European Commission

State of Health in the EU

Belgique

Profils de santé par pays 2021

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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* (L'état de santé dans l'UE) fournissent un aperçu concis et pertinent de la santé et des systèmes de santé dans les États membres de l'Union européenne (UE) et l'Espace économique européen (EEE), soulignant les caractéristiques et les enjeux particuliers dans 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'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'European Observatory on Health Systems and Policies avec la Commission européenne. L'équipe remercie le réseau de la plateforme Health Systems and Policy Monitor, le comité de la santé de l'OCDE et le groupe d'experts de l'UE sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé pour leurs observations et suggestions précieuses.

Contents

1. POINTS SAILLANTS 3
2. LA SANTÉ EN BELGIQUE 4
3. FACTEURS DE RISQUE 6
4. LE SYSTÈME DE SANTÉ 8
5. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ 12
5.1 Efficacité 12
5.2 Accessibilité 15
5.3 Résilience 17
6. PRINCIPALES CONCLUSIONS 22

Sources des données et des informations

Les données et informations utilisées dans les profils de santé par pays sont principalement basées sur les 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), du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), des enquêtes 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 27 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 de septembre 2021 et repose sur les données disponibles à la fin du mois d'août 2021.

Contexte démographique et socioéconomique en Belgique, 2020

Facteurs démographiques	Belgique	UE
Population	11 522 440	447 319 916
Part de la population de plus de 65 ans (en %)	19,1	20,6
Taux de fécondité[1] (2019)	1,6	1,5
Facteurs socioéconomiques		
PIB par habitant (en EUR, PPA[2])	34 783	29 801
Taux de pauvreté relative[3] (en %, 2019)	14,8	16,5
Taux de chômage (en %)	5,6	7,1

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 éliminant les différences de niveaux de prix entre 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.

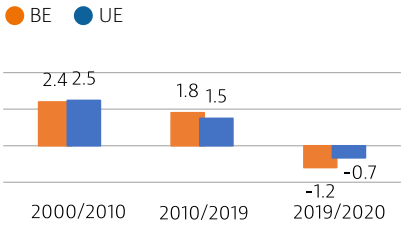
Le présent document ainsi que les données et les cartes qu'il contient sont sans préjudice du statut de tout territoire ou de la souveraineté exercée sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales et de la dénomination de tout territoire et toute ville ou région.

D'autres clauses de non-responsabilité s'appliquent pour l'OMS.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Points saillants

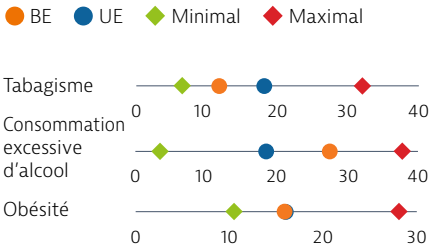
L'espérance de vie en Belgique reste légèrement plus longue que la moyenne de l'UE, mais elle a fortement chuté temporairement en 2020 en raison des décès dus à la COVID-19. Bien que le système de santé belge offre un bon accès à des soins de qualité élevée, la pandémie de COVID-19 a révélé des problèmes importants en ce qui concerne la prévention, la santé publique, le personnel de santé et la qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée pour personnes âgées. Elle a donné l'impulsion à de nombreuses pratiques innovantes en Belgique, qui pourraient être généralisées afin de construire un système de santé plus résilient.



Evolution de l'espérance de vie, années

État de santé

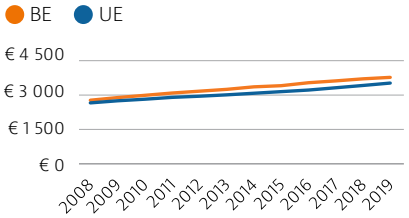
L'espérance de vie en Belgique a augmenté plus que la moyenne de l'UE entre 2010 et 2019, mais a diminué de plus d'un an en 2020 en raison des décès liés à la COVID-19. En 2020, environ 60 % des décès liés à la COVID-19 ont touché des personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée. Comme dans de nombreux autres pays, la santé mentale de beaucoup de jeunes et d'adultes en Belgique s'est fortement dégradée pendant la pandémie, les niveaux d'anxiété et de dépression ayant été bien plus élevés que les années précédentes.



Facteurs de risque, % des adultes

Facteurs de risque

Les facteurs de risque pour la santé sont des vecteurs majeurs de mauvaise santé et de mortalité en Belgique. La consommation de tabac a considérablement diminué ces vingt dernières années, mais 15 % des adultes fumaient quotidiennement en 2018. Presque 30 % des adultes ont déclaré avoir régulièrement une consommation d'alcool excessive en 2018, ce qui est bien au-dessus de la moyenne de l'UE. Environ 16 % des adultes étaient obèses en 2018, ce qui est proche de la moyenne de l'UE, mais au-dessus des 12 % enregistrés en 2001. Le surpoids et l'obésité chez les jeunes de 15 ans sont aussi en hausse, le taux étant passé de 11 % en 2002 à 17 % en 2018.



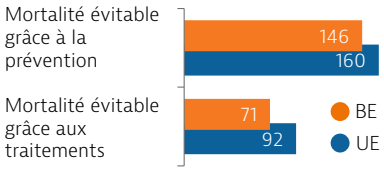
Dépenses par habitant (en euros, PPA)

Système de santé

Les dépenses de santé par habitant ont légèrement augmenté entre 2008 et 2019 et restent supérieures à la moyenne de l'UE. En 2019, les dépenses de santé représentaient 10,7 % du PIB, contre 9,6 % en 2008, soit une part plus importante que la moyenne actuelle de l'UE, qui s'élève à 9,9 %. Les dépenses publiques constituaient 77 % des dépenses totales de santé, un taux légèrement inférieur à la moyenne de l'UE (80 %).

Efficacité

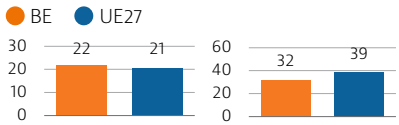
Le taux de mortalité évitable était légèrement inférieur à la moyenne de l'UE avant la pandémie, mais supérieur à celui de nombreux autres pays d'Europe occidentale. Cela indique qu'il serait possible de faire davantage pour sauver des vies en mettant l'accent sur la promotion de la santé, en réduisant les facteurs de risque et en offrant de meilleurs soins de santé.



Taux de mortalité standardisé par âge pour 100 000 habitants, 2018

Accessibilité

Bien que l'accès aux soins de santé en Belgique soit généralement bon, la pandémie de COVID-19 l'a considérablement altéré en 2020: 22 % de la population a déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 premiers mois de la pandémie, ce qui avoisine la moyenne de l'UE (21 %). L'utilisation croissante des téléconsultations a contribué au maintien de l'accès aux soins pendant la pandémie.

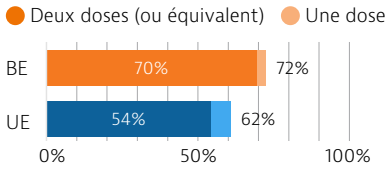


% de personnes déclarant avoir renoncé à des soins médicaux au cours des 12 premiers mois de la pandémie

% de personnes ayant utilisé la téléconsultation durant les 12 premiers mois de la pandémie

Résilience

Au vu du nombre de cas et de décès par rapport au nombre d'habitants, la Belgique a fait partie des pays de l'UE les plus durement touchés par la pandémie de COVID-19, en particulier pendant la première vague. La Belgique a accéléré sa campagne de vaccination pendant le premier semestre 2021. À la fin du mois d'août 2021, 70 % de la population avaient reçu deux doses (ou équivalent) d'un vaccin contre la COVID-19.



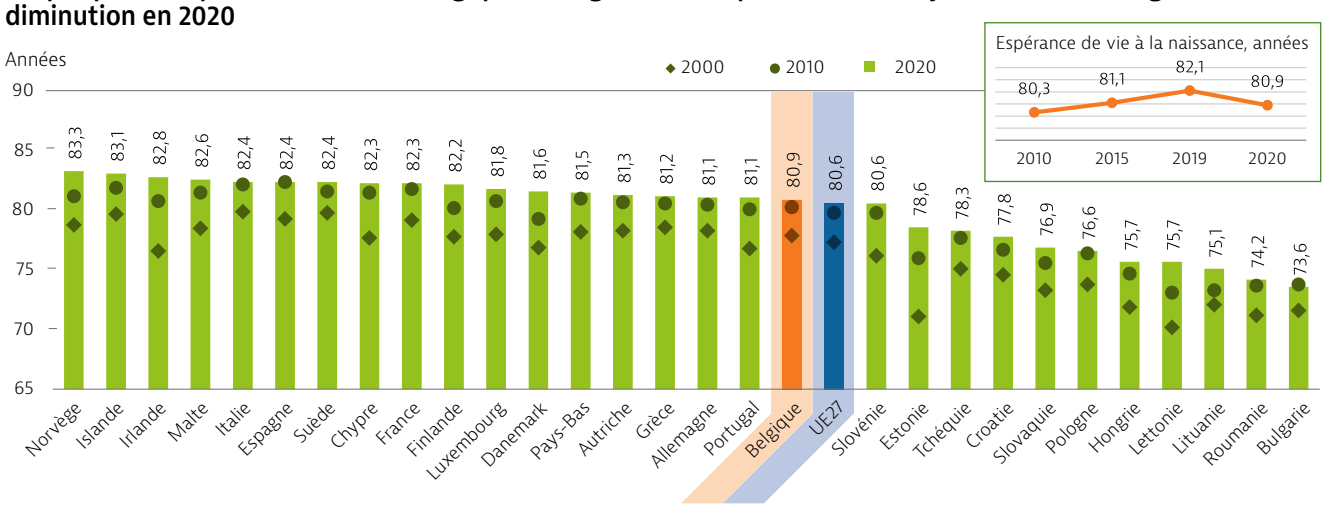
Proportion de la population totale vaccinée contre la COVID-19 à la fin du mois d'août.

2 La santé en Belgique

L'espérance de vie en Belgique reste légèrement supérieure à la moyenne de l'UE, malgré une baisse drastique en 2020

L'espérance de vie à la naissance atteignait 80,9 ans en Belgique en 2019 et reste légèrement supérieure à la moyenne de l'UE (graphique 1), bien qu'elle ait baissé temporairement de 1,2 an en 2020 en raison des décès liés à la COVID-19. Cette diminution est la plus forte jamais constatée depuis la Seconde Guerre mondiale, ainsi que l'une des plus marquées au sein des pays de l'UE. L'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes était de 4,5 ans en 2019 (78,6 ans pour les hommes contre 83,1 ans pour les femmes), soit environ un an de moins que la moyenne de l'UE.

Graphique 1. L'espérance de vie en Belgique est légèrement supérieure à la moyenne de l'UE, malgré une nette diminution en 2020



Remarque : la moyenne de l'UE est pondérée. Les données pour l'Irlande se rapportent à 2019.
Source : base de données d'Eurostat.

