017, les Belges atteignant 65 ans pouvaient s'attendre à vivre encore 20,3 ans, un chiffre légèrement supérieur à la moyenne de 19,9 ans pour l'UE (graphique 5). Toutefois, près de la moitié de ces années sont vécues avec des maladies chroniques et des incapacités. D'importantes inégalités en matière de santé subsistent chez les personnes âgées, l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé étant nettement plus courtes pour les personnes les moins instruites (Sciensano, 2019).

En 2017, trois Belges de 65 ans et plus sur cinq (60 %) déclaraient souffrir d'au moins une maladie chronique, cela ne les empêchant pas nécessairement de vivre une vie normale. La plupart des personnes âgées sont en mesure de continuer à vivre de manière autonome, mais une sur cinq (21 %) déclare souffrir d'une incapacité grave limitant la réalisation d'activités élémentaires de la vie quotidienne, telles que s'habiller et se laver, ce qui peut nécessiter des soins de longue durée, une proportion légèrement plus importante que la moyenne de l'UE.

Graphique 5. Au-delà de 65 ans, de nombreux Belges souffrent de maladies et d'incapacités chroniques



Remarque: 1. Les maladies chroniques comprennent les crises cardiaques, les AVC, le diabète, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer et l'arthrose ou la polyarthrite rhumatoïde. 2. Les activités de la vie quotidienne sont les suivantes: s'habiller, se déplacer dans une pièce, prendre un bain ou une douche, manger, se lever ou se coucher, aller aux toilettes. 3. Une personne est considérée présenter des symptômes de dépression si elle déclare plus de 3 symptômes de dépression (sur 12 variables possibles).
Source: Base de données d'Eurostat sur l'espérance de vie et les années de vie en bonne santé (les données concernent l'année 2017); enquête SHARE pour les autres indicateurs (les données concernent l'année 2017).

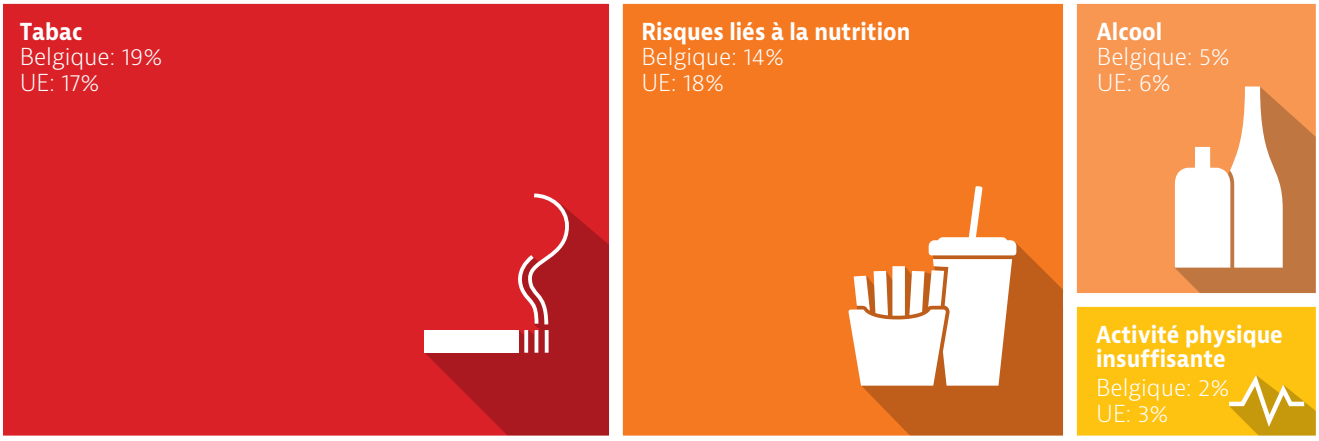
3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque liés au comportement ont un impact important sur la mortalité

Selon les estimations, environ 40 % de l'ensemble des décès en 2017 peuvent être imputés à des facteurs de risques liés au comportement, tels que le tabagisme, les risques alimentaires, la consommation d'alcool et le manque d'activité physique (IHME, 2018; graphique 6).

Environ 19 % de la totalité des décès peuvent être imputés au tabagisme (actif et passif), soit une proportion légèrement supérieure à la moyenne de l'UE. Les risques liés au régime alimentaire (y compris une faible consommation de fruits et de légumes et une forte consommation de sucre et de sel) sont estimés représenter environ 14 % de l'ensemble des décès, un chiffre inférieur à la moyenne de l'UE. Environ 5 % des décès sont imputables à la consommation d'alcool et 2 % à une faible activité physique, deux proportions proches de la moyenne de l'UE.

Graphique 6. Environ 40 % de la totalité des décès sont imputables à des facteurs de risque modifiables, liés au mode de vie



Remarque: Le nombre total de décès liés à ces facteurs de risque (40 000) est inférieur à la somme des décès liés à chacun de ces facteurs pris individuellement (44 000) car un même décès peut être imputé à plus d'un facteur de risque. Les risques liés au régime alimentaire tiennent compte de 14 composantes, telles qu'une faible consommation de fruits et de légumes et une consommation élevée de sel et de boissons à teneur élevée en sucre.
Source: IHME(2018), Global Health Data Exchange (les estimations concernent l'année 2017).

Le tabagisme chez les adultes reste une préoccupation de santé publique

En Belgique, un adulte sur sept fumait quotidiennement en 2018, soit une proportion moins élevée que dans de nombreux autres pays de l'UE (graphique 7). Bien que le tabagisme ait diminué davantage chez les hommes que chez les femmes, les hommes fument toutefois encore beaucoup plus que les femmes. Le tabagisme chez les jeunes de 15 ans a fortement diminué et son niveau figure parmi les plus bas des pays de l'UE.

Les taux de surcharge pondérale et d'obésité ont augmenté, en partie du fait d'une faible activité physique

Le taux d'obésité chez les adultes a augmenté, atteignant 16 % en 2018, contre 12 % en 2001. Le taux de surcharge pondérale et d'obésité chez les jeunes de 15 ans a également augmenté régulièrement, passant de 11 % en 2001-2002 à 16 % en 2013-2014, soit un niveau plus élevé que dans de nombreux autres pays de l'UE. Une mauvaise alimentation, notamment une faible consommation de fruits et de légumes et une forte consommation de boissons sucrées, contribue à l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité. Bien que la proportion d'adultes en Belgique qui déclarent manger au moins un légume ou un fruit tous les jours soit plus élevée que dans beaucoup de pays de l'UE, environ 25 % ne mangent aucun légume et 45 % aucun fruit au quotidien.

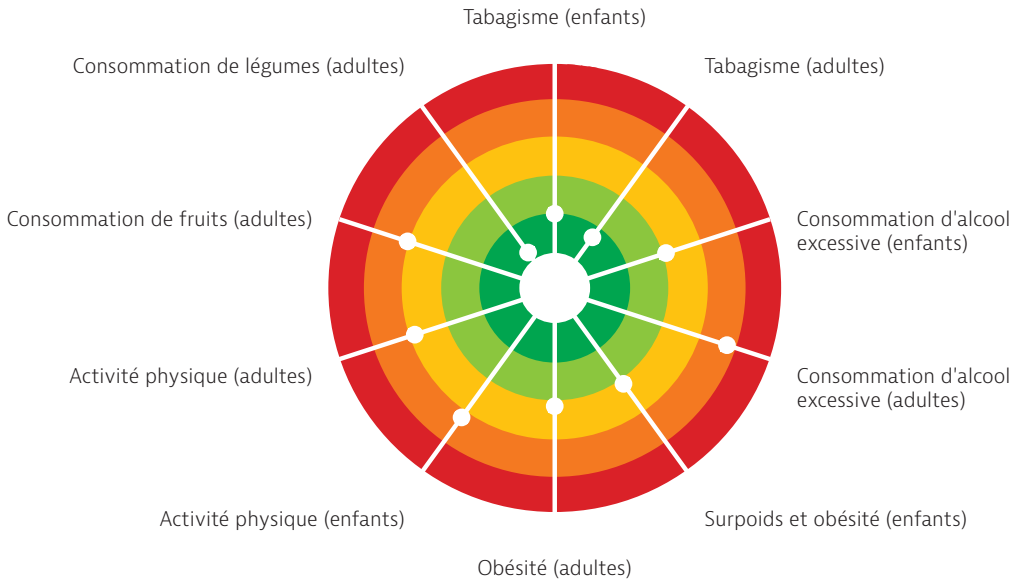
Une faible activité physique est également un facteur de risque important pour la surcharge pondérale et l'obésité. Les adultes belges sont moins actifs physiquement que les adultes de nombreux pays de l'UE. L'activité physique est également moins courante chez les jeunes de 15 ans en Belgique que dans la plupart des pays de l'UE, en particulier chez les filles: 9 % seulement des filles de 15 ans déclaraient pratiquer au moins une activité physique modérée tous les jours en 2013-2014, contre 17 % des garçons de 15 ans.

La consommation d'alcool reste supérieure à la moyenne de l'UE

La consommation générale d'alcool a légèrement diminué en Belgique depuis 2000, mais elle reste au-dessus de la moyenne de l'UE. Comme dans tous les pays de l'UE, la consommation d'alcool excessive[1] est plus courante chez les hommes que chez les femmes: 37 % des hommes ont fait état de consommation d'alcool excessive régulière en 2018, contre 18 % des femmes. Ces proportions sont plus élevées que dans la plupart des autres pays de l'UE.

Bien que la consommation d'alcool excessive chez les adolescents soit moins courante en Belgique que dans de nombreux autres pays de l'UE, elle n'en reste pas moins élevée. Plus d'un tiers des jeunes de 15 et 16 ans faisait état en 2015 d'un épisode de consommation d'alcool importante au cours du mois écoulé. En 2018, la Belgique a adopté une loi visant à réduire la consommation d'alcool chez les adolescents (voir la section 5.1).

Graphique 7. La consommation excessive d'alcool et l'obésité sont des problèmes de santé publique importants



Remarque: Plus le point est proche du centre, meilleur est le classement du pays par rapport aux autres pays de l'UE. 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.
Source: Calculs de l'OCDE basés sur l'enquête ESPAD de 2015 et sur l'enquête HBSC de 2013-2014 pour les indicateurs concernant les enfants, ainsi que sur l'enquête HIS de 2018 en Belgique, EU-SILC de 2017, EHIS de 2014 et des statistiques de l'OCDE sur la santé de 2019 pour les indicateurs concernant les adultes.

Les inégalités sociales contribuent aux risques sanitaires

En Belgique, de nombreux facteurs de risque liés au comportement sont plus courants parmi la population ayant un niveau d'éducation ou de revenus plus faible. En 2018, plus d'un cinquième (22 %) des adultes n'ayant pas dépassé le niveau d'enseignement secondaire fumait quotidiennement, contre seulement 10 % de ceux ayant fait des études supérieures. Dans le même ordre d'idées, en 2018, 22 % des adultes n'ayant pas terminé leurs études secondaires étaient obèses, contre seulement 12 % chez les diplômés de l'enseignement supérieur. Cette prévalence plus élevée des facteurs de risque dans les catégories sociales défavorisées contribue largement aux inégalités en matière de santé et d'espérance de vie.