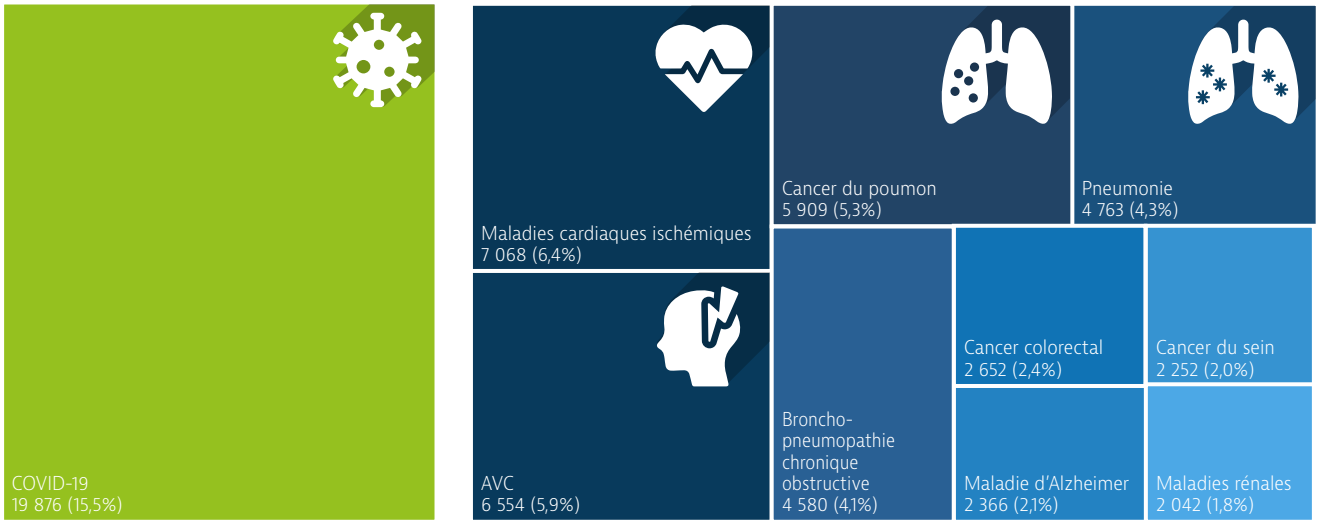
Les principales causes de mortalité avant la pandémie étaient la cardiopathie ischémique, l'AVC et le cancer du poumon, mais en 2020 la COVID-19 est devenue la première cause de décès

En 2018, les maladies cardiovasculaires représentaient 26 % de l'ensemble des décès en Belgique, suivies du cancer (24 %). Plus précisément, la cardiopathie ischémique (6 % de l'ensemble des décès) et l'AVC (6 %) étaient les premières causes de mortalité, suivies par le cancer du poumon, qui est resté le cancer causant le plus de décès (graphique 2).

En 2020, la COVID-19 a été à l'origine de près de 20 000 décès en Belgique (15 % de la totalité des décès). La majorité des décès concernaient des personnes âgées : environ 94 % sont survenus chez les personnes de plus de 65 ans et plus de 50 % chez les personnes de plus de 85 ans. Il y a eu près du même nombre de décès liés à la COVID-19 pendant la première vague au printemps 2020 que pendant la deuxième vague (environ 9 300). En revanche, les décès de la première vague se sont concentrés sur moins de semaines que ceux de la deuxième vague. Entre janvier et août 2021, 5 500 décès liés à la COVID-19 ont encore été relevés.

Le taux de mortalité imputable à la COVID-19 à la fin du mois d'août 2021 était presque de 40 % supérieur à la moyenne de l'UE (2 200 pour un million d'habitants contre 1 590), principalement en raison du taux de mortalité très élevé pendant la première vague. Toutefois, alors que la Belgique a enregistré les décès liés à la COVID-19 avec une assez bonne précision, plusieurs autres pays de l'UE ont probablement sous-estimé leur taux de mortalité du fait de capacités de tests limitées et de difficultés à déterminer la cause de la mort (encadré 1).

Graphique 2. Ces dernières années, les principales causes de mortalité étaient la cardiopathie ischémique, l'AVC et le cancer du poumon, mais en 2020 la COVID-19 a été à l'origine de nombreux décès



Remarque : le nombre et la proportion de décès liés à la COVID-19 se rapportent à 2020, tandis que le nombre et la proportion de décès liés à d'autres causes se rapportent à 2018. La taille du rectangle correspondant à la COVID-19 est proportionnelle à celle des autres causes principales de mortalité pour 2018.
Sources : Eurostat (pour les causes de décès en 2018); ECDC (pour les décès liés à la COVID-19 en 2020, jusqu'à la semaine 53).

Encadré 1. La Belgique a adopté une définition plus large des décès liés à la COVID-19 que beaucoup d'autres pays de l'UE

Le nombre de décès liés à la COVID-19 signalés par les pays dépend de leur manière de dépister et de leur choix de ne compter que les cas confirmés ou d'inclure également les cas suspects. En Belgique, les décès liés à la COVID-19 répertoriés comprennent les cas confirmés et les cas suspects, tous milieux confondus. Étant donné que de nombreux autres pays de l'UE ne comptabilisent que les cas confirmés, il est difficile de comparer les taux.

L'indicateur de surmortalité (définie comme le nombre de décès, toutes causes confondues, en plus de ce qui aurait été attendu sur la base des données des années précédentes) peut fournir une mesure de l'incidence de la COVID-19 sur la mortalité totale qui serait moins sensible aux différences de dépistage et d'enregistrement des causes de décès entre les pays. Le nombre de décès dus à la COVID-19 signalés par la Belgique en 2020 est très proche de son indice de surmortalité, ce qui vient confirmer la validité de sa méthode de comptabilisation. En comparaison, ce nombre est beaucoup plus bas dans plusieurs autres pays de l'UE, ce qui semble indiquer une certaine sous-estimation du nombre de décès liés à la COVID-19. Bien que la Belgique ait enregistré le taux le plus élevé de mortalité due à la COVID-19 dans l'UE en 2020, son taux de surmortalité n'est qu'à la huitième place.

La majorité des Belges déclarent être en bonne santé, mais plus d'un adulte sur quatre déclare une maladie chronique

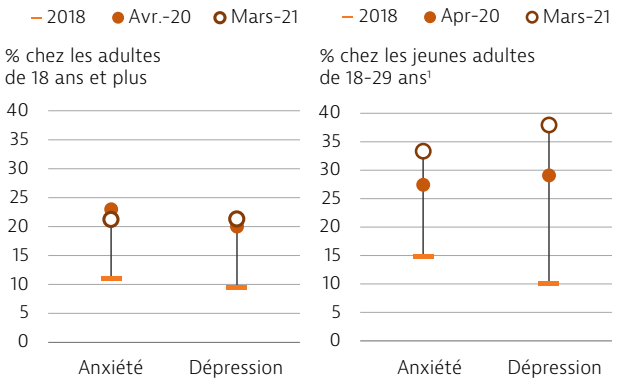
En 2019, presque trois quarts (74 %) des adultes belges déclaraient être en bonne santé, soit une proportion supérieure à la moyenne de l'UE (69 %). Cependant, comme dans d'autres pays, il y a un écart entre les tranches de revenus : 87 % des adultes belges du quintile supérieur de revenus déclaraient être en bonne santé, contre 59 % des adultes du quintile inférieur. Cette différence est plus importante que dans presque tous les autres pays d'Europe occidentale. Elle est liée aux inégalités en matière d'exposition aux facteurs de risque et d'accès aux soins de santé (voir les sections 3 et 5.2).

En 2019, plus d'un adulte belge sur quatre (26 %) déclarait souffrir d'au moins une maladie chronique, soit une proportion beaucoup plus basse que la moyenne de l'UE (36 %), d'après l'enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). Comme pour la santé ressentie, il y a un écart de prévalence des maladies chroniques selon les tranches de revenus : 39 % des adultes belges de la tranche des revenus les plus faibles ont déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique, contre 16 % de la tranche des revenus les plus élevés.

La pandémie de COVID-19 a entraîné une augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux

Pendant la pandémie, la santé mentale de nombreuses personnes en Belgique s'est dégradée. Ainsi, la prévalence des états anxieux et dépressifs chez les adultes a plus que doublé au cours de la première vague, puis a chuté durant l'été 2020 lors de l'assouplissement des mesures restrictives (sans pour autant revenir aux valeurs d'avant-pandémie), avant une recrudescence jusqu'à des niveaux similaires pendant la deuxième vague (graphique 3). En mars 2021, les taux de prévalence avaient légèrement baissé, mais sont restés près de deux fois supérieurs à ceux de 2018.

Graphique 3. Les deux confinements de 2020 ont eu un effet négatif sur la santé mentale



Remarque : 1. Les données de 2018 pour les jeunes adultes renvoient aux personnes âgées de 15 à 24 ans.
Source : Sciensano (2021).

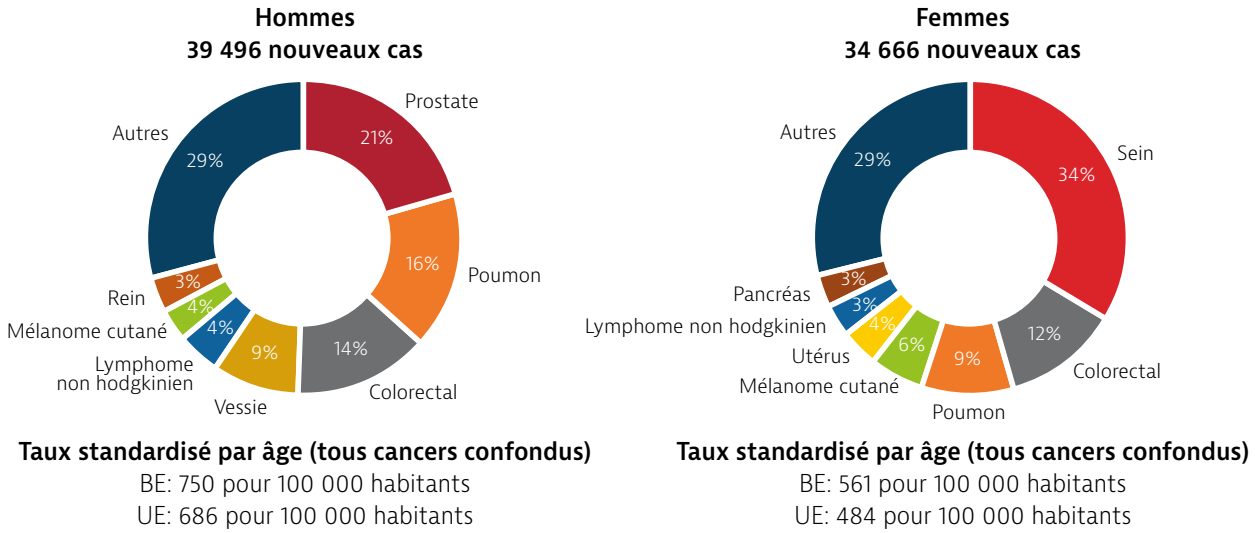
La santé mentale des jeunes belges a été particulièrement affectée. Environ 30 % des personnes âgées de 18 à 29 ans ont fait état de symptômes de dépression en avril 2020, soit trois fois plus qu'en 2018.

La situation a empiré à partir de la deuxième vague de la pandémie : près de 40 % déclaraient présenter des symptômes de dépression en mars 2021. Depuis le début d'avril 2020, le système de soins de santé public belge couvre jusqu'à huit séances chez un psychologue par an, sur prescription médicale.

Le taux d'incidence du cancer en Belgique est plus élevé que la moyenne de l'UE

Selon les estimations du Centre commun de recherche de la Commission européenne établies à partir des données d'incidence collectées les années précédentes, environ 74 000 nouveaux cas de cancer et 30 000 morts dues au cancer étaient attendus en Belgique en 2020[1]. L'incidence du cancer en Belgique est plus élevée que la moyenne de l'UE, autant chez les hommes que chez les femmes. Les localisations de cancer les plus fréquentes chez les hommes sont la prostate (21 %), le poumon (16 %) et le côlon-rectum (14 %); chez les femmes, il s'agit du sein (34 %), suivi du côlon-rectum (12 %) et du poumon (9 %) (graphique 4). Le taux d'incidence brut du cancer a augmenté de 11 % entre 2006 et 2017, principalement à cause du vieillissement de la population et d'un dépistage plus actif.

Graphique 4. En 2020, environ 74 000 nouveaux cas de cancer étaient attendus en Belgique



Remarque : le cancer de la peau non-mélanome n'est pas pris en compte. Le cancer de l'utérus ne comprend pas le cancer du col de l'utérus.
Source : ECIS – Système européen d'information sur le cancer.

3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque liés au comportement sont une cause majeure de mortalité

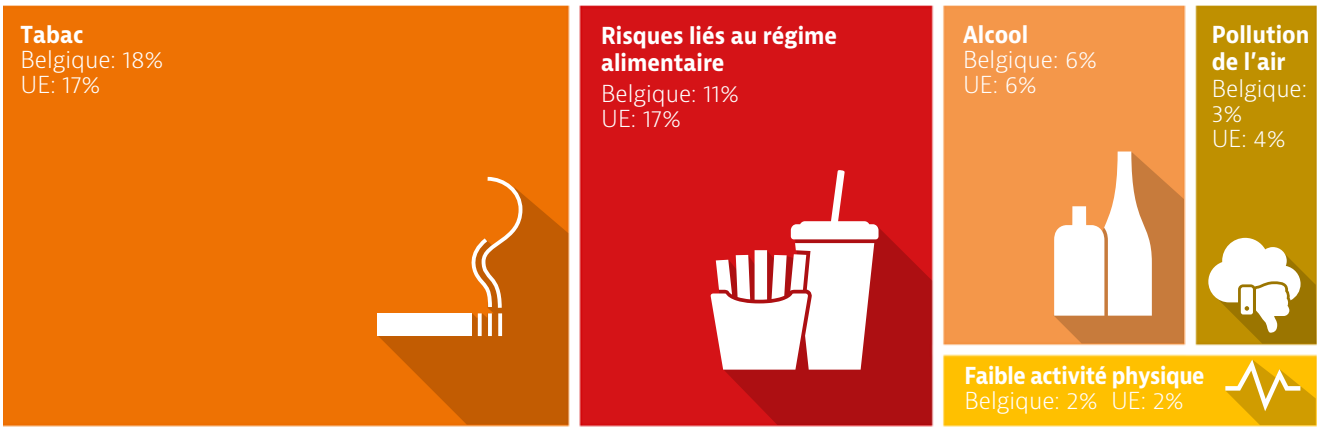
Plus d'un tiers de l'ensemble des décès en 2019 est imputable à des facteurs de risque liés au comportement, tels que le tabagisme, les risques liés au régime alimentaire, la consommation d'alcool et le manque d'activité physique; tandis que la pollution de l'air est également à l'origine d'un grand nombre de morts (graphique 5).

En 2019, environ 18 % des décès en Belgique (20 000) pouvaient 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) représentaient environ 11 % des décès (près de 13 000), un pourcentage très inférieur à la moyenne de l'UE. Environ 6 % des décès

1: Il convient de noter que ces estimations ont été réalisées avant la pandémie de COVID-19, qui risque d'avoir des répercussions sur les taux d'incidence et de mortalité du cancer en 2020.

(7 000) sont imputables à la consommation d'alcool (proportion proche de la moyenne de l'UE) et 2 % (2 500) à une faible activité physique. L'exposition à la pollution de l'air par les particules fines ($PM_{2,5}$) et l'ozone a, à elle seule, représenté 3 800 décès (3 %), principalement liés à des maladies cardiovasculaires, à des maladies respiratoires et à certains types de cancer.

Graphique 5. Le tabac, les risques liés au régime alimentaire et la consommation d'alcool sont des vecteurs de mortalité majeurs



Remarque : le nombre total de décès liés à ces facteurs de risque est inférieur à la somme des décès liés à chacun de ces facteurs pris individuellement, car un même décès peut être imputé à plus d'un facteur de risque. Les risques liés au régime alimentaire comptent 14 composantes, dont une faible consommation de fruits et de légumes et la consommation de boissons à teneur élevée en sucre. La pollution de l'air fait référence à l'exposition aux $PM_{2,5}$ et à l'ozone.
Sources : IHME (2020), Global Health Data Exchange (les estimations concernent l'année 2019).

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

Bien que la consommation d'alcool en général ait diminué en Belgique depuis 2000 et soit désormais légèrement plus basse que la moyenne de l'UE, la consommation ponctuelle excessive d'alcool («binge drinking»[2]) est plus courante que dans la plupart des autres pays de l'UE (graphique 6), et l'écart est marqué entre les hommes et les femmes : en 2018, 37 % des hommes ont déclaré avoir une consommation ponctuelle excessive d'alcool au moins une fois par mois, contre 18 % des femmes.

En 2018, près d'un jeune de 15 ans sur cinq a déclaré avoir été en état d'ivresse au moins deux fois dans sa vie, ce qui est tout de même en dessous des proportions observées dans beaucoup d'autres pays de l'UE. La consommation précoce d'alcool peut mener à des modes nocifs de consommation d'alcool à l'âge adulte.

En baisse, le niveau de tabagisme est inférieur à celui de nombreux autres pays de l'UE

Environ un adulte sur sept fumait quotidiennement en Belgique en 2018, soit une proportion moins élevée que dans de nombreux autres pays de l'UE. Bien que le tabagisme ait diminué davantage chez les hommes que chez les femmes, les hommes (19 %) fument encore beaucoup plus que les femmes (12 %). Le tabagisme chez les jeunes de 15 ans a fortement diminué et son niveau figure désormais parmi les plus bas des pays de l'UE. L'augmentation du prix du tabac en 2021 devrait contribuer à réduire plus encore le tabagisme (voir la section 5.1).

Cependant, l'utilisation de la cigarette électronique s'est popularisée, en particulier chez les garçons adolescents et les jeunes hommes. Près de 9 % des hommes âgés de 15 à 24 ans ont déclaré utiliser une cigarette électronique au moins une fois par semaine en 2018, contre seulement 2 % des jeunes femmes.

Le taux de surpoids et d'obésité a augmenté en raison des mauvaises habitudes alimentaires et du manque d'activité physique

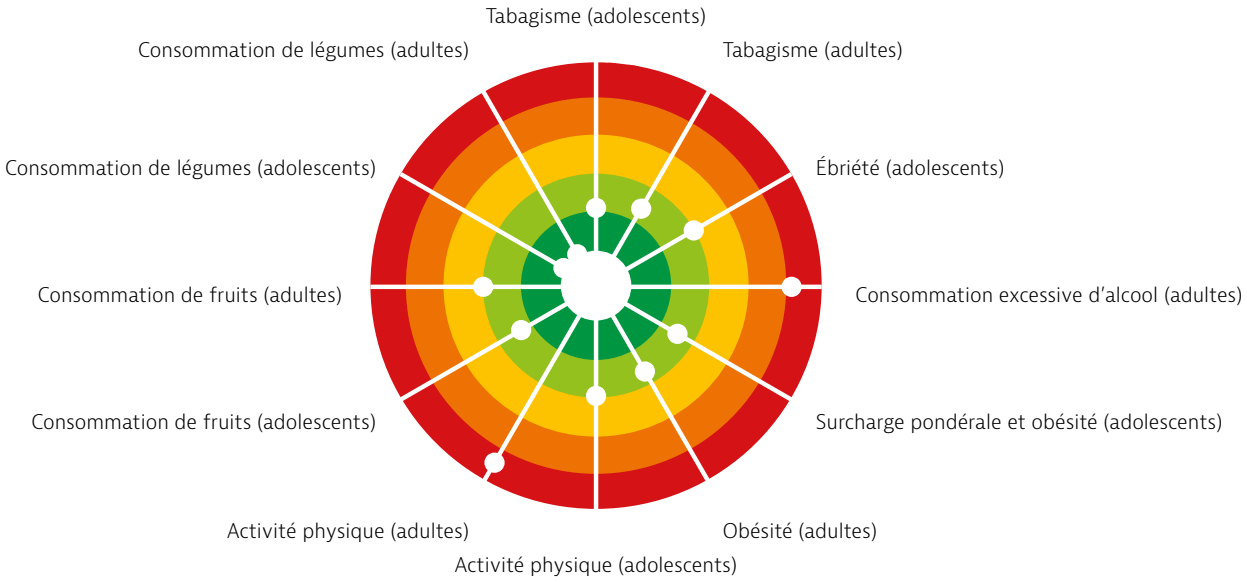
Ces vingt dernières années, le taux d'obésité chez les adultes belges a augmenté de quatre points, atteignant 16 % en 2018, ce qui reste toutefois inférieur au niveau de la plupart des pays de l'UE[3]. Le taux de surpoids et d'obésité chez les jeunes de 15 ans a également suivi une hausse constante, passant de 11 % en 2002 à 17 % en 2018, soit une proportion supérieure à celle de nombreux autres pays de l'UE, mais légèrement inférieure à la moyenne de l'UE (19 %).

Une mauvaise alimentation, notamment une faible consommation de fruits et de légumes et une forte consommation de boissons sucrées, contribue à l'augmentation du taux de surpoids et d'obésité. En 2018, environ 45 % des adultes déclaraient ne pas consommer quotidiennement des fruits et 24 % des légumes, tandis que 64 % des jeunes de 15 ans déclaraient ne pas consommer quotidiennement des fruits et 40 % des légumes. Cependant, ces proportions sont toutes inférieures à celles observées dans beaucoup de pays de l'UE. D'après une enquête complète sur la consommation alimentaire, les adolescents belges consommaient généralement moins de fruits et légumes par jour que la moyenne de l'UE (Sciensano, 2019).

2: On entend par «binge drinking» le fait pour un adulte de consommer six boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion.
3: D'après les mesures réelles de taille et de poids, le taux d'obésité en Belgique a augmenté, passant de 19 % en 2014 à 21 % en 2018.

Une faible activité physique est également un facteur de risque important pour le surpoids et l'obésité. Les adultes belges sont moins actifs physiquement que les adultes de nombreux pays de l'UE : 44 % ne satisfaisaient pas à la recommandation de l'OMS, qui conseillait, en 2018, de pratiquer au moins 2,5 heures d'activité physique modérée par semaine. L'activité physique est également moins courante chez les adolescents en Belgique que dans beaucoup de pays de l'UE, en particulier chez les filles: 10 % seulement des filles de 15 ans déclaraient exercer une activité physique au moins modérée par jour en 2018, contre 20 % des garçons du même âge.

Graphique 6. La consommation excessive d'alcool est un problème de santé publique important



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 cible» blanche centrale, car des progrès peuvent être réalisés dans tous les pays et dans tous les domaines.
Sources : calculs de l'OCDE à partir de l'enquête HBSC 2017-2018 pour les indicateurs concernant les adolescents; statistiques de l'enquête européenne par interview sur la santé (EHIS) de 2018-2019 pour les indicateurs concernant les adultes.

Les inégalités sociales contribuent aux risques pour la santé

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, 22 % des adultes n'ayant pas dépassé le niveau d'enseignement secondaire fumaient quotidiennement, contre seulement 10 % de ceux ayant fait des études supérieures. Dans le même ordre d'idées, 22 % des adultes n'ayant pas dépassé le niveau d'enseignement secondaire étaient obèses en 2018, contre seulement 12 % de ceux ayant fait des études supérieures. 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.