1: On entend par consommation d'alcool excessive l'absorption, lors d'une même sortie, de six boissons alcoolisées ou plus par un adulte, et de cinq boissons alcoolisées ou plus par un adolescent.

4 Le système de santé

Les autorités fédérales et les entités fédérées ont des responsabilités différentes

Les autorités fédérales sont responsables de la régulation de la caisse d'assurance maladie obligatoire, du budget des soins ambulatoires, du budget des hôpitaux et des normes de programmation hospitalière, des produits pharmaceutiques et du contrôle de leurs prix, ainsi que des professions de santé. Les entités fédérées (régions et communautés) sont compétentes pour la promotion de la santé et la prévention, l'organisation des soins primaires et des soins palliatifs, les soins de maternité et de soins à l'enfance, les services sociaux et les soins non hospitaliers de proximité, le financement des investissements hospitaliers (infrastructures et appareils médicaux lourds) et la définition des normes d'agrément des hôpitaux. Afin de faciliter la collaboration entre les autorités fédérales, les régions et les communautés, des conférences interministérielles sont régulièrement organisées.

Une couverture quasi universelle est assurée grâce à l'assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie est quasi universelle en Belgique et couvre 99 % de la population. L'assurance maladie obligatoire belge est mise en œuvre par cinq associations nationales de caisses de maladie privées à but non lucratif, une caisse pour les cheminots, et une caisse de maladie publique. La population restante (environ 1 %) qui n'est pas couverte se compose de personnes n'ayant pas satisfait aux exigences administratives ou financières. En outre, les migrants en situation irrégulière et les personnes sans abri ne sont pas couverts et sont exclus de la définition de la population couverte, car ils n'ont pas de titre de séjour légal ou de domicile fixe (encadré 1).

L'assurance maladie obligatoire est gérée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), qui alloue un budget prospectif aux caisses de maladies afin de financer les coûts de soins de santé de leurs membres. Le budget est révisé tous les ans en fonction du taux d'inflation et selon une «norme de croissance réelle», ce qui garantit un financement stable du système de santé. Le plafond des dépenses publiques de santé, arrêté par le législateur, a été ramené d'un taux de croissance (en termes réels) annuel de 4,5 % en 2004-2012 à 3 % en 2013-2014, puis à 1,5 % depuis 2015 pour maîtriser les coûts. Depuis 2015, les dépenses publiques de santé par habitant en termes réels ont augmenté à un taux compris entre 1 et 2 % par an.

Encadré 1. L'accès aux soins de santé est plus difficile pour les groupes vulnérables

En Belgique, l'accès aux soins peut être plus difficile pour les groupes vulnérables tels que les migrants et les personnes sans abri, soit parce que ces personnes ne sont pas couvertes par l'assurance maladie, soit parce qu'elles sont réticentes à demander une aide médicale et finissent aux services des urgences lorsqu'elles tombent malades.

Les migrants en situation irrégulière et les demandeurs d'asile disposent d'accès différents aux services de santé:

- les migrants en situation irrégulière (les personnes sans titre de séjour les autorisant à séjourner en Belgique) ne peuvent être affiliés à une caisse de maladie belge. Ils ont le droit de bénéficier d'une aide médicale urgente, mais rares sont ceux qui se tournent vers les services médicaux qui la dispensent. Il est estimé que seuls 10 à 20 % des migrants en situation irrégulière ont eu au moins un contact avec un service médical en 2013, contre environ 90 % des personnes affiliées à une caisse de maladie belge.
- Les demandeurs d'asile sont en droit de recevoir des soins médicaux pour préserver leur dignité humaine. Ils vivent dans des centres d'accueil ou dans la rue, mais chaque centre d'accueil où ils sont inscrits est responsable de l'organisation et du paiement des soins médicaux nécessaires. Toutefois, il y a peu d'informations sur leur utilisation réelle des services de santé.

Les sans-abri ont le droit de bénéficier des services de santé comme le reste de la population. Cependant, en raison de l'absence de domicile fixe et de leur réticence à demander une aide médicale, ils accèdent souvent aux soins de santé par le biais des services des urgences. Une étude réalisée en 2016-2017 a révélé que 8 % des sans-abri avaient indiqué ne jamais utiliser les services de soins de santé, même si elles en avaient besoin.

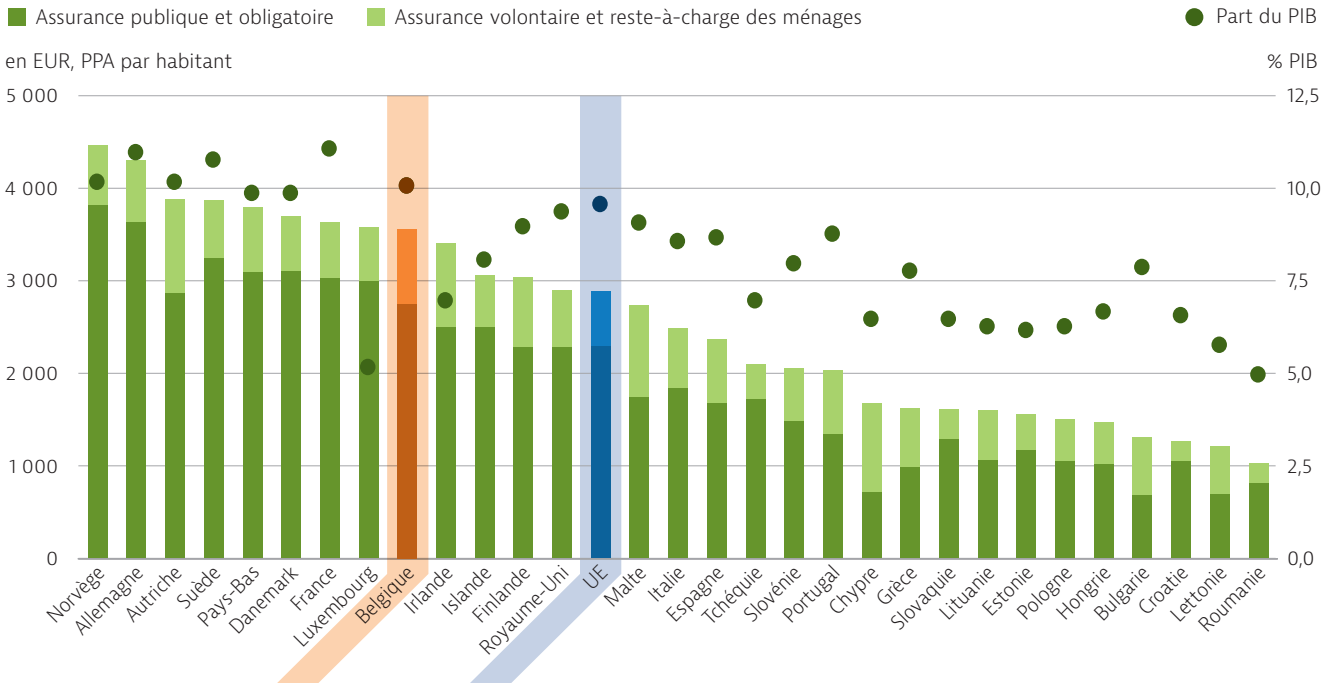
Source: Devos et al. (2019).

Les dépenses de santé en Belgique représentent 10 % du PIB

En 2017, la Belgique a consacré 10,3 % de son PIB à la santé, une proportion supérieure à la moyenne de l'UE de 9,8 %. Les dépenses de santé par habitant atteignaient 3 554 EUR en 2017 (montant corrigé pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat), soit 20 % de plus que dans l'UE dans son ensemble (2 884 EUR) mais moins que dans les pays voisins (graphique 8).

Les sources de financement publiques (dont la couverture d'assurance maladie obligatoire) représentaient 77 % de l'ensemble des dépenses de santé en 2017, soit une proportion proche de la moyenne de l'UE (79 %). Les paiements directs des patients représentaient 18 % de l'ensemble des dépenses de santé, et l'assurance maladie complémentaire les 5 % restants.

Graphique 8. Les dépenses de santé sont supérieures à la moyenne de l'UE mais inférieures à celles des pays voisins



Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (les données concernent l'année 2017).

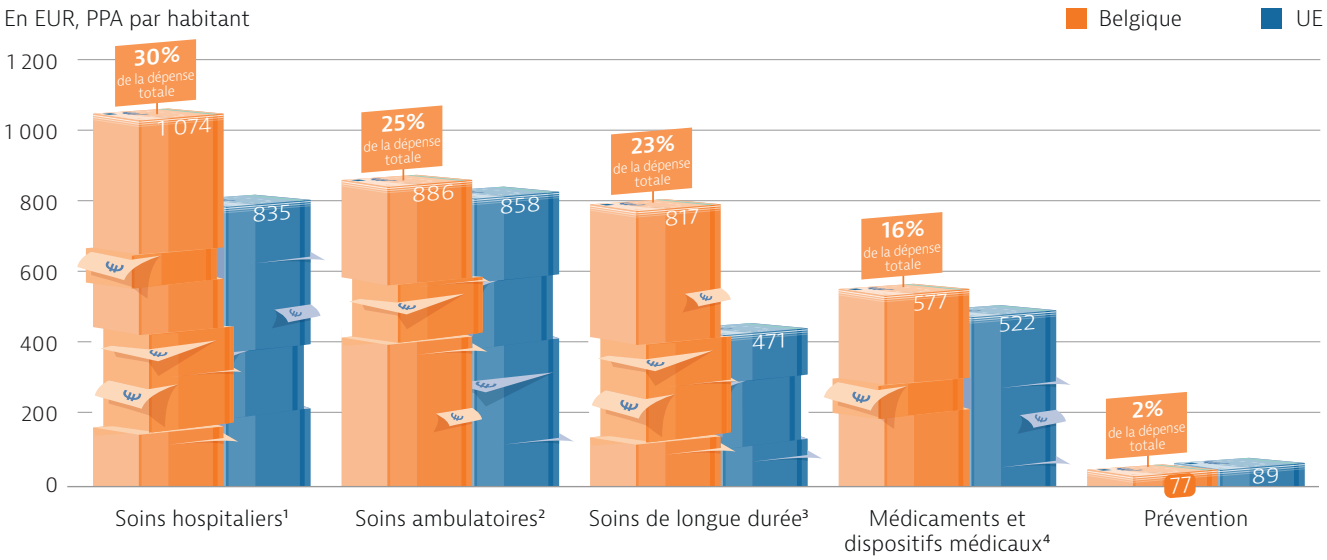
Les cotisations de sécurité sociale aux caisses de maladie constituent une source de financement majeure

Le financement du système de santé repose principalement sur les cotisations de sécurité sociale versées par les salariés, les travailleurs indépendants et les employeurs. Depuis 1995, les réformes ont diversifié les sources de financement, ajoutant aux cotisations de sécurité sociale la taxe sur la valeur ajoutée et des subventions de l'État afin de réduire la dépendance du système à la masse salariale. Les patients contribuent également au moyen de paiements directs, cette part variant en fonction du statut de l'individu (accès au remboursement préférentiel), du type de prestation de santé et du montant du ticket modérateur déjà payé. Ces frais à charge de l'usager s'appliquent à la plupart des prestations, y compris aux consultations chez le médecin généraliste et aux visites à domicile, aux consultations chez un spécialiste, aux produits pharmaceutiques prescrits en ambulatoire, aux séances de kinésithérapie et aux séjours d'hospitalisation (par jour).

Les soins hospitaliers et ambulatoires sont les principales catégories auxquelles sont consacrées les dépenses de santé

La plus grande catégorie de dépenses de santé en Belgique est celle des soins hospitaliers , qui représentaient près d'un tiers de l'ensemble des dépenses de santé en 2017 (1 074 EUR par habitant), soit une part légèrement plus élevée que la moyenne de l'UE de 29 % (graphique 9). Environ un quart des dépenses de santé a été affecté aux soins ambulatoires (886 EUR par habitant). Les dépenses en soins de longue durée (la composante «santé») représentaient un peu plus d'un cinquième de l'ensemble des dépenses de santé (817 EUR par habitant), tandis qu'un sixième des dépenses de santé (577 EUR par habitant) était affecté aux produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux fournis hors du milieu hospitalier. Cette dernière catégorie n'inclut pas les dépenses pharmaceutiques en milieu hospitalier, qui sont imputées au poste des dépenses de soins hospitaliers. Les dépenses en prévention représentaient à peine plus de 2 % de l'ensemble des dépenses de santé (77 EUR par habitant), soit une part inférieure à la moyenne de l'UE de 3,1 %, mais ces dépenses n'incluent toutefois que celles consacrées aux programmes de prévention organisés.

Graphique 9. Les dépenses de santé vont en majorité aux soins hospitaliers et aux soins ambulatoires et peu à la prévention



Remarque: Les dépenses d'administration ne sont pas incluses. 1. inclut les soins curatifs et de réadaptation dispensés à l'hôpital ou dans d'autres établissements; 2. inclut les soins à domicile; 3. inclut uniquement la composante « santé »; 4. inclut uniquement la consommation non hospitalière.
Sources: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019; base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2017).

La liberté de choix est une caractéristique importante du système de santé belge

En Belgique, les patients sont libres de consulter n'importe quel médecin généraliste ou spécialiste. Les médecins généralistes sont principalement indépendants, travaillent seuls ou dans des cabinets de groupe, et facturent leurs actes selon le principe de la rémunération à l'acte. Les patients peuvent prendre rendez-vous chez un spécialiste et aller à l'hôpital sans passer par un médecin référent. En 2017, les Belges ont consulté un médecin en moyenne sept fois par an, chiffre semblable à la moyenne de l'UE.

Plusieurs initiatives récentes en Belgique ont tenté de renforcer le rôle des médecins généralistes, notamment en matière de gestion des maladies chroniques. Depuis 2012, le travail en équipes pluridisciplinaires en matière de soins primaires a été encouragé, notamment en rassemblant différents professionnels de la santé (dont des médecins généralistes, des infirmiers et des kinésithérapeutes) au sein de centres de santé communautaires fondés sur un système de paiement forfaitaire par capitation, en organisant la continuité des services de médecine générale hors des heures d'ouverture des cabinets et en offrant des paiements forfaitaires pour les soins pluridisciplinaires. Les soins spécialistes sont assurés principalement à l'hôpital, dans les services de jour, mais également dans les cabinets privés.

Les infirmiers jouent également un rôle important dans l'administration des soins à l'hôpital, dans les établissements de soins de longue durée et à domicile. En 2019, un cadre juridique a été défini pour un nouveau profil professionnel, celui d'infirmier de pratique avancée, afin d'accroître le partage des tâches et des actes avec les médecins et d'améliorer les perspectives et la progression de carrière des infirmiers qui souhaitent élargir leur champ d'exercice. Un diplôme de master est requis pour devenir infirmier de pratique avancée.

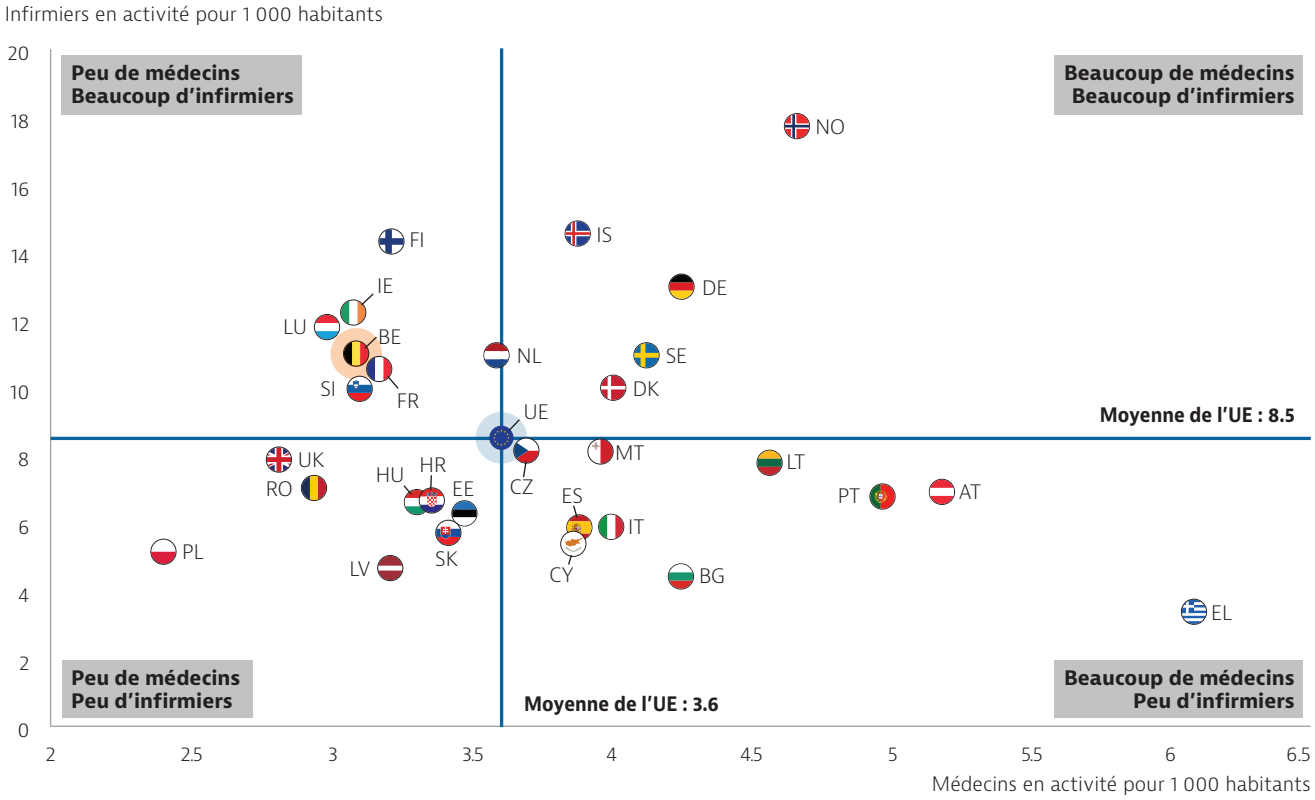
La Belgique a un nombre relativement faible de médecins et un nombre élevé d'infirmiers

En 2017, le nombre de médecins en exercice était de 3,1 pour 1 000 habitants (graphique 10), très en deçà de la moyenne de l'UE (3,6 pour 1 000 habitants)[2]. Au cours des dix dernières années, le nombre de médecins par habitant en Belgique a augmenté à un rythme plus lent que dans la plupart des pays de l'UE, mais l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine et de médecins nouvellement diplômés ces dernières années devrait contribuer à la relève des médecins (voir la section 5.3). En 2017, environ 37 % des médecins étaient des généralistes, une proportion plus élevée que la moyenne de l'UE (22 %); toutefois, comme dans la plupart des autres pays de l'UE, cette proportion a diminué (elle était de 42 % en 2000).

Le nombre d'infirmiers a augmenté assez rapidement au cours des dix dernières années, à la fois en nombre absolu et en nombre relatif par rapport au nombre d'habitants, atteignant 11 infirmiers pour 1 000 habitants en 2016, contre 9 pour 1 000 habitants en 2005. Ce nombre dépasse largement la moyenne de l'UE de 8,5 infirmiers pour 1 000 habitants. Toutefois, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de pénurie d'infirmiers ni de problèmes pour recruter des infirmiers dans certaines régions et certains hôpitaux. De nombreux infirmiers travaillent à temps partiel, ce qui réduit l'offre de services.

2: Cependant, le nombre de médecins en Belgique est légèrement sous-estimé comparé à d'autres pays, car il tient compte d'un seuil d'activité minimale appliqué aux médecins généralistes belges pour qu'ils soient considérés «en exercice» (500 consultations par an), seuil que n'appliquent pas les autres pays.

Graphique 10. Par rapport à la moyenne de l'UE, la Belgique a un nombre de médecins par habitant inférieur, mais un nombre d'infirmiers par habitant supérieur



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 ne comprend que ceux qui travaillent en milieu hospitalier.

Source: Base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2017 ou l'année la plus proche).

5 Performance du système de santé

5.1. Efficacité

Le taux de mortalité évitable grâce au système de soins est faible, mais la mortalité évitable grâce à la prévention se rapproche de la moyenne de l'UE