4 Le système de santé

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

L'assurance maladie est quasi-universelle en Belgique : 99 % de la population sont couverts pour les services de santé. La population restante se compose des personnes n'ayant pas satisfait aux critères administratifs (comme avoir un domicile fixe). 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. Elle est gérée par un organe public, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI-RIZIV), qui détermine les critères de remboursement, établit et contrôle le budget, informe les prestataires de soins de santé, assure la promotion de la qualité des soins et organise des négociations entre les parties prenantes.

Les autorités fédérales et les entités fédérées ont des compétences différentes en matière de santé

Les autorités fédérales sont responsables de la régulation de la caisse d'assurance maladie obligatoire, des produits pharmaceutiques et des professions de santé, ainsi que

de l'établissement du budget des soins ambulatoires et hospitaliers. Les entités fédérées (régions et communautés) ont pour mission la promotion de la santé et la prévention, l'organisation des soins primaires, des services sociaux et des soins de proximité, le financement des infrastructures hospitalières et des appareils médicaux lourds, et la définition des normes d'agrément des hôpitaux. Des conférences interministérielles sont régulièrement organisées afin de faciliter la collaboration entre les autorités fédérales et les entités fédérées. Des mécanismes de gouvernance ont été mis en place pendant la pandémie de COVID-19 pour gérer la crise (encadré 2).

Les dépenses de santé en Belgique représentent plus d'un dixième du PIB

En 2019, la Belgique a consacré 10,7 % de son PIB à la santé, une proportion supérieure à la moyenne de l'UE (9,9 %). Les dépenses de santé par habitant atteignaient 3 773 EUR en 2019 (après correction des écarts de pouvoir d'achat), soit un peu plus que la moyenne de l'UE (3 523 EUR) (graphique 7).

Les sources de financement publiques et la couverture d'assurance maladie privée obligatoire représentaient 77 % de l'ensemble des dépenses de santé en 2019, contre 80 % en moyenne dans l'UE. Le reste à charge des ménages représentait 18 % de l'ensemble des dépenses de santé, et l'assurance maladie volontaire les 5 % restants.

Encadré 2. La gestion de la pandémie de COVID-19 a été prise en charge par des nouveaux comités, avec des niveaux de gouvernance multiples

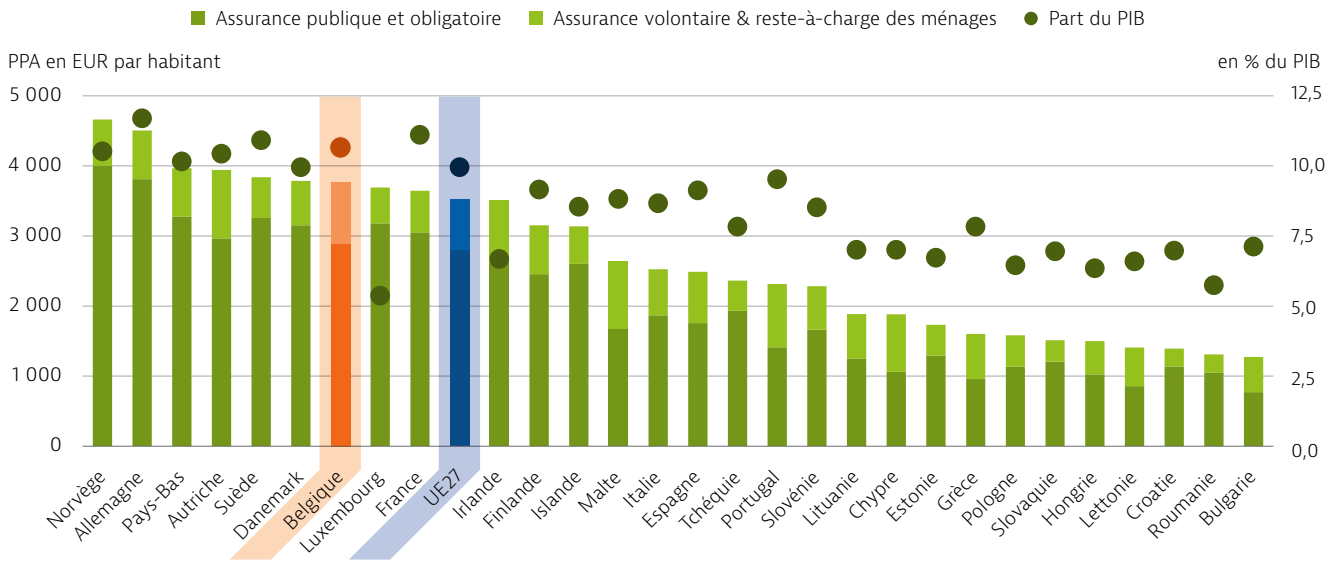
Depuis le 12 mars 2020, le Conseil national de sécurité (CNS), composé du Premier ministre, des vice-premiers ministres et des ministres-présidents des régions et des communautés, définit les lignes politiques à suivre pour faire face à la COVID-19. Le Centre de crise national joue un rôle de conseil auprès du CNS, avec le soutien du Groupe d'évaluation du risque et du Groupe de gestion du risque. De nombreux autres organes de conseil et groupes de travail partagent le résultat de leurs analyses d'experts et leurs recommandations, pour venir étayer des décisions scientifiquement fondées.

La Conférence interministérielle Santé publique, fondée au début des années 1980 dans le but de coordonner les politiques de santé au sein de l'ensemble des autorités belges, est une institution centrale qui participe activement à la définition des mesures politiques à prendre. Elle rassemble les huit ministres compétents en matière de santé au sens large, parmi tous les niveaux de pouvoir belges. La Belgique est un État fédéral découpé en trois communautés (flamande, française et germanophone) et en trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles-Capitale), chacune avec son propre gouvernement. Les lois fédérales n'ayant pas la primauté sur les décrets régionaux, la coordination entre les différents niveaux de pouvoir est cruciale.

À partir du 27 mars 2020, le gouvernement fédéral a disposé de pouvoirs spéciaux lui permettant d'agir sans passer par les procédures législatives habituelles, afin de réagir rapidement face à l'urgence. Le champ d'application de ces pouvoirs comprend les mesures urgentes en matière de santé publique, d'ordre public, de services sociaux et de protection de l'économie et des citoyens.

En juillet 2020, les communes ont obtenu plus de pouvoir pour intervenir en cas de crise épidémiologique. Même si elles ne peuvent pas aller contre la loi fédérale et la législation des entités fédérées, elles peuvent décider, par exemple, d'appliquer des mesures plus strictes en cas de pics d'épidémie dans leur commune sans devoir attendre l'accord du gouvernement fédéral et des entités fédérées.

Graphique 7. Les dépenses de santé par habitant et en part du PIB sont supérieures à la moyenne de l'UE



Remarque : la moyenne de l'UE est pondérée.
Source : statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (les données concernent l'année 2019, sauf pour Malte : 2018).

L'assurance maladie obligatoire, gérée par l'INAMI-RIZIV, alloue un budget prospectif aux caisses de maladie 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 2005-2012 à 2 % en 2013. En 2014, ce taux de croissance est passé à 3 %, avant de redescendre à 1,5 % à partir de 2015 pour maîtriser les coûts. En 2020, l'objectif budgétaire est resté stable, bien que des provisions supplémentaires aient été prévues pour couvrir le surplus de dépenses engagées face à la COVID-19 (voir la section 5.3).

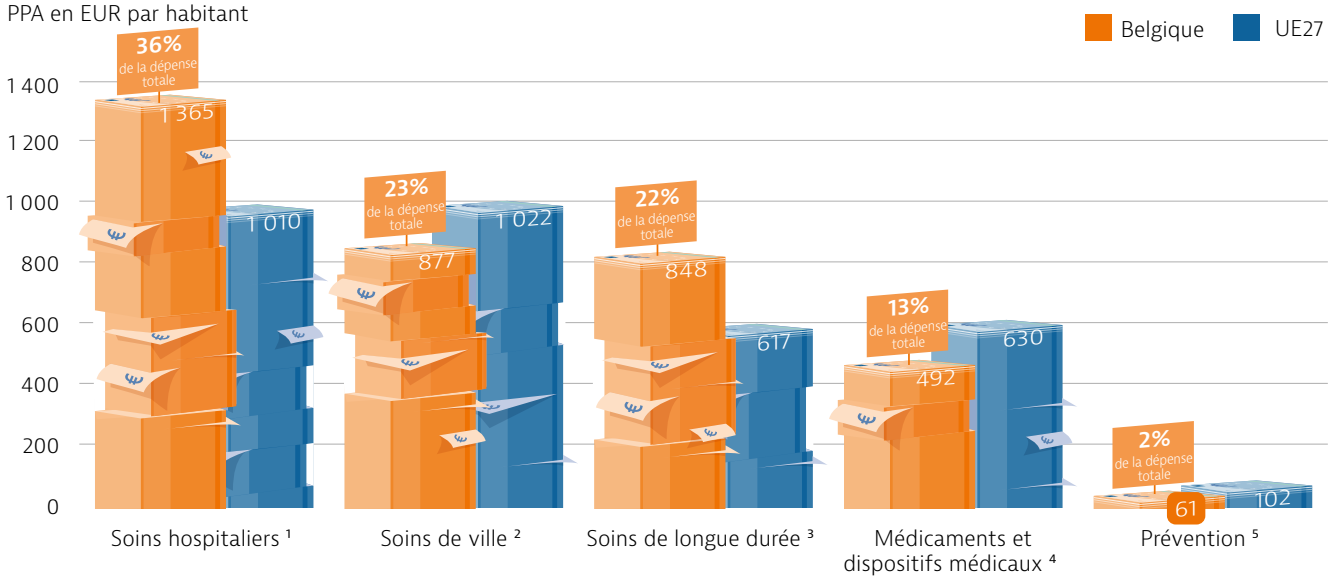
Le financement du système de santé s'est diversifié pour moins reposer sur les cotisations salariales

Le financement du système de santé repose principalement sur les cotisations sociales versées par les salariés, les travailleurs indépendants et les employeurs. Cependant, 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 par les dépenses non remboursées, cette part variant en fonction du statut de l'individu (certaines catégories bénéficient d'un régime 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 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 représentent au total près de 60 % des dépenses de santé

Le plus grand poste de dépenses de santé en Belgique est celui des soins hospitaliers, qui représentaient plus de 36 % de l'ensemble des dépenses en 2019, soit une part plus élevée que la moyenne de l'UE (29 %) (graphique 8). Près d'un quart des dépenses de santé a été affecté aux soins ambulatoires. Les dépenses consacrées à la composante «santé» des soins de longue durée (SLD) représentaient plus d'un cinquième de l'ensemble des dépenses de santé, une proportion beaucoup plus élevée que la moyenne de l'UE. Un huitième des dépenses de santé était affecté aux produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux fournis dans le secteur ambulatoire. Cette dernière catégorie n'inclut pas les dépenses pharmaceutiques en milieu hospitalier, qui sont imputées au poste des dépenses de soins hospitaliers ou ambulatoires. Les dépenses allouées à la prévention représentaient à peine 1,6 % de l'ensemble des dépenses de santé, soit une part inférieure à la moyenne de l'UE (2,9 %), mais comme elles n'incluent que les dépenses consacrées aux programmes de prévention organisés, leur valeur est en réalité sous-estimée.