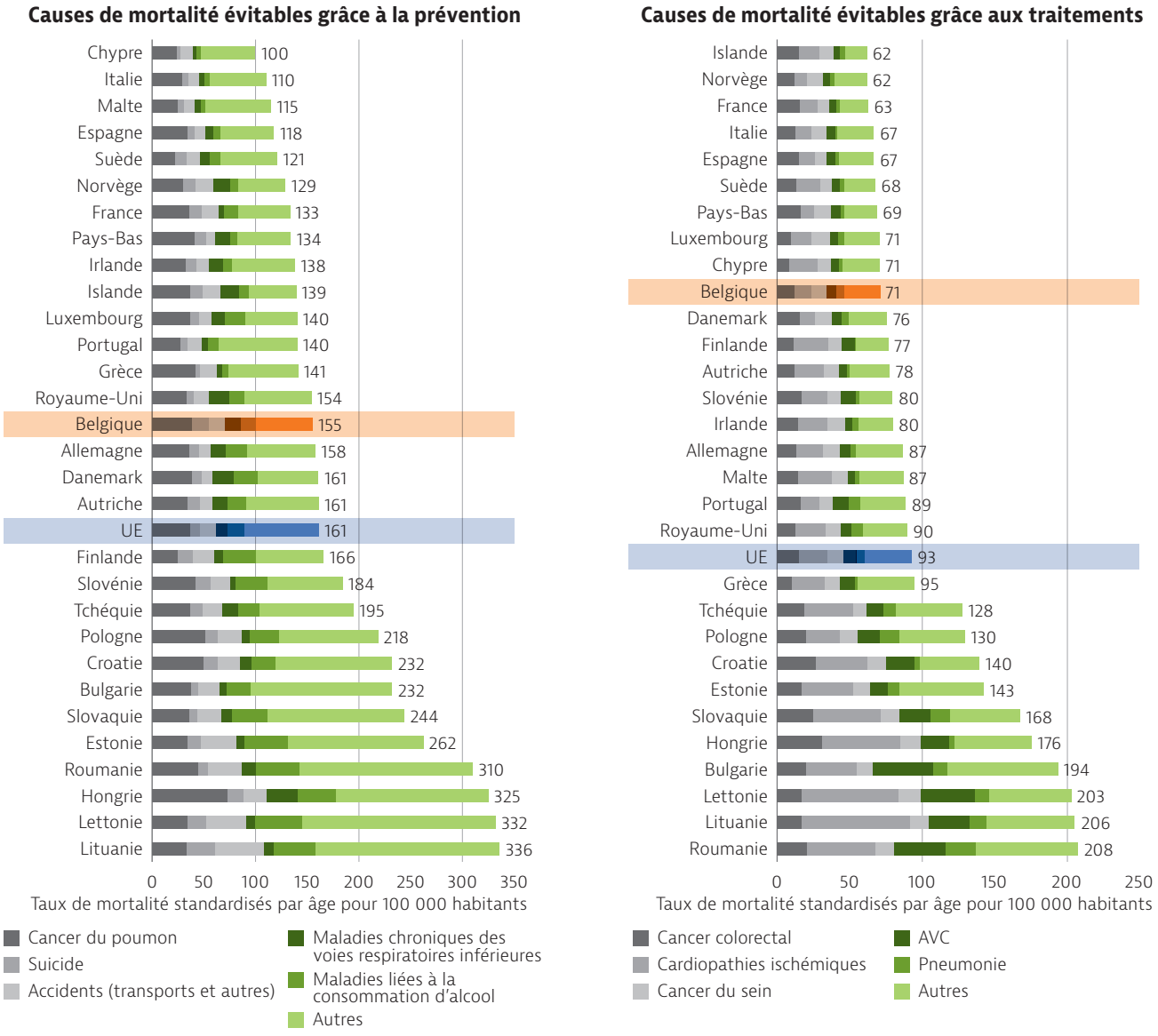
La Belgique a de bons résultats quant au taux de mortalité évitable grâce au système de soins: elle se classe dans le tiers des pays de l'UE ayant les taux les plus faibles. Cela indique que le système de santé est efficace lorsqu'il s'agit de sauver la vie de personnes qui ont des maladies graves. Les premières causes de mortalité potentiellement évitable par des traitements rapides et efficaces restent le cancer colorectal, les cardiopathies ischémiques, le cancer du sein, l'AVC et la pneumonie.

Toutefois, la mortalité évitable grâce à la prévention est plus élevée en Belgique que dans beaucoup d'autres pays d'Europe occidentale (même si inférieure à la moyenne de l'UE), indiquant que des progrès sont encore possibles pour réduire le nombre de décès prématurés au moyen de politiques de santé publique et de prévention. Les principales causes de mortalité évitable grâce à la prévention sont le cancer du poumon, le suicide, les accidents (y compris les accidents de la route et d'autres types d'accidents mortels), les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures et les maladies liées à la consommation d'alcool (graphique 11).

Le renforcement des politiques de santé publique pourrait réduire la mortalité évitable grâce à la prévention

Comme indiqué à la section 4, la Belgique dépense relativement peu en santé publique et prévention des maladies, consacrant seulement 2,2 % de l'ensemble de ses dépenses de santé aux programmes de prévention organisés, soit moins que la moyenne de l'UE de 3,1 %. Le partage des responsabilités en matière de santé

Graphique 11. La mortalité évitable grâce à la prévention est plus élevée en Belgique que dans de nombreux pays d'Europe occidentale



Remarque: On entend par mortalité évitable par la prévention tout décès pouvant être évité principalement par des interventions de santé publique et de prévention. On entend par mortalité évitable par des traitements tout décès pouvant être évité principalement par des interventions de soins de santé, y compris le dépistage et les traitements. Ces deux indicateurs renvoient à une mortalité prématurée (avant 75 ans). Ces données sont basées sur les listes révisées de l'OCDE et d'Eurostat.
Source: Base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2016).

publique et de programmes de prévention nécessite une collaboration étroite entre les différents échelons de gouvernement (Commission européenne, 2019). Ces dernières années, les entités fédérées belges ont lancé plusieurs initiatives pour renforcer les politiques de santé publique. À l'échelon fédéral, certaines mesures ont été prises pour réduire le tabagisme et promouvoir des habitudes alimentaires saines. Ainsi, les politiques antitabac prévoient un remboursement plus élevé des traitements pour arrêter de fumer, et les taxes sur les boissons sucrées, introduites en 2016, ont été relevées en 2018.

En 2016, les taxes sur les alcools ont été augmentées, en fonction du volume alcoométrique. En outre, depuis 2018, la vente de spiritueux aux jeunes de 16 et 17 ans est interdite par la loi; mais ils peuvent toujours acheter de la bière et du vin.

La couverture vaccinale des enfants est bonne, mais elle l'est moins s'agissant des personnes âgées

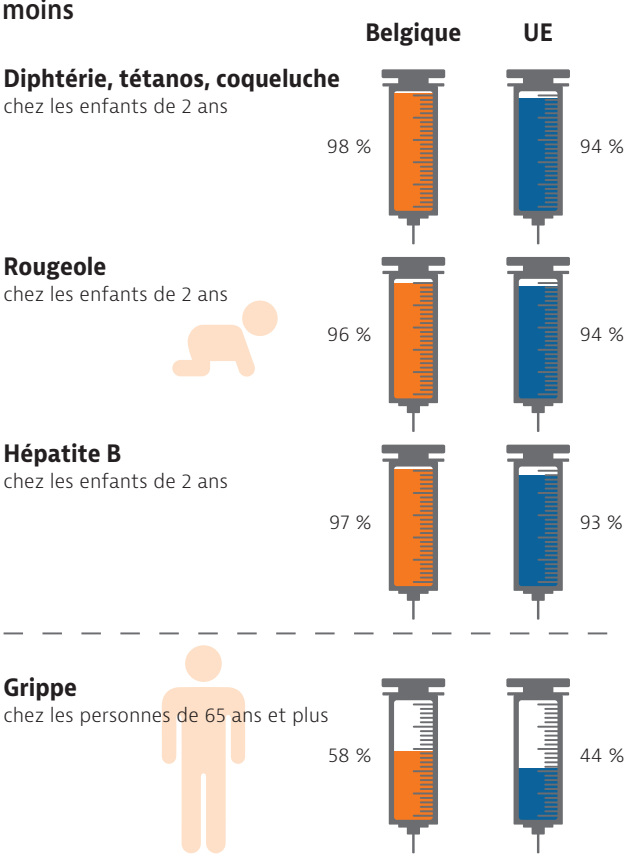
La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces. En Belgique, les campagnes de vaccination sont organisées à l'échelle des communautés. De manière générale, la couverture vaccinale infantile est plus élevée que l'objectif de 95 % de l'OMS (graphique 12). Toutefois, la couverture vaccinale de l'ensemble de la population, y compris des adultes, est incomplète. La récente épidémie de rougeole, en 2017 et début 2018 (principalement en Wallonie), était probablement due à un groupe d'enfants et d'adultes qui n'ont été vaccinés que partiellement, voire jamais.

La couverture vaccinale des personnes âgées contre la grippe est très inférieure: 58 % des personnes de plus de 65 ans ont été vaccinées en 2018, un pourcentage très en deçà de l'objectif de l'OMS de 75 %. La proportion de Belges de plus de 65 ans vaccinés contre la grippe a diminué au cours des dix dernières années (elle était de 64 % en 2004). Cette diminution est en partie due à la désinformation et à la perception erronée de la sécurité et de l'efficacité du vaccin contre la grippe. Même si le vaccin n'est jamais efficace à 100 % contre tous les types de grippe, il parvient néanmoins à offrir une protection à de nombreuses personnes âgées. En Flandre, une campagne de sensibilisation au vaccin contre la grippe à l'intention des professionnels de la santé a été lancée en 2018-2019.

Le nombre d'hospitalisations potentiellement évitables est plus élevé que dans de nombreux autres pays de l'UE

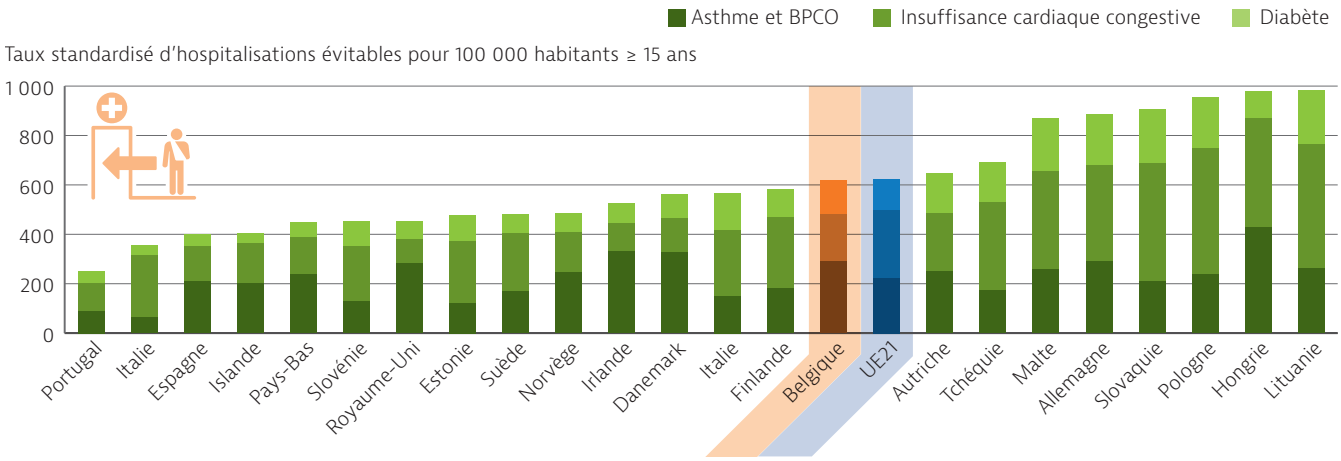
Le nombre d'hospitalisations évitables pour des maladies chroniques, telles que l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), le diabète et l'insuffisance cardiaque congestive, a diminué ces dix dernières années, et avoisine la moyenne actuelle de l'UE (graphique 13). Cependant, les taux d'hospitalisation pour certaines maladies telles que l'asthme et la BPCO restent largement au-dessus de la moyenne de l'UE, indiquant que les soins primaires peuvent être améliorés afin de mieux gérer ces pathologies. De nouveaux parcours de soins pour les personnes atteintes de diabète ont été mis au point ces dernières années par des équipes pluridisciplinaires associant des médecins généralistes, des spécialistes et autres professionnels de santé (voir la section 5.3).