Graphique 8. Les dépenses de santé vont en majorité aux soins hospitaliers et aux soins ambulatoires, mais peu à la prévention



Remarque : les dépenses d'administration du système de santé 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 et les services auxiliaires (par exemple, le transport des patients). 3. Inclut uniquement la composante «santé». 4. Inclut uniquement la consommation non hospitalière. 5. Inclut uniquement les dépenses consacrées aux programmes de prévention organisés. La moyenne de l'UE est pondérée.
Sources : statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2019).

Les patients sont libres de consulter n'importe quel médecin généraliste ou spécialiste

En Belgique, les patients peuvent consulter n'importe quel médecin généraliste ou spécialiste sans passer par un médecin référent (pas de régulation de l'accès aux soins spécialisés). Les médecins de soins de santé primaires sont pour la plupart indépendants. Alors que la majorité des généralistes travaillent seuls, le travail sous la forme d'un regroupement prend de l'ampleur : 40 % des généralistes travaillaient en regroupement en 2016, contre 30 % en 2011.

Une plus petite partie d'entre eux (9 % en 2016) sont organisés en réseau formel, au sein duquel ils entretiennent des contacts réguliers et utilisent des dossiers médicaux partagés. Les soins spécialisés sont assurés principalement à l'hôpital dans les services de jour, mais également dans des cabinets privés. En 2018, les Belges ont consulté un médecin en moyenne sept fois par an, un chiffre légèrement supérieur à la moyenne de l'UE. Les médecins sont généralement rémunérés à l'acte. Le nombre de maisons médicales recourant à un système de paiement forfaitaire (capitation) augmente lentement : il est passé de 53 en 2003 à 160 en 2016.

Les médecins et les infirmiers sont de plus en plus nombreux

En 2019, le nombre de médecins en exercice était de 3,2 pour 1 000 habitants, très en deçà de la moyenne de l'UE, qui est de 3,9 pour 1 000 habitants (graphique 9). Au cours des dix dernières années, ce nombre a augmenté à un rythme plus lent en Belgique que dans la plupart des pays de l'UE, mais la hausse du nombre de médecins nouvellement diplômés ces dernières années devrait contribuer à la relève des médecins (voir la section 5.2).

Le nombre d'infirmiers a augmenté au cours des dix dernières années, atteignant 11,1 infirmiers pour 1 000 habitants en 2018, contre 9,3 en 2008. Ce nombre dépasse largement la moyenne de l'UE, qui s'établit à 8,4 infirmiers pour 1 000 habitants. Toutefois, le nombre de patients par infirmier reste élevé à l'hôpital et certaines régions ont des difficultés à recruter des infirmiers.

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 avec les médecins et d'améliorer les perspectives de carrière des infirmiers (en leur proposant, par exemple, de participer à la coordination des soins ou de dispenser des soins psychosociaux). Bien que ce cadre théorique ne précise ni les activités autorisées ni le niveau d'étude requis, il inclut la prescription autonome dans leur domaine de compétence ou en étroite collaboration avec un médecin (Gerkens et Merkur, 2020).

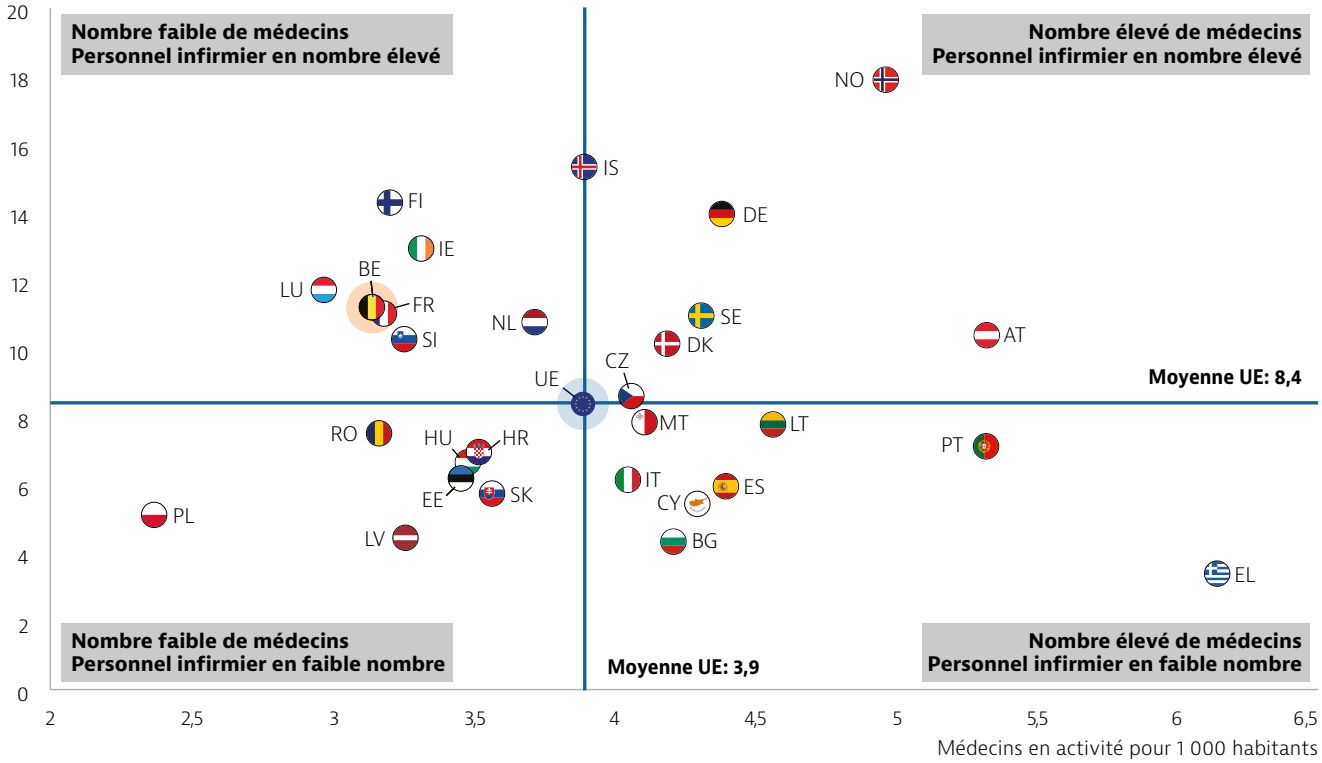
Par rapport à la moyenne de l'UE, la Belgique dispose de plus de lits d'hôpitaux, mais propose une durée moyenne de séjour légèrement inférieure

En 2019, le nombre de lits d'hôpitaux par habitant en Belgique (5,6 pour 1 000 habitants) était légèrement supérieur à la moyenne de l'UE (5,3 pour 1 000 habitants). Comme dans la quasi-totalité des pays de l'UE, ce nombre n'a cessé de diminuer depuis le début des années 2000, coïncidant avec une réduction de la durée moyenne de séjour, qui est désormais de 7,0 jours en Belgique, soit un peu moins que la moyenne de l'UE (7,4 jours).

Au cours des deux premiers mois de la pandémie, une partie des lits d'hôpitaux ont été transformés en lits de soins intensifs (voir la section 5.3).

Graphique 9. Par rapport à la moyenne de l'UE, la Belgique a moins de médecins, mais plus d'infirmiers par habitant

Personnel infirmier en activité pour 1 000 habitants



Remarque : la moyenne de l'UE n'est pas pondérée. 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 Grèce, le nombre d'infirmiers est sous-estimé, car il ne comprend que ceux qui travaillent en environnement hospitalier.
Source : base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2019 ou l'année la plus proche).

5 Performance du système de santé

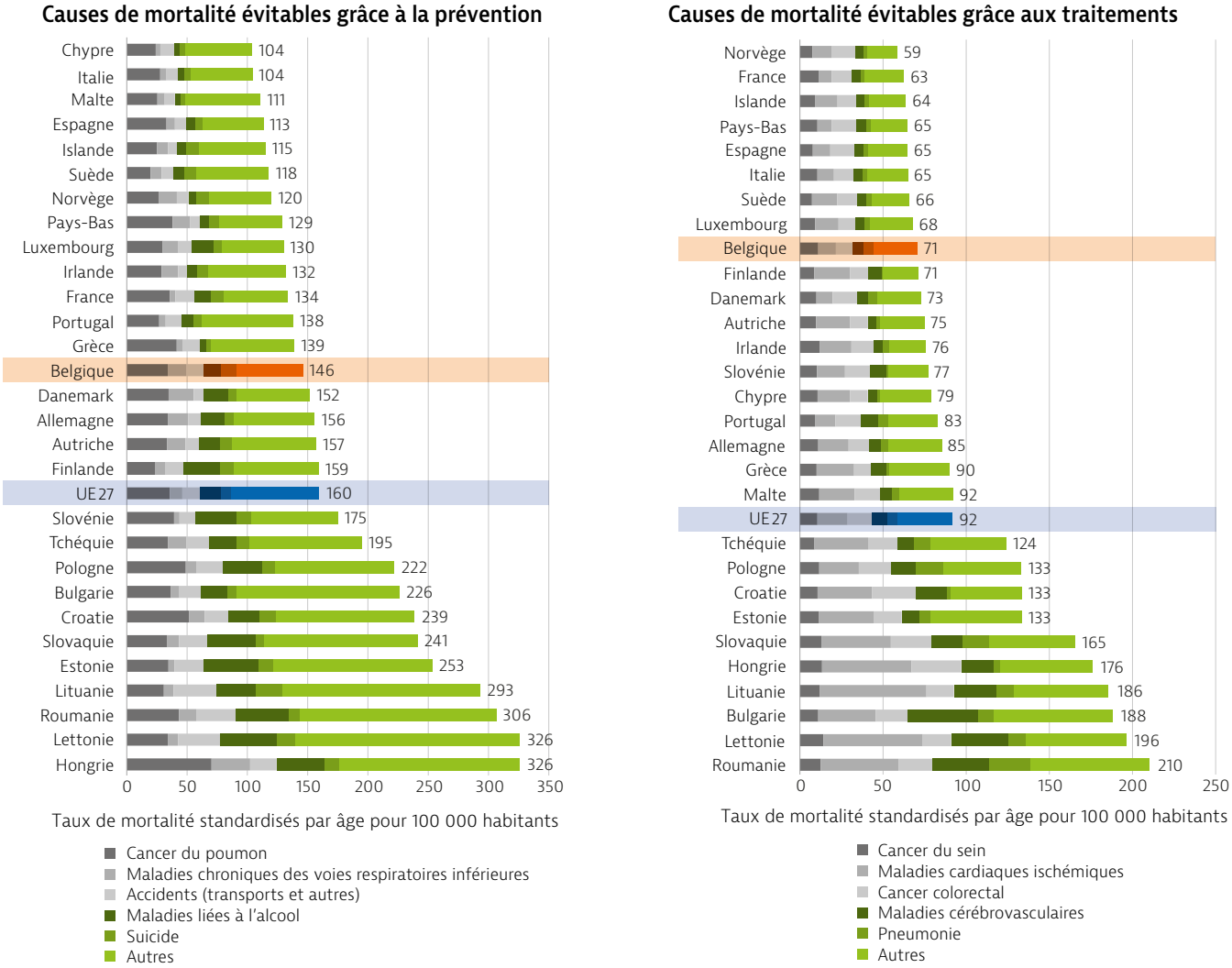
5.1 Efficacité

Le taux de mortalité évitable grâce aux traitements 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 aux traitements, ce qui témoigne de l'efficacité générale du système de soins de santé pour sauver la vie de personnes souffrant d'affections potentiellement mortelles (graphique 10).

Toutefois, la mortalité évitable grâce à la prévention est plus élevée en Belgique que dans beaucoup d'autres pays d'Europe occidentale (même si elle reste 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. En 2017, les premières causes de mortalité évitable grâce à la prévention étaient le cancer du poumon, les accidents, les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, les maladies liées à l'alcool et le suicide. Les décès dus à la COVID-19 vont causer une forte augmentation du nombre total de décès évitables en 2020 et 2021.

Graphique 10. Les taux de mortalité évitable grâce à la prévention et aux traitements sont inférieurs à la moyenne de l'UE



Remarque : on entend par «mortalité évitable grâce à la prévention» tout décès qui peut être évité principalement par des interventions de santé publique et des soins primaires préventifs. On entend par «mortalité évitable grâce aux traitements» tout décès qui peut être évité principalement par des interventions en matière de soins de santé, y compris les dépistages et les traitements. Les décès dus à certaines maladies (par exemple, la cardiopathie ischémique et les maladies cérébrovasculaires) sont comptabilisés pour la moitié dans la catégorie des causes de mortalité évitable grâce à la prévention, et pour l'autre moitié dans celle des causes de mortalité évitable grâce aux traitements. Ces deux indicateurs renvoient à une mortalité prématurée (avant 75 ans). Ces données reposent sur les listes révisées de l'OCDE/d'Eurostat.
Source : base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2018, sauf pour la France : 2016).

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 pour la santé publique et la prévention des maladies, consacrant seulement 1,6 % de l'ensemble de ses dépenses de santé aux programmes de prévention organisés, soit moins que la moyenne de l'UE (2,9 %).

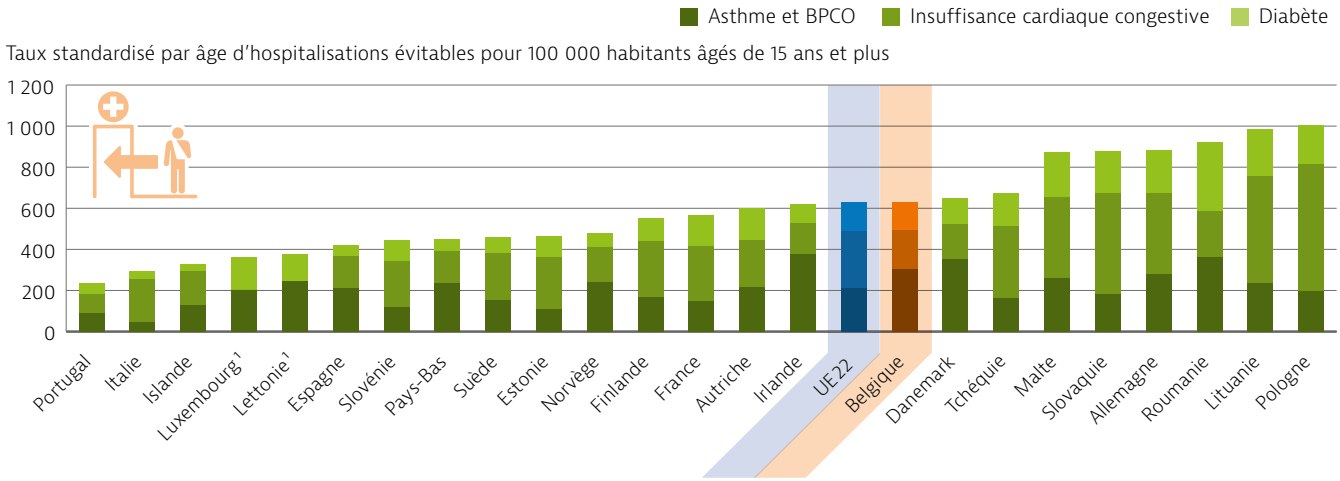
Le partage des compétences en matière de santé publique et de programmes de prévention nécessite une collaboration étroite entre les différents échelons de gouvernement. Ainsi, un protocole d'accord relatif à la prévention a été signé entre l'État fédéral et les entités fédérées en 2016. Ces dernières années, les entités fédérées ont lancé plusieurs initiatives pour renforcer les politiques de santé publique, notamment pour réduire le tabagisme et la consommation d'alcool. Au niveau fédéral, l'interdiction de vendre du tabac aux jeunes de moins de 18 ans est entrée en vigueur en 2019, et en 2020, les paquets de cigarettes neutres sont devenus obligatoires. Depuis janvier 2021, le prix moyen d'un paquet de cigarettes est passé de 6,80 EUR à 7,50 EUR, et le prix du tabac a été augmenté de 1,50 EUR pour 50 g.

En 2016, les taxes sur l'alcool ont été augmentées, en fonction du titre alcoométrique volumique. 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.

Le nombre d'hospitalisations potentiellement évitables est plus élevé que dans beaucoup d'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 en Belgique ces dix dernières années, avoisinant la moyenne de l'UE (graphique 11). En 2019, les taux d'hospitalisation pour l'asthme et la BPCO sont restés largement au-dessus de la moyenne de l'UE, indiquant que les soins primaires pourraient être améliorés afin de mieux gérer ces pathologies en ambulatoire. De nouveaux parcours de soins pour les personnes atteintes de diabète ont été mis au point ces dernières années. Ils impliquent des équipes pluridisciplinaires composées de médecins généralistes, de spécialistes et d'autres prestataires de soins de santé.

Graphique 11. Le nombre d'hospitalisations potentiellement évitables pour maladie chronique est légèrement plus élevé que la moyenne de l'UE



Remarque: 1. les données concernant l'insuffisance cardiaque congestive ne sont pas disponibles pour la Lettonie et le Luxembourg.
Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (les données concernent l'année 2019 ou la dernière année disponible).

La Belgique cherche à renforcer encore son système de soins et de prévention du cancer

Ces dix dernières années, la Belgique a mis au point une stratégie complète visant à améliorer la prévention et le traitement du cancer. Le Centre du cancer de Sciensano suit l'évolution des axes stratégiques de la lutte contre le cancer en Belgique, à tous les niveaux de gouvernance, et joue le rôle d'organe scientifique consultatif. Ces axes convergent avec les priorités générales définies dans le plan européen pour vaincre le cancer (Commission européenne, 2021a).

Les entités fédérées sont chargées de structurer les programmes de dépistage du cancer. Des programmes de dépistage des cancers colorectal, du col de l'utérus et du sein sont organisés par le gouvernement flamand, tandis que le gouvernement wallon a mis en œuvre des programmes de dépistage des cancers colorectaux et du sein. À Bruxelles, un programme de dépistage du cancer du sein est en place, et un projet pilote est en cours pour le dépistage du cancer colorectal.

En 2018, deux tiers (67 %) des femmes âgées de 50 à 69 ans déclaraient avoir passé une mammographie au cours des deux années précédentes. Le dépistage systématique du cancer colorectal n'est pas encore très répandu, mais en 2018, 36 % des hommes et des femmes de 50 à 79 ans déclaraient avoir eu un examen de dépistage au cours des deux années précédentes, contre environ 10 % en 2008.

Au cours des dernières décennies, la qualité du traitement des cancers en Belgique s'est améliorée grâce à la création d'équipes pluridisciplinaires et de réseaux de cancérologie, à une plus grande utilisation des recommandations de bonne pratique clinique, à un accès plus rapide aux médicaments innovants et, depuis 2008, à la provision de fonds pour renforcer la main d'œuvre spécialisée en oncologie. C'est ainsi que le titre d'infirmier spécialisé en oncologie a été créé en 2009. En 2020, la Belgique comptait environ 3 200 infirmiers en oncologie, contre 530 en 2010. En outre, le traitement de certains cancers rares ou complexes est désormais concentré dans un nombre limité d'hôpitaux afin d'améliorer la qualité des soins et les taux de survie.

D'après les données comparatives les plus récentes disponibles, la Belgique affiche de bons résultats par rapport aux autres pays de l'UE pour ce qui est du taux de survie à cinq ans à la suite d'un diagnostic de cancer courant. Toutefois, comme dans les autres pays de l'UE, le taux de survie à la suite d'un diagnostic de cancer du poumon reste bas (graphique 12).

Graphique 12. La Belgique affiche de bons résultats par rapport aux autres pays de l'UE en ce qui concerne le taux de survie à cinq ans à la suite d'un diagnostic de cancer

Cancer de la prostate	Leucémies de l'enfant	Cancer du sein	Cancer du col de l'utérus	Cancer du côlon	Cancer du poumon
Belgique: 94 %	Belgique: 91 %	Belgique: 86 %	Belgique: 65 %	Belgique: 68 %	Belgique: 18 %
EU23: 87 %	EU23: 85 %	EU23: 82 %	EU23: 63 %	EU23: 60 %	EU23: 15 %

Remarque : les données renvoient aux personnes diagnostiquées entre 2010 et 2014. Par «leucémie infantile», on entend leucémie aiguë lymphoblastique.
Source : programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

La pandémie de COVID-19 a interrompu les programmes de dépistage et les diagnostics de cancer

Les mesures de confinement visant à enrayer la propagation de la COVID-19 ont eu un effet négatif sur le recours aux programmes de dépistage de cancer en 2020, en particulier pendant la première vague, car il était conseillé de rester chez soi et de nombreuses personnes avaient peur d'attraper le virus. Les nouveaux diagnostics de cancer ont fortement diminué entre mars et mai 2020 (graphique 13), puis ont augmenté à l'été 2020, avant de rechuter lors du deuxième pic de l'épidémie, mais bien moins que lors du premier.

Graphique 13. Le confinement pendant la première vague a entraîné une forte diminution des nouveaux diagnostics de cancer

Remarque : tous cancers confondus, sauf le cancer de la peau non-mélanome.
Source : adapté de Peacock et al. (2021).