Graphique 12. La couverture vaccinale des enfants est bonne, mais celle des personnes âgées l'est moins



Remarque: Ces données concernent la troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et l'hépatite B, et la première dose de vaccin contre la rougeole.
Source: OMS/UNICEF, base de données de l'Observatoire mondial de la santé pour les enfants (les données concernent l'année 2018); statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 et base de données d'Eurostat pour les personnes de 65 ans et plus (les données concernent l'année 2017 ou l'année la plus proche).

Graphique 13. Le nombre d'hospitalisations évitables pour maladie chronique est plus élevé que dans de nombreux pays de l'UE



Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (les données concernent l'année 2017 ou l'année la plus proche).

Les taux de traitement et de dépistage des cancers se sont améliorés

Le taux de survie à la suite d'un diagnostic de cancer fréquent (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal et cancer du poumon) a augmenté en Belgique au cours de la décennie et est supérieur à la moyenne de l'UE, témoignant des diagnostics précoces et des traitements efficaces (graphique 14).

En 2018, deux tiers (67 %) des femmes âgées de 50 à 69 ans déclaraient avoir passé une mammographie au cours des deux années précédentes, une proportion plus élevée qu'en 2001 (60 %), mais en diminution par rapport à 2013 (75 %). Le dépistage systématique du cancer colorectal n'est pas encore très répandu, mais 36 % des hommes et des femmes de 50 à 79 ans déclaraient en 2018 avoir subi un examen de dépistage au cours des deux années précédentes, contre environ 10 % seulement en 2008 et 17 % en 2013.

Toutefois, les taux de survie à certains cancers rares peuvent varier de manière significative d'un hôpital à l'autre, ce qui a entraîné la Belgique à concentrer le traitement de ces cancers rares dans un nombre limité d'hôpitaux.

Graphique 14. Le taux de survie au cancer à cinq ans est plus élevé que la moyenne de l'UE pour de nombreux types de cancer



Cancer de la prostate
Belgique: 94 %
UE26: 87 %

Cancer du sein
Belgique: 86 %
UE26: 83 %

Cancer du colon
Belgique: 68 %
UE26: 60 %

Cancer du poumon
Belgique: 18 %
UE26: 15 %

Remarque: Les données renvoient aux personnes diagnostiquées entre 2010 et 2014.
Source: Programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

5.2. Accessibilité

Les besoins non satisfaits en soins médicaux et soins dentaires sont généralement faibles, mais plus élevés chez les personnes disposant de faibles revenus

Bien que 99 % de la population belge soit couverte par l'assurance maladie, certaines personnes sont confrontées à des obstacles plus importants dans l'accès aux soins médicaux, pour des raisons financières et autres. En 2017, environ 7 % des personnes du quintile de revenus inférieur déclaraient des besoins en soins médicaux non satisfaits en raison des coûts, de la distance ou des délais d'attente, tandis que pour les personnes du quintile de revenus supérieur, la proportion était presque nulle (0,1 %) (graphique 15). Cet écart entre les besoins en soins médicaux non satisfaits des plus pauvres et des plus riches est le plus important de tous les pays occidentaux de l'UE, et se situe au-dessus de la moyenne de l'UE (Commission européenne, 2019).

Les besoins non satisfaits en matière de soins dentaires sont encore plus importants: en 2017, 11 % des personnes du quintile de revenus inférieur ont déclaré des besoins non satisfaits en matière de soins dentaires pour des raisons de coûts, de distance ou de délais d'attente, contre à peine 0,4 % des personnes du quintile de revenus supérieur. Cette proportion élevée chez les personnes disposant de faibles revenus est principalement due au fait que les soins dentaires sont moins bien couverts par l'assurance maladie. Cet écart est également supérieur à la moyenne de l'UE.

Les dépenses non remboursées concernent essentiellement les produits pharmaceutiques et les soins en milieu hospitalier

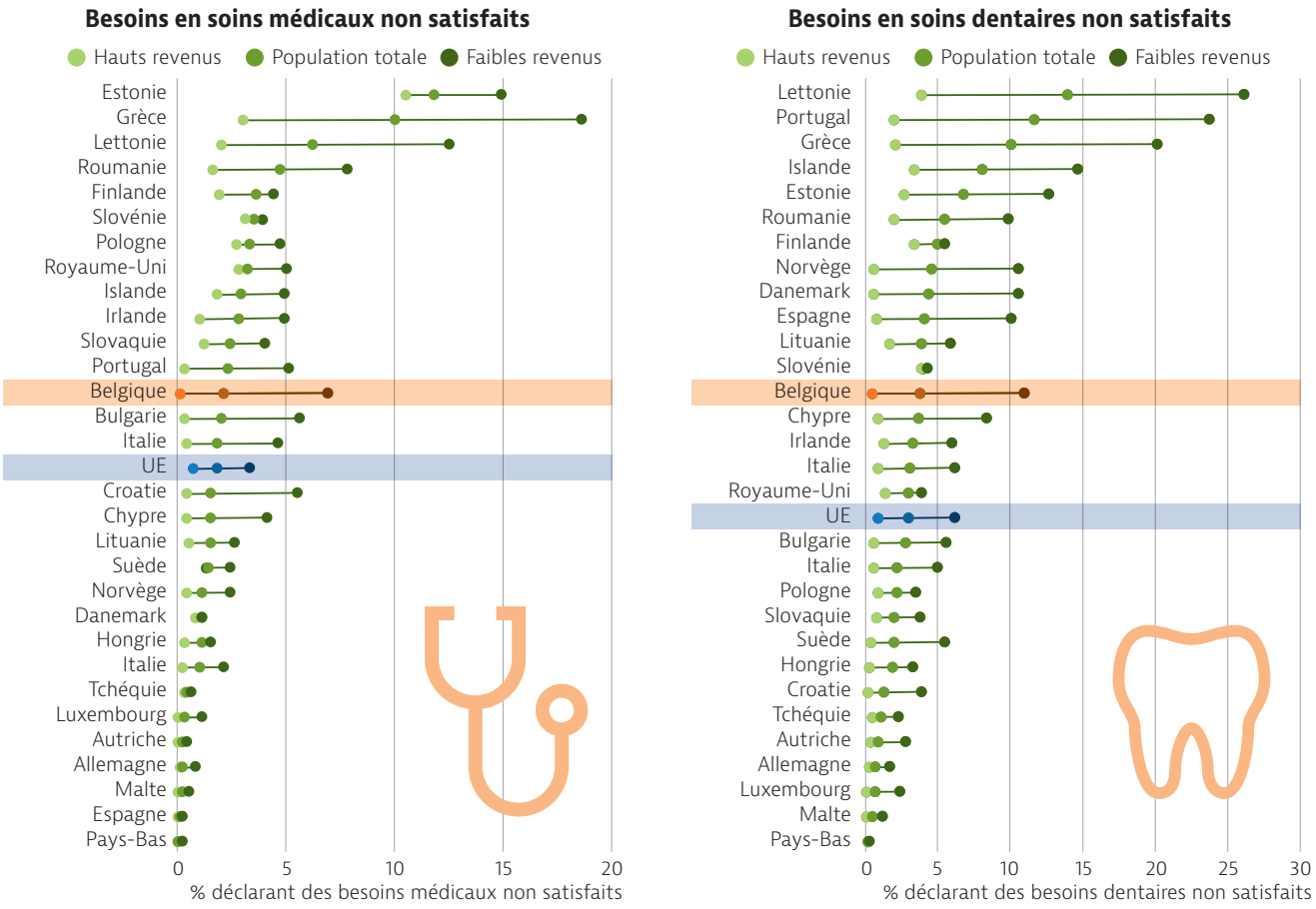
Comme indiqué à la section 4, la gamme des services et des produits de santé couverts par l'assurance maladie publique en Belgique est large, mais dans la plupart des cas, le patient doit prendre en charge une partie du coût. De nombreux Belges souscrivent également à une assurance maladie complémentaire, mais la part des dépenses de santé à charge des ménages représente néanmoins 18 % de l'ensemble des dépenses de santé contre 16 % en moyenne dans l'UE (graphique 16). Une grande partie des dépenses non remboursées concernent des soins hospitaliers (5 %) et des produits pharmaceutiques dispensés hors du milieu hospitalier (4 %).

Les dépenses non remboursées en matière de soins dentaires sont relativement faibles par rapport à l'ensemble des dépenses de santé, non pas du fait que ces soins sont bien pris en charge par l'assurance maladie publique (seuls les enfants de moins de 18 ans sont couverts à 100 % dans ce domaine), mais du fait que les dépenses de soins dentaires sont, de manière générale, inférieures aux dépenses des autres grandes catégories de soins.

La crainte d'une pénurie de médecins a provoqué une augmentation du nombre d'étudiants en médecine en Belgique

Comme indiqué à la section 4, le nombre de médecins par habitant en Belgique a augmenté relativement lentement au cours des 15 dernières années. Toutefois, la répartition géographique des médecins est plus équilibrée que dans la plupart des autres pays européens (encadré 2).

Graphique 15. Les Belges disposant de faibles revenus sont nettement plus susceptibles de déclarer des besoins en soins non satisfaits



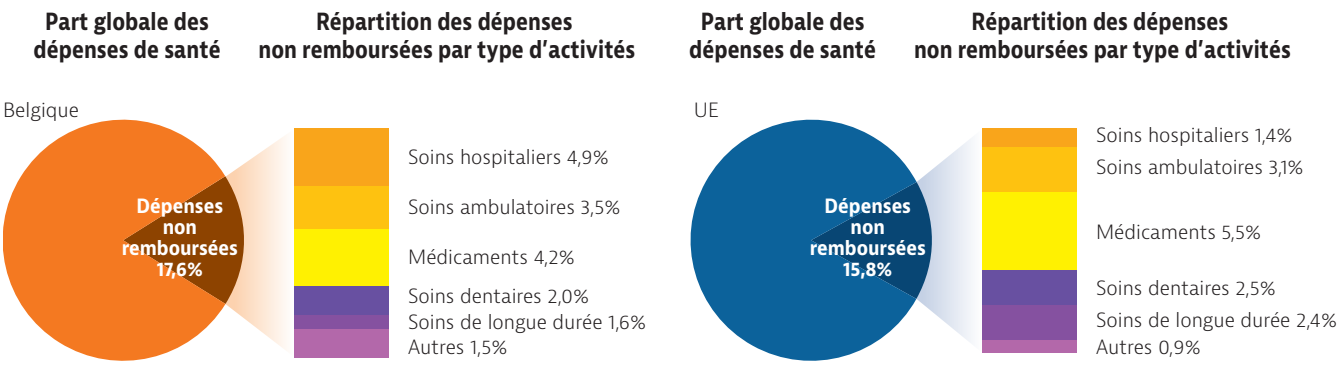
Remarque: Les données concernent les besoins d'examen ou de traitement médical ou dentaire non satisfaits pour des raisons de coûts, de distance à parcourir ou de délais d'attente. La prudence est de mise lors de la comparaison des données entre les pays, car il existe des variations dans l'instrument d'enquête utilisé.
Source: Base de données d'Eurostat, sur la base des statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) (les données concernent l'année 2017).