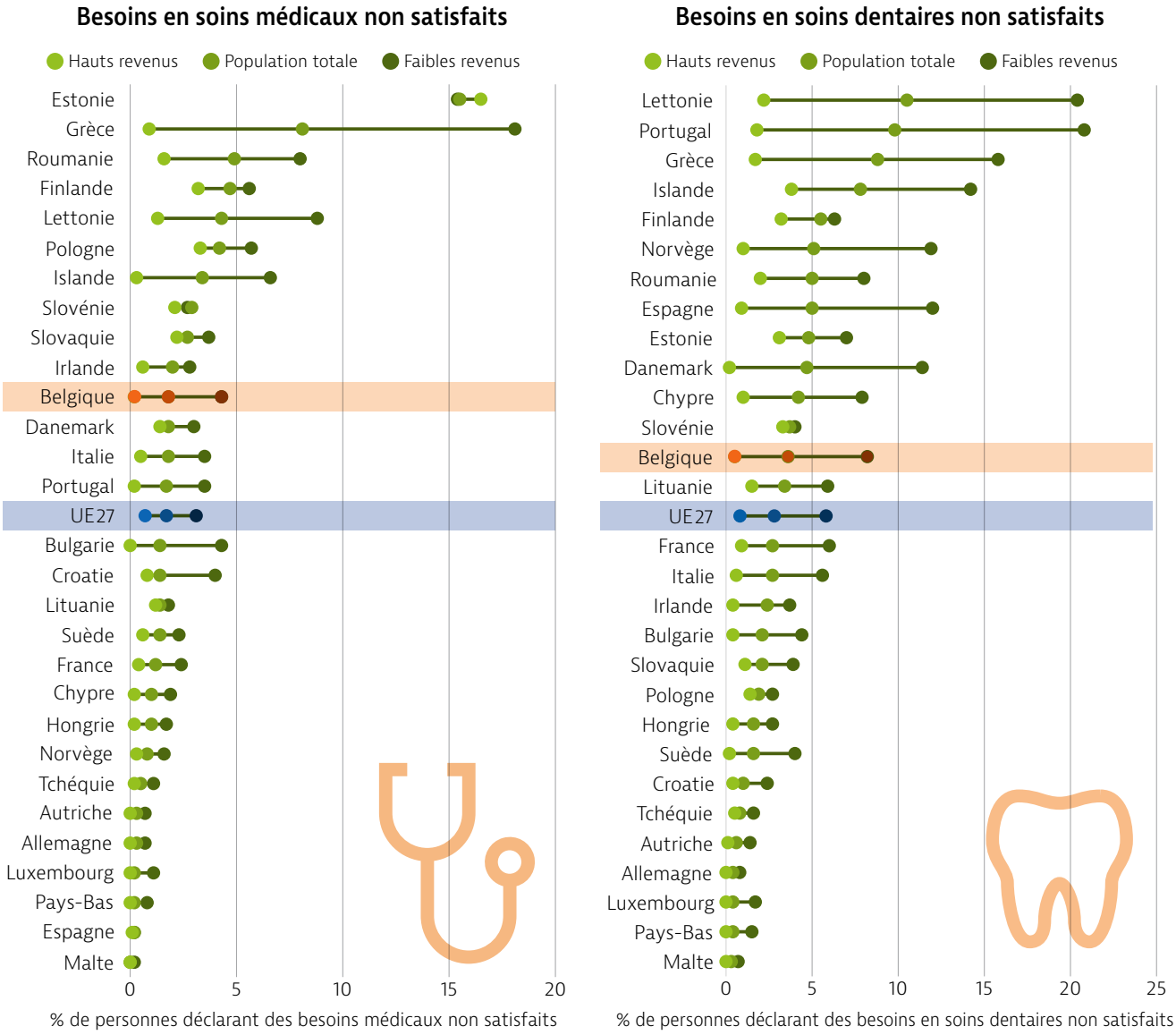
5.2 Accessibilité

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

Certaines personnes sont confrontées à des obstacles plus importants dans l'accès aux soins médicaux, pour des raisons financières ou autres. En 2019, environ 4 % des personnes du quintile de revenus inférieur déclaraient des besoins en soins médicaux non satisfaits, principalement en raison du coût, contre 0,2 % des personnes du quintile de revenus supérieur (graphique 14). Cet écart entre les plus pauvres et les plus riches est le plus important de tous les pays d'Europe occidentale, et se situe au-dessus de la moyenne de l'UE.

Les besoins non satisfaits sont encore plus importants pour ce qui est des soins dentaires : 8 % des personnes du quintile de revenus inférieur ont déclaré des besoins non satisfaits en matière de soins dentaires pour des raisons financières, contre à peine 0,5 % 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.

Graphique 14. Les Belges disposant de faibles revenus sont nettement plus susceptibles de déclarer des besoins en soins non satisfaits

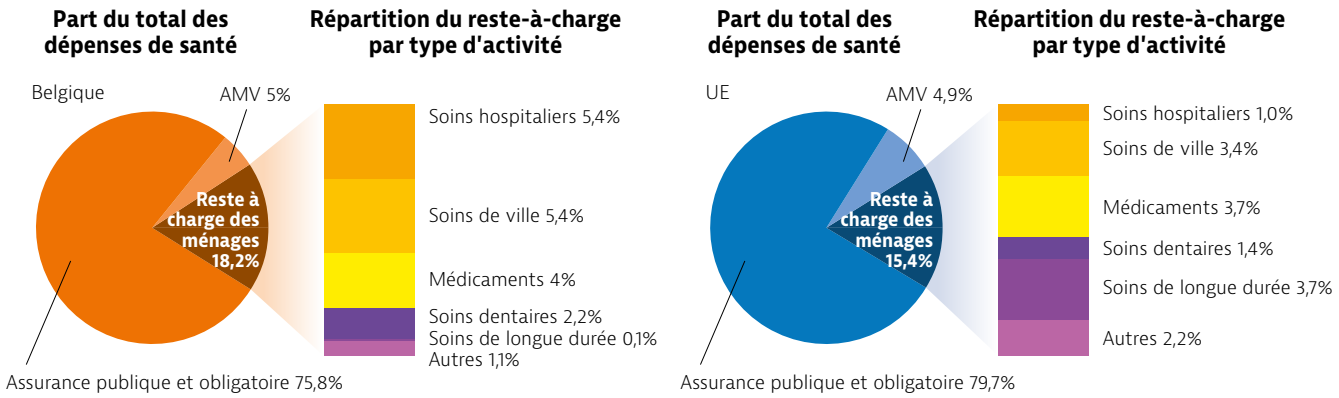


Remarque : les données concernent les besoins en examen ou en traitement médical ou dentaire non satisfaits pour des raisons de coûts, de distance à parcourir ou de délais d'attente. La prudence est de mise lors de la comparaison des données entre les pays, car il existe des variations dans l'instrument d'enquête utilisé.
Source : base de données d'Eurostat, sur la base de l'enquête EU-SILC (les données concernent l'année 2019, sauf pour l'Islande : 2018).

Le reste à charge des ménages concerne essentiellement les soins hospitaliers et ambulatoires, ainsi que les produits pharmaceutiques

Comme indiqué à la section 4, la gamme des services et des produits de santé couverts par l'assurance maladie obligatoire 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 malgré tout 18 % de l'ensemble des dépenses de santé, une proportion plus élevée que la moyenne de l'UE (15 %) (graphique 15). Une grande partie des dépenses non remboursées concerne des soins ambulatoires (5 %), des soins hospitaliers (5 %) et des produits pharmaceutiques (4 %). Les dépenses non remboursées en matière de soins dentaires sont relativement faibles par rapport à l'ensemble des dépenses de santé, du fait qu'il y a, de manière générale, moins de dépenses allouées aux soins dentaires qu'aux autres grandes catégories de soins. Environ 37 % des dépenses en soins dentaires étaient couverts par l'assurance maladie obligatoire en 2018, ce qui en fait la prestation de santé la moins bien prise en charge.

Graphique 15. Les dépenses non remboursées concernent essentiellement les soins hospitaliers et ambulatoires, ainsi que les produits pharmaceutiques



Remarque: la moyenne de l'UE est pondérée. L'assurance maladie volontaire (AMV) comprend aussi d'autres régimes de cotisations volontaires.
Source: statistiques de l'OCDE sur la santé 2021; base de données d'Eurostat (les données concernent l'année 2019).

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

Comme indiqué à la section 4, le nombre de médecins par habitant en Belgique a augmenté très peu ces 10 dernières années, et environ 44 % des médecins ont aujourd'hui plus de 55 ans, laissant craindre une pénurie dans les années à venir. Un système de planification des effectifs médicaux a été mis en place au cours des vingt dernières années afin de surveiller l'offre et la demande, et de permettre au gouvernement d'adapter les quotas d'étudiants en médecine. Le nombre de titulaires d'un diplôme de médecin a plus que doublé au cours de la dernière décennie (plus de 2 000 en 2019, contre 850 en 2009).

Selon les prévisions, le nombre absolu de médecins généralistes devrait augmenter légèrement (de 3 %) entre 2021 et 2026[4]. En parallèle, la proportion de généralistes de plus de 50 ans devrait diminuer fortement, en raison de l'entrée en activité d'un grand nombre de nouveaux généralistes et de la vague de départs en retraite des médecins issus du baby-boom (Lefèvre et Gerkens, 2021).

L'accès aux services de santé a été perturbé pendant la pandémie, mais les services de télésanté se sont développés

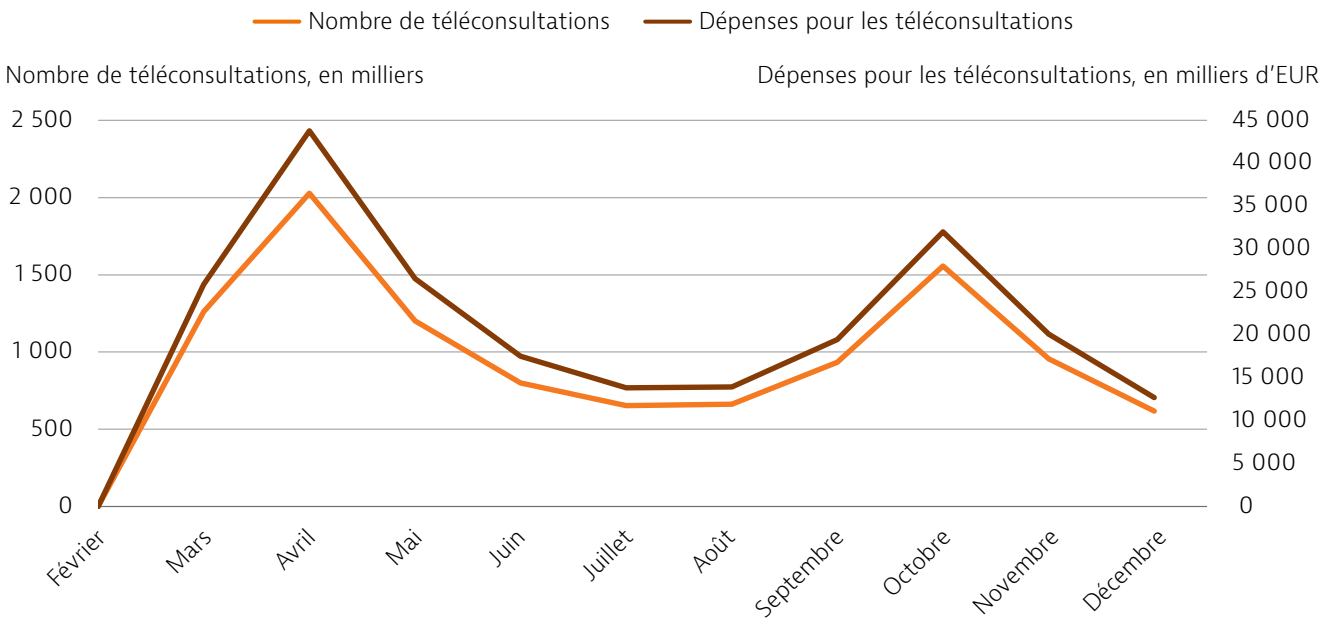
Pendant la première vague de la pandémie, le nombre de rendez-vous chez le médecin, d'interventions chirurgicales en ambulatoire et de diagnostics de cancer a diminué en raison de la mobilisation des ressources pour les patients atteints de la COVID-19 et de la peur d'attraper le virus en milieu médical. Plus d'un cinquième (22 %) des Belges a déclaré certains besoins médicaux non satisfaits pendant les 12 premiers mois de la pandémie, une proportion proche de la moyenne de l'UE (21 %) (Eurofound, 2021)[5].

Pour maintenir l'accès aux soins, de nouvelles réglementations sont entrées en vigueur afin de favoriser le recours à la télémédecine, et de nouvelles conditions d'application et de remboursement des téléconsultations ont été instaurées. Les honoraires remboursés d'une consultation liée à la COVID-19 ont été fixés à 20 EUR, et les médecins avaient le droit de recourir à la téléconsultation même pour des personnes en dehors de leur patientèle. La Belgique investira davantage dans la télésanté dans les années à venir, dans le cadre du plan national pour la reprise et la résilience (voir la section 5.3).