Encadré 2. La répartition géographique des médecins généralistes est plus équilibrée que dans la plupart des pays européens

Comme le montre le graphique 17, la répartition géographique des médecins généralistes est assez équilibrée en Belgique, ce qui contraste avec la plupart des pays européens où l'on constate souvent une importante concentration de médecins dans la région de la capitale nationale (OCDE, 2019).

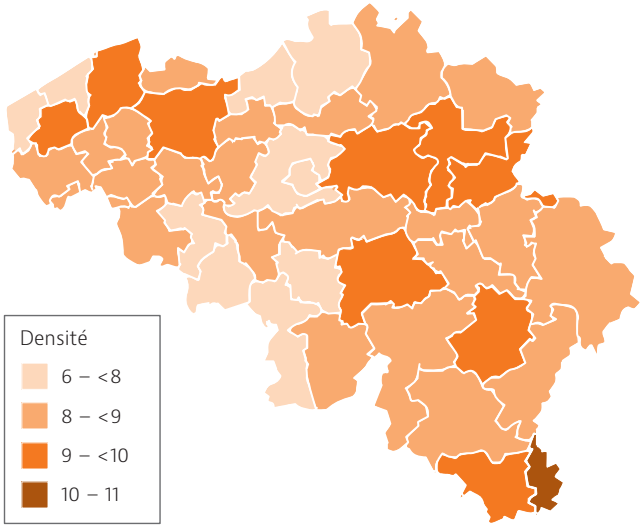
Depuis 2004, le recrutement et la rétention des médecins généralistes dans les zones rurales ont bénéficié d'un soutien financier. Toutefois, la vague attendue de départs à la retraite chez les médecins généralistes dans les années qui viennent, engendre des craintes de pénurie de médecins dans de nombreuses régions.

Graphique 16. La plupart des dépenses non remboursées concernent des produits pharmaceutiques et des soins hospitaliers



Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (les données concernent l'année 2017).

Graphique 17. La répartition des médecins généralistes est relativement équilibrée en Belgique

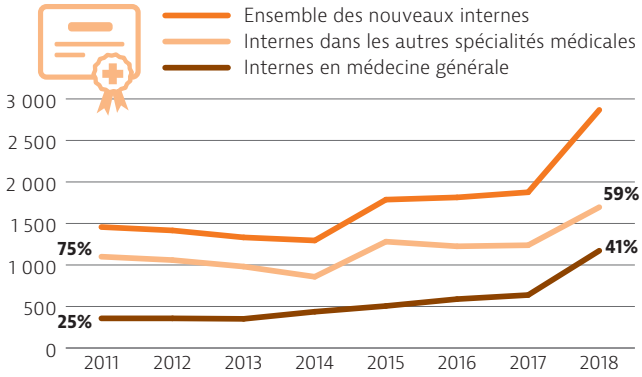


Source: RIZIV-INAMI (2019) (les données concernent l'année 2017): nombre de médecins généralistes pour 10 000 assurés, équivalent temps plein (ETP). Le nombre d'ETP est estimé sur la base du rapport entre le revenu individuel et le revenu médian pour la même spécialité des praticiens âgés de 45 à 55 ans (avec un plafond à 1).

Environ 45 % des médecins ont aujourd'hui plus de 55 ans, laissant craindre une pénurie croissante dans les années à venir. Un système de planification des effectifs médicaux a été mis en place et développé au cours des vingt dernières années en Belgique, afin de suivre l'offre, la demande et les pénuries éventuelles de médecins, et de permettre au gouvernement d'adapter les quotas d'étudiants en médecine (bien qu'il y ait un décalage de plusieurs années entre le moment où une décision d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine est prise et celui où ces étudiants achèvent leur formation et sont prêts à exercer). Le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine en Belgique a fortement augmenté au cours de la dernière décennie en réponse à la vague attendue de départs à la retraite des médecins actuels. En outre, la Communauté française en Belgique a décrété un quota maximal d'étudiants internationaux de 30 % du nombre total d'étudiants en médecine, faisant valoir que ces étudiants, une fois leur diplôme en poche, sont moins enclins à s'installer en Belgique[3].

Le nombre de places d'internat a également augmenté substantiellement ces dernières années, tout particulièrement en médecine générale. Le nombre de nouveaux diplômés en médecine faisant leur internat en médecine générale a augmenté, passant d'environ 350 par an entre 2011 et 2013 à 600 en 2017. Ce nombre a fortement augmenté en 2018, dépassant 1 100, mais c'est un fait exceptionnel car deux cohortes d'étudiants ont été diplômés en 2018, la longueur des études de médecine ayant été réduite d'un an quelques années auparavant. La part des places d'internat en médecine générale a atteint un nouveau record, passant de 25 % en 2011 à 41 % de l'ensemble des places d'internat en 2018, ce qui signifie qu'un nombre important de médecins généralistes devraient être prêts à exercer à partir de 2020 (graphique 18). Cette situation est toutefois exceptionnelle et le nombre de généralistes nouvellement formés devrait être plus faible dans les années qui suivront.

Graphique 18. Le nombre de places d'internat en médecine générale a augmenté ces dernières années



Source: Ministère de la Santé, Registre des professionnels.

Le nombre d'infirmiers diplômés a par ailleurs fortement augmenté au cours de la dernière décennie, passant de 4 500 environ en 2010 à plus de 7 000 en 2018, en réponse à la demande croissante et à la crainte d'une pénurie de personnel infirmier, compte tenu du vieillissement des effectifs. Cette augmentation a coïncidé avec la mise en œuvre d'un plan visant à rendre la profession plus attrayante, en améliorant les conditions de travail, les perspectives de carrière et la reconnaissance sociale des infirmiers.

En 2016, la durée des études universitaires en soins infirmiers est passée de trois à quatre ans, tandis que la formation dispensée par les écoles d'infirmiers passait de trois ans à trois ans et demi en Communauté française, afin de satisfaire aux exigences de la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles. Cela a eu pour conséquence une nette réduction du nombre d'infirmiers diplômés en Communauté française en 2019.

La diminution du nombre d'étudiants inscrits dans les écoles d'infirmiers ces dernières années (d'environ 10 %) suscite des inquiétudes. Elle est probablement due au fait que l'allongement de la durée du cursus ne se traduit pas par une réelle amélioration des conditions de travail, réduisant ainsi l'attrait de cette formation.

3: La Commission européenne a initié une action en justice contre ce décret au motif qu'il porte atteinte au principe de libre circulation des personnes. Les autorités belges ont réussi à maintenir ce quota en place jusqu'ici, à la condition qu'elles apportent la preuve de l'impact négatif qu'aurait l'élimination de ce quota sur le système de santé.

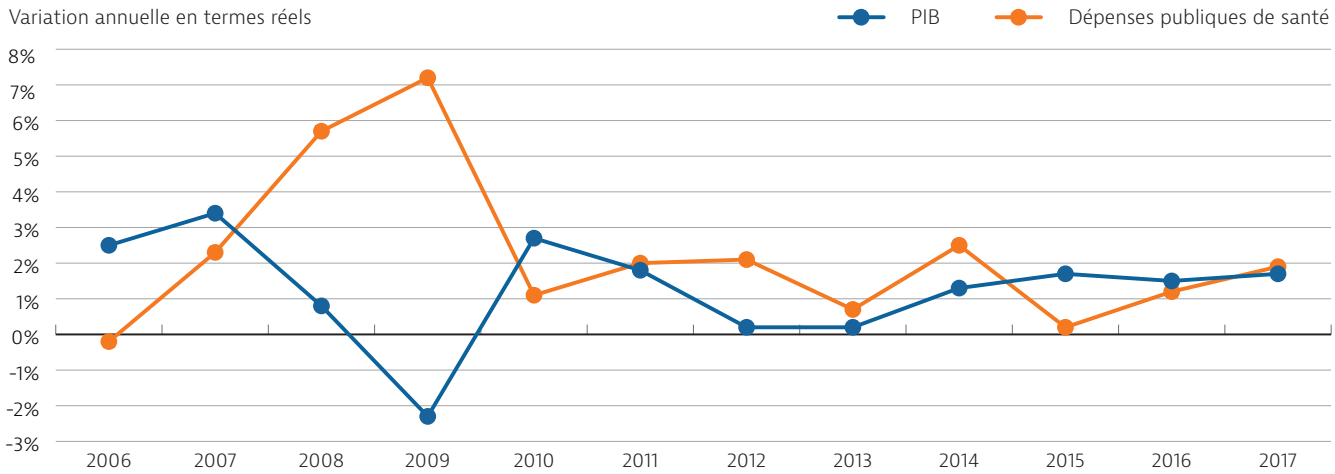
5.3. Résilience[4]

Ces dernières années, les dépenses de santé ont augmenté au rythme de l'augmentation du PIB

Suite à la crise économique de 2008-2009, le total des dépenses de santé a augmenté en moyenne de 1,6 % par an entre 2009 et 2017, se situant à un niveau proche de la moyenne de l'UE. Les dépenses publiques de santé ont également augmenté à un rythme modéré, en phase avec la croissance économique faible (graphique 19).

Selon les projections, le vieillissement de la population et les progrès technologiques devraient exercer une pression supplémentaire sur les dépenses publiques de santé au cours des prochaines décennies. Toutefois, selon les dernières projections de la Commission européenne, les dépenses publiques de santé pourraient augmenter de seulement 0,4 point de PIB entre 2016 et 2070, pour autant que les mesures de maîtrise des coûts soient maintenues. Il est prévu que les dépenses publiques en soins de longue durée exercent une plus forte pression budgétaire, passant de 2,3 % du PIB en 2016 à 4,0 % en 2070, ce qui suscite des inquiétudes quant à la viabilité des finances publiques (Commission européenne-CPE, 2018).

Graphique 19. Depuis 2010, les dépenses de santé ont augmenté au même rythme que le PIB



Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019; base de données d'Eurostat.

L'efficacité hospitalière s'est améliorée depuis 2000, mais il reste encore des progrès à faire

Le secteur hospitalier a connu des gains d'efficacité depuis 2000. La durée moyenne de séjour à l'hôpital a diminué, passant de huit à sept jours en 2017, soit un niveau inférieur à la moyenne de l'UE qui est de huit jours (graphique 20). Le nombre de lits d'hôpital par habitants n'a cessé de diminuer, bien qu'il reste au-dessus de la moyenne de l'UE.

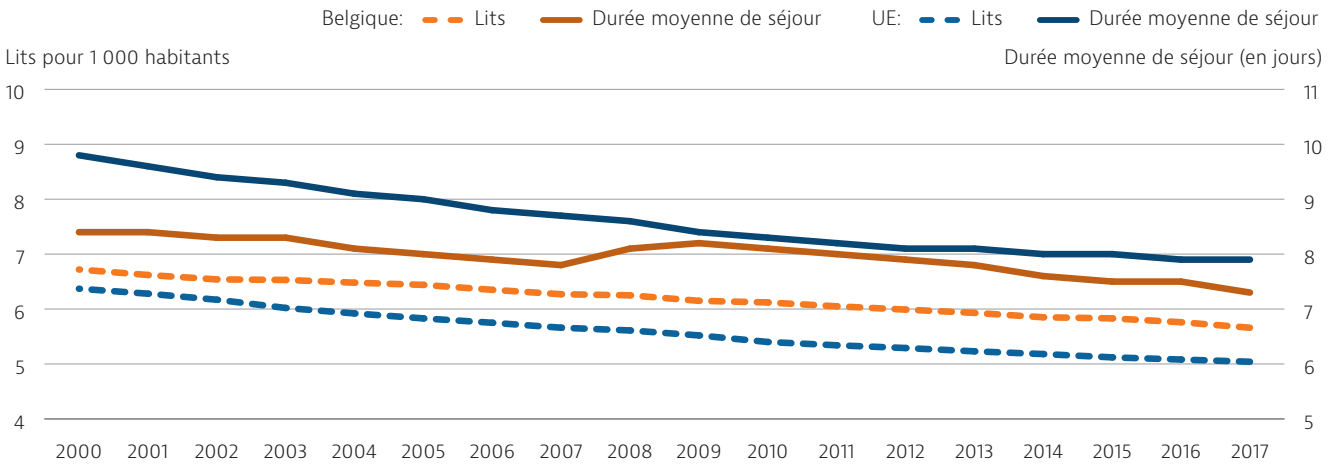
Par ailleurs, le système de santé belge a commencé à opérer une transition des soins hospitaliers aux soins ambulatoires et de jour. Toutefois, si la mise en place de la chirurgie ambulatoire a été rapide pour certaines interventions chirurgicales et dans certains hôpitaux, dans d'autres, elle a pris du retard. À titre d'exemple, le taux de chirurgie ambulatoire pour l'ablation de la vésicule biliaire variait de zéro à 60 % en fonction de l'hôpital en 2011-2013 (Leroy et al., 2017).

Des initiatives ont été récemment lancées pour promouvoir un recours plus pertinent aux procédures médicales et aux produits pharmaceutiques

En 2017, la Cellule soins efficaces de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a lancé un programme destiné à déceler les soins inutiles ou non pertinents, en travaillant en collaboration étroite avec les associations médicales. En 2019, ce programme suit les variations d'utilisation de 40 types de diagnostiques et de traitements chirurgicaux par zone géographique et par hôpital pour repérer les lieux où les taux de recours à ces interventions sont particulièrement élevés. Par exemple, le taux d'amygdalectomies (ablation des amygdales, une opération généralement réalisée sur les enfants) varie du simple au double d'une commune à l'autre sans qu'il y ait de raison apparente justifiant des besoins plus élevés dans certaines communes (INAMI-RIZIV, 2019).

4: La résilience désigne la capacité des systèmes de santé à s'adapter efficacement à des environnements en mutation, à des crises ou à des chocs soudains.

Graphique 20. Le nombre de lits d'hôpitaux et la durée moyenne de séjour ont diminué depuis 2000



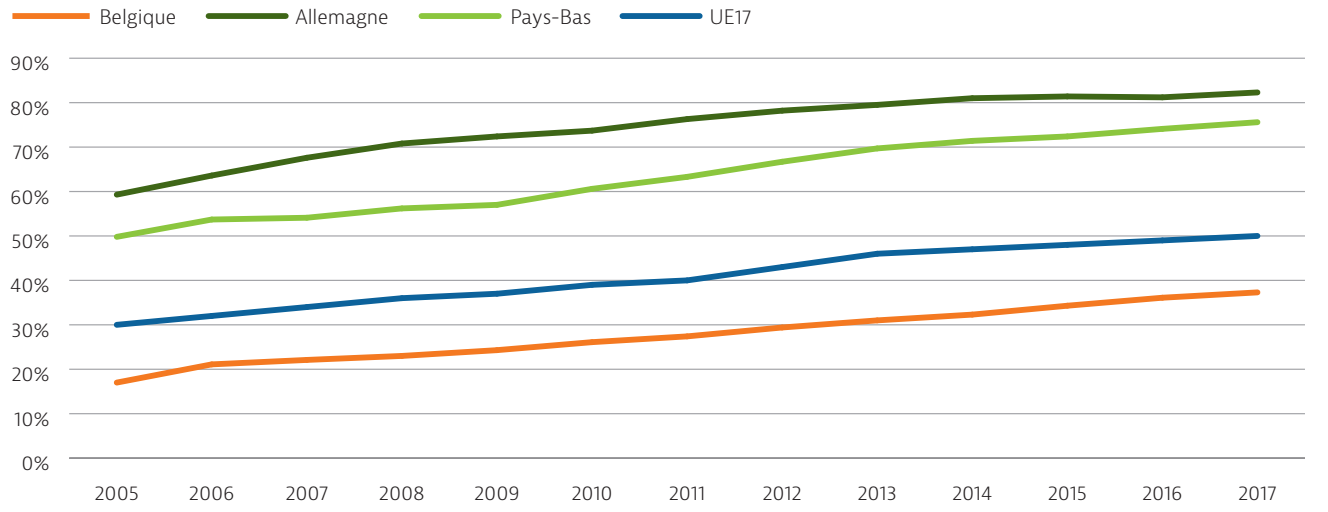
Remarque: Il y a un bris dans les données sur la durée moyenne de séjour pour l'année 2008 en Belgique.
Source: Base de données d'Eurostat.

Des initiatives sont en cours pour améliorer l'accès aux nouveaux médicaments à des prix abordables

Une grande partie des dépenses de santé non remboursées est consacrée aux produits pharmaceutiques, et l'accès aux nouveaux médicaments peut s'avérer très coûteux: aussi, la Belgique a engagé plusieurs initiatives pour améliorer l'accès aux nouveaux médicaments à des prix abordables. Le pays a recours à l'évaluation des technologies de santé (ETS) pour prendre des décisions relatives au remboursement des produits pharmaceutiques et fournir des preuves factuelles sur certaines technologies et interventions médicales. La Belgique est l'un des membres fondateurs de la nouvelle initiative BeNeLuxA sur l'ETS conjointe, l'analyse prospective, l'échange d'informations et les négociations sur la fixation des prix et le remboursement des nouveaux médicaments (encadré 3).

Depuis 2002, pour les produits pharmaceutiques qui sont déjà sur le marché, la Belgique a établi un système de prix de référence interne qui définit la couverture des coûts des produits pharmaceutiques ayant des substituts à des niveaux abordables. Ce système couvre les médicaments génériques, les médicaments princeps vendus au prix des génériques et les biosimilaires. En parallèle, le pays a mis en place des incitations financières pour encourager l'achat de médicaments génériques, a établi et récemment augmenté les quotas de prescriptions pour les médecins généralistes et les spécialistes, et a introduit la substitution obligatoire par les pharmaciens de certaines catégories de médicaments, tels que les antibiotiques et les antifongiques (contre les mycoses). Le marché des génériques a plus que doublé de volume, passant de 17 % en 2005 à 37 % en 2017 (graphique 21). Au cours de la même période, la valeur du marché des génériques est passée de 8 % à 13 %, mais elle reste inférieure à d'autres pays de l'UE comme les Pays-Bas et l'Allemagne.

Graphique 22. La part du marché des génériques reste plus faible que dans d'autres pays de l'Union



Remarque: les données renvoient à la part des génériques en volume.
Source: statistiques de l'OCDE sur la santé, 2019.

Encadré 3. La Belgique cherche à développer sa capacité de prospective grâce à l'initiative BeNeLuxA

L'initiative BeNeLuxA a débuté en 2015, composée à l'origine par la Belgique, les Pays-Bas, l'Autriche et le Luxembourg, l'Irlande l'ayant rejointe en 2018. Elle vise à augmenter l'efficience de l'évaluation, et à améliorer les processus de remboursement et defixation des prix des médicaments afin d'améliorer la position du payeur sur le marché.

En 2018, les pays de l'initiative BeNeLuxA ont lancé une initiative internationale de prospective (International Horizon Scanning Initiative). Elle a vocation à évaluer des produits prêts à être mis sur le marché, en tenant compte de leurs effets prévisibles sur la santé des patients, de l'organisation des systèmes de santé et du coût potentiel pour les finances publiques.

Plus de dix pays (outre les pays de l'initiative BeNeLuxA) ont à présent rejoint le projet. Compte tenu de l'incidence potentielle de nouveaux médicaments à coûts élevés sur l'accès et la viabilité budgétaire à long terme des systèmes de santé, il est de plus en plus important de disposer d'informations prévisionnelles détaillées.

Vers une plus grande intégration des soins primaires

L'échelon fédéral et les entités fédérées (régions et communautés) ont reconnu l'importance du renforcement des soins primaires dans le contexte du vieillissement de la population et du nombre croissant de personnes vivant avec des maladies chroniques. En 2015, un plan national intitulé «Des soins intégrés pour une meilleure santé» a été approuvé à l'échelon fédéral et des entités fédérées. Ce plan s'est accompagné de la publication d'un guide énonçant le «triple objectif» de soins intégrés soit: a) améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladies chroniques; b) améliorer la santé de la population; et c) optimiser les ressources consacrées aux soins en travaillant de manière plus efficiente. La stratégie de mise en œuvre adopte une approche fondée sur des projets pilotes régionaux. Ceux-ci dureront quatre ans et seront financés en partie par l'État.

En 2015, la Région flamande a également engagé une réforme de son système de soins primaires, pour le rendre plus intégré et centré sur la personne, en adoptant également une approche participative. En 2017, une «trajectoire de réforme pour les soins primaires» a été approuvée avant d'être mise en œuvre par le biais de projets pilotes. Deux initiatives sont également en cours pour réviser les réglementations applicables à la prestation des soins primaires, des soins à domicile et des soins pour les personnes âgées.

En Région wallonne, les domaines prioritaires comprennent également l'intégration des services et la promotion de l'accès aux soins, notamment en aidant les médecins à s'installer dans des zones mal desservies.

La Belgique a adopté un nouveau plan eSanté 2019-2021

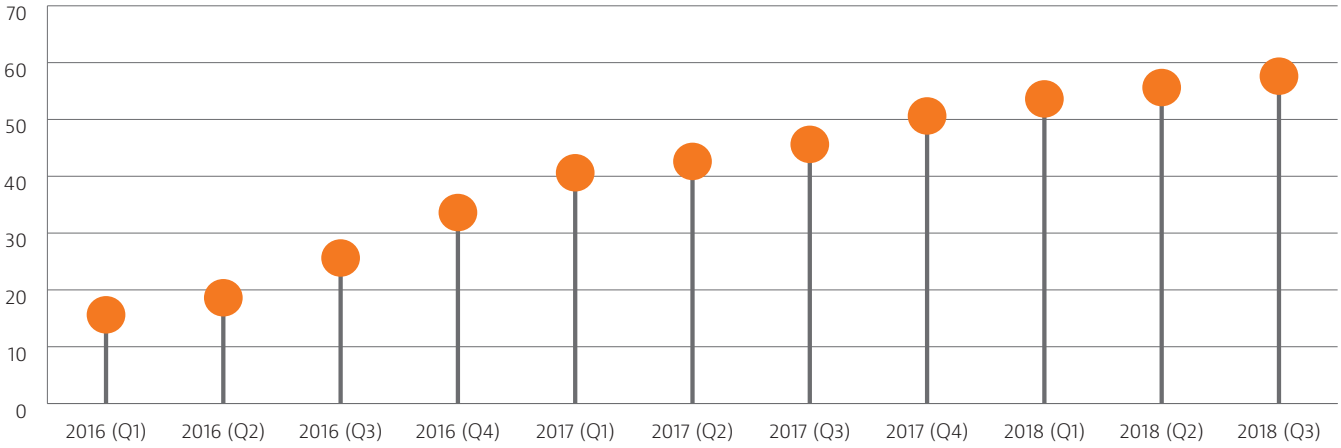
En février 2019, la Belgique a adopté un nouveau plan d'action pour la eSanté pour la période 2019-2021, dans le prolongement du plan précédent (2013-2018). Elle continuera de mettre en œuvre divers projets de santé en ligne qui ont déjà démarré, et, dans le même temps, de développer de nouveaux outils numériques à l'intention des prestataires de soins et des patients (eSanté, 2019).