4: Cependant, il est attendu que le nombre de généralistes en équivalent temps plein diminue légèrement entre 2021 et 2026, compte tenu de la féminisation de la profession et de la tendance chez les femmes d'avoir un taux d'activité global plus faible.
5: Les données de l'enquête d'Eurofound ne sont pas comparables à celles de l'enquête EU-SILC compte tenu des différences de méthodologie.

Le nombre de téléconsultations n'a jamais été aussi élevé que pendant les deux vagues de 2020, mais il a chuté une fois les restrictions levées, ce qui laisse penser que les rendez-vous en présentiel restent la solution préférée des Belges dans la plupart des cas (graphique 16).

Graphique 16. Le nombre de téléconsultations n'a jamais été aussi élevé que pendant les deux vagues de la pandémie en 2020



Source: INAMI-RIZIV (les données concernent l'année 2020).

5.3 Résilience

Cette section sur la résilience se concentre principalement sur les répercussions de la pandémie de COVID-19 et sur les mesures politiques prises en réponse à cette crise sanitaire[6]. Comme mentionné à la section 2, la pandémie a eu une incidence majeure sur la santé de la population belge en 2020 et au premier semestre 2021. Les mesures restrictives adoptées pour endiguer la pandémie ont causé une forte récession économique en 2020 : le PIB a chuté de 6,4 % en 2020, ce qui est comparable à la baisse observée dans l'UE dans son ensemble, et ne devrait pas revenir au niveau de 2019 avant 2022. Le taux de chômage a augmenté en 2020, en particulier chez les jeunes.

Une large palette de mesures de restrictions a été mise en place pour endiguer la pandémie

Les premiers cas de COVID-19 ont été recensés en Belgique début février 2020. À la fin du mois d'août 2021, plus d'un million de personnes (environ 10,3 % de la population) avaient été infectées par le virus.

Au début mars 2020, plusieurs initiatives ont été prises à différents niveaux, sans concertation ni cohérence. En conséquence, le 12 mars 2020, les autorités fédérales ont annoncé qu'elles assureraient une meilleure coordination nationale (Van de Voorde et al., 2020).

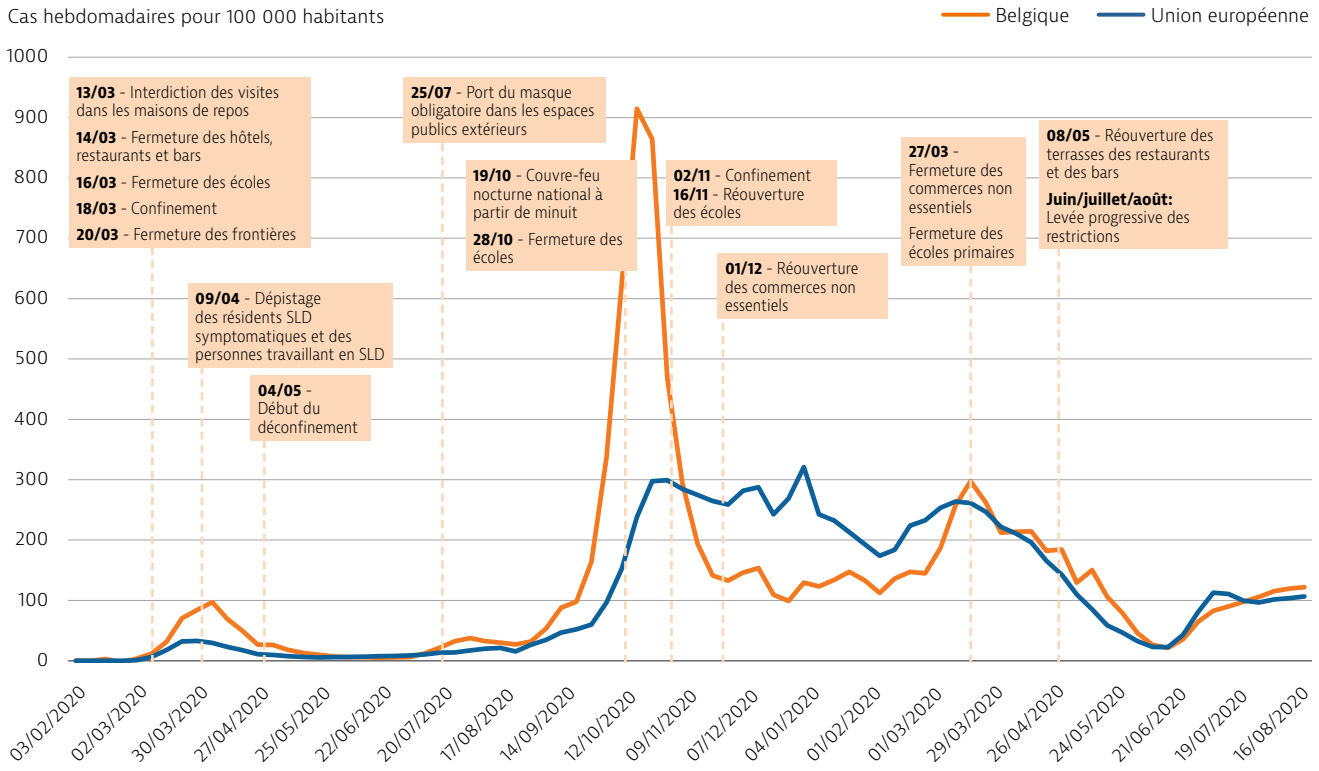
Six jours plus tard, le gouvernement mettait en place un premier confinement, avec la fermeture des écoles et l'interdiction des grands rassemblements et des visites dans les établissements de soins de longue durée. Ces mesures ont permis une baisse drastique du nombre de cas de COVID-19 dans les semaines qui ont suivi, bien que le virus n'ait jamais vraiment arrêté de circuler: pendant longtemps, le nombre de cas est resté bien au-dessus de zéro (graphique 17).

Entre fin avril et juin 2020, les mesures de confinement ont été assouplies et les écoles ont pu rouvrir progressivement à partir de la mi-mai. Toutefois, le nombre de cas est lentement reparti à la hausse aux mois de juillet et août 2020, avant de monter en flèche en septembre jusqu'à atteindre son point le plus haut en octobre 2020. Pour contrer cette flambée, la Belgique a mis en place une nouvelle série de restrictions, notamment l'instauration d'un couvre-feu entre minuit et 5 heures du matin (parfois plus strict dans certaines régions), la fermeture des bars et des restaurants, puis la fermeture des commerces et services non essentiels. La Belgique a également adopté des mesures visant à limiter les contacts rapprochés à l'extérieur, avec le port du masque et le respect de la distanciation physique. La majorité des cours se sont tenus en ligne pour les élèves les plus âgés, tandis que les écoles sont restées ouvertes pour les enfants de moins de 13-14 ans sous couvert de mesures de protection supplémentaires.

6: Dans ce contexte, la résilience du système de santé a été définie comme la capacité à se préparer aux chocs, à les gérer (absorber, adapter et transformer), et à en tirer des enseignements (Groupe d'experts de l'UE sur l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé, 2020).

Le nombre de cas a diminué et, en décembre 2020, les commerces non essentiels ont rouvert. Cependant, le nombre de cas a recommencé à augmenter en mars 2021, entraînant une nouvelle fermeture des commerces non essentiels et des écoles primaires. En avril 2021, avec la baisse du nombre de cas, les écoles primaires ont rouvert, ainsi que les restaurants et d'autres services. Pendant l'été 2021, un grand nombre de restrictions concernant les loisirs ont été levées, mais les mesures sanitaires de protection ont été maintenues.

Graphique 17. Le nombre de cas de COVID-19 a atteint son niveau le plus haut pendant la deuxième vague à l'automne 2020



Remarque : les nombres de cas de COVID-19 en Belgique et dans les autres pays ont été fortement sous-estimés pendant la première vague au printemps 2020 en raison des capacités de tests limitées. La moyenne de l'UE n'est pas pondérée (le nombre de pays compris dans la moyenne varie en fonction de la semaine).
Source : ECDC pour les cas de COVID-19 et les auteurs de ce profil pour les mesures de confinement.

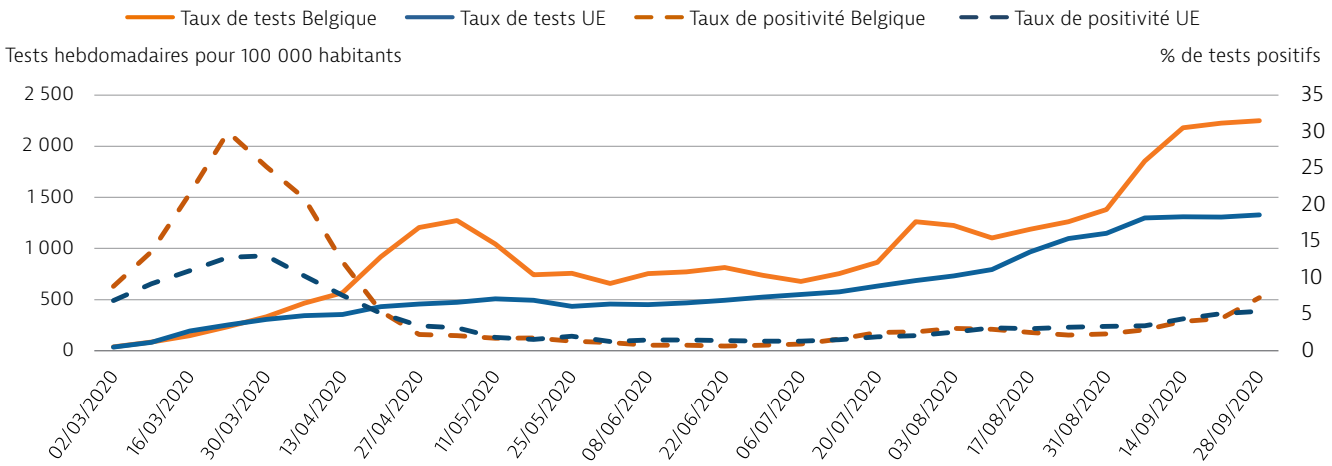
Une pénurie de masques a posé problème au début de la pandémie

Comme dans de nombreux autres pays, le stock de masques national était insuffisant en Belgique lorsque la COVID-19 est apparue, car des millions d'entre eux avaient atteint leur date d'expiration et le stock n'avait été reconstitué que partiellement. En outre, au départ, l'offre mondiale était extrêmement limitée. Une fois le nombre de masques disponibles augmenté quelques mois après le début de la pandémie, la Belgique a instauré le port du masque obligatoire dans certains endroits, notamment dans les transports en commun et dans les écoles secondaires à partir de mai 2020, puis dans les espaces publics extérieurs à partir de juillet 2020.

La montée en puissance des capacités de tests s'est faite rapidement en Belgique

La Belgique a été en mesure de promouvoir un dépistage massif plus rapidement que beaucoup d'autres pays de l'UE. Au début de la pandémie, seuls les cas suspectés au sein des personnes hospitalisées et des professionnels de santé étaient testés, ce qui explique les forts taux de positivité au cours des premières semaines. Cependant, le nombre de tests a vite augmenté de la mi-mars à mai 2020, permettant à une plus grande partie de la