Le nouveau plan d'action pour l'eSanté continuera de renforcer les initiatives destinées à numériser et à partager les informations dans le cadre de soins primaires et en milieu hospitalier. En 2018, près de 60 % des médecins généralistes ont utilisé le dossier médical accessible par le réseau électronique MyCareNet, une forte augmentation par rapport à moins de 20% au début de l'année 2016 (graphique 22). Les médecins généralistes utilisent également de plus en plus les ordonnances électroniques. En novembre 2018, plus de 4 000 000 ordonnances électroniques ont été émises, soit environ la moitié du total des ordonnances, et, en 2020, l'ordonnance électronique deviendra obligatoire pour les médecins généralistes.

Le nouveau plan d'action pour la eSanté soutiendra le développement de pratiques médicales reposant sur des dispositifs portables (santé mobile). Un nouveau système a été mis en place pour évaluer et valider les applications de santé mobile et six d'entre elles ont été validées en avril 2019, dont, par exemple, l'application Airview qui permet de surveiller les troubles du sommeil et l'insuffisance respiratoire. Le nouveau plan d'action pour la eSanté continuera de développer le partage des informations avec les patients par l'intermédiaire d'un nouveau portail sécurisé en ligne, «Ma santé», qui permet aux patients de prendre connaissance d'informations pertinentes et sécurisées. La Belgique travaille au développement d'un nouveau site internet appelé «Belgique en bonne santé», qui aura vocation à améliorer la disponibilité et l'utilisation des informations de santé.

Graphique 22. La proportion de généralistes qui utilisent des dossiers médicaux électroniques a fortement augmenté

% de généralistes qui utilisent des dossiers médicaux électroniques via MyCareNet



Source: Devos et al., 2019.

La collecte et l'utilisation d'informations déclarées par les patients ne cessent de croître

En 2013, l'enquête belge par interview sur la santé a commencé à suivre les expériences des patients dans le cadre de leurs interactions avec les prestataires de soins primaires, afin de disposer d'un large éventail d'informations sur la qualité des soins dispensés. En outre, un nouveau programme de paiements à la performance destiné aux hôpitaux intégrera les informations déclarées par les patients à un ensemble d'indicateurs pour déterminer l'allocation de paiements supplémentaires fondés sur la qualité (encadré 4).



Encadré 4. Les informations déclarées par les patients sont en augmentation, y compris les premières expériences de recours à des mesures d'incitations sous la forme de paiement à la performance

Le rapport sur la performance du système de santé belge comprend des indicateurs relatifs à des mesures basées sur les informations déclarées par les patients dans le cadre d'un ensemble d'indicateurs plus vaste destinés à suivre l'accessibilité, la qualité, l'efficience et l'équité du système de santé (Devos et al., 2019). Pour la plupart, ces indicateurs proviennent de l'enquête nationale par interview sur la santé. Ils comprennent quatre indicateurs de l'expérience des soins primaires par les patients, sur la base du module de l'OCDE.

En 2018, le gouvernement a introduit un régime de paiements à la performance pour les hôpitaux, auquel les hôpitaux peuvent choisir d'adhérer ou non. Ce régime repose non seulement sur le volume de soins dispensés, mais également sur l'évaluation des expériences des patients. Les hôpitaux peuvent gagner 10 points, sur un total de 80, en réalisant une enquête sur l'expérience de leurs patients et 5 points supplémentaires s'ils obtiennent de notes positives aux deux questions portant sur l'expérience des patients. Le budget total alloué par le programme est toutefois relativement modeste, à peine plus de 6 millions d'EUR pour 102 hôpitaux en 2018. En 2018, la quasi-totalité des hôpitaux ont réalisé des enquêtes pour évaluer les mesures basées sur les expériences déclarées par les patients; et un plus grand nombre d'indicateurs de résultats rapportés par les patients seront incluses dans le programme.

6 Principales conclusions

- L'espérance de vie en Belgique s'est allongée de presque quatre ans depuis 2000, mais des inégalités importantes subsistent selon le sexe et la catégorie socio-économique: les hommes les moins instruits vivent environ six ans de moins que ceux ayant un niveau d'études supérieur. Bien que cet écart soit légèrement inférieur à la moyenne de l'UE, il est l'un des plus importants des pays d'Europe occidentale. Ces disparités sont, dans une large mesure, dues à une plus grande exposition aux facteurs de risque environnementaux et comportementaux.

- Certains facteurs de risques comportementaux, tels que le tabagisme, ont été traités efficacement, mais la consommation excessive d'alcool reste un problème de santé publique majeur. Des taux croissants de surcharge pondérale et d'obésité chez les adolescents et les adultes suscitent une inquiétude croissante. Une plus forte coordination entre les entités fédérales et les entités fédérées pourrait améliorer la prévention, et les prestataires de soins primaires pourraient jouer un rôle plus important dans la promotion de modes de vie sains auprès de l'ensemble de la population.

- La Belgique consacre une part relativement élevée de son PIB à la santé (10,3 % en 2017, plus que la moyenne de l'UE de 9,8 %), et presque 80 % des dépenses de santé sont financés par des sources publiques. L'abaissement du plafond de croissance des dépenses publiques depuis 2013 a contribué à maintenir cette croissance au rythme de celle du PIB. Compte tenu des mesures en place, on prévoit que les pressions budgétaires à venir proviendront principalement des besoins croissants de soins de longue durée liés au vieillissement de la population, ce qui pourrait constituer un risque pour la viabilité budgétaire.

- De manière générale, l'accès aux soins de santé est bon en Belgique, mais le ticket modérateur est courant et 18 % des dépenses de santé sont directement prises en charge par les ménages, ce qui représente une proportion supérieure à la moyenne de l'UE (16 %). Les personnes disposant de faibles revenus déclarent plus souvent des besoins non satisfaits en soins médicaux et encore plus souvent s'agissant des soins dentaires, principalement pour des raisons financières. Ces renoncements aux soins dentaires sont avant tout imputables à une moindre prise en charge des coûts des soins dentaires par l'assurance maladie.

- Bien que le nombre de médecins en Belgique ait augmenté lentement ces 15 dernières années, environ 45 % d'entre eux ont aujourd'hui plus de 55 ans, ce qui soulève des inquiétudes quant à une pénurie future de médecins. Pour remédier à cette situation, le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine a fortement augmenté ces dernières années, et un nombre croissant de places d'internat ont été créées en médecine générale pour assurer la relève des généralistes.

- La Belgique a pris plusieurs mesures depuis 2015 pour renforcer les soins primaires et promouvoir une plus grande intégration des soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Plusieurs projets pilotes ont été lancés pour tester de nouveaux modes de prestations de soins et de financement de ces soins, notamment en encourageant le travail en équipes pluridisciplinaires pour les patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète.

- En 2017, l'assurance maladie a commencé à travailler avec les associations médicales à la promotion d'une utilisation plus appropriée des services de santé; en 2019, ce programme englobait plus de 40 types de diagnostics et traitements. Selon les premières indications de ce travail, il est possible que certains services dans certaines zones géographiques soient utilisés de manière abusive. Par ailleurs, il serait possible d'accroître le recours aux soins ambulatoires.

- De nombreuses mesures ont été prises ces dernières années pour accélérer le passage à un système de santé numérique, notamment en développant l'utilisation du dossier informatisé de santé et de l'ordonnance électronique. Le nouveau plan d'action eSanté 2019-2021 poursuivra la transition numérique et élargira la gamme d'outils numériques mis à la disposition des professionnels de santé et des patients.

Sources principales

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en.

European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Health Systems and Policy Monitor: Belgium*, https://www.hspm.org/countries/belgium25062012/countrypage.aspx.

Références

Commission européenne (2019), *Country Report Belgium 2019*. 2019 European Semester. Brussels.

Commission européenne (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*, Institutional Paper 079. May 2018. Brussels.

Devos C et al. (2019), *Performance of the Belgian Health System – Report 2019*. KCE Report 313. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Brussels.

eSanté (2019), *Portail des services de l'eSanté [eHealth Services Portal]* – Roadmap 3.0, https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/roadmap-30/roadmap-30.

IHME (2018), *Global Health Data Exchange*, http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.

INAMI-RIZIV (2019), *Medical practice variations – Respiratory system – Tonsillectomy-adenoidectomy*, https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations/respiratory-system/tonsillectomy-adenoidectomy

Leroy R et al. (2017), *Proposals for a Further Expansion of Day Surgery in Belgium*, KCE Report 282. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Brussels.

OECD (2019), *Health at a Glance: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en.

Sciensano (2019), *Health Status Report 2019: the State of Health in Belgium*. Sciensano, Brussels.

Liste des abréviations des pays

Allemagne	DE	Danemark	DK	Hongrie	HU	Luxembourg	LU	Roumanie	RO
Autriche	AT	Espagne	ES	Irlande	IE	Malte	MT	Royaume-Uni	UK
Belgique	BE	Estonie	EE	Islande	IS	Norvège	NO	Slovaquie	SK
Bulgarie	BG	Finlande	FI	Italie	IT	Pays-Bas	NL	Slovénie	SI
Chypre	CY	France	FR	Lettonie	LV	Pologne	PL	Suède	SE
Croatie	HR	Grèce	EL	Lituanie	LT	Portugal	PT	Tchéquie	CZ

Commission européenne

State of Health in the EU
Profils de santé par pays 2019

Les Profils de santé par pays constituent une étape importante du cycle actuel de la Commission européenne vers la transmission des connaissances sur l'état de santé dans l'Union européenne, et sont produits grâce au soutien financier de l'Union européenne. Ces profils sont le fruit de travaux menés conjointement par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'European Observatory on Health Systems and Policies, en collaboration avec la Commission 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 européenne et/ou de l'Espace économique européen. L'objectif est de créer un outil d'apprentissage mutuel et d'échange volontaire qui puisse être utilisé tant par les décideurs que par les influenceurs de politiques.

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.

La Commission assortit les principales conclusions de ces Profils de santé par pays d'un rapport d'accompagnement.

Pour en savoir plus: ec.europa.eu/health/state

Merci de citer cet ouvrage comme suit: OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Belgique: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264601239 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES POUR UNE VIE MEILLEURE

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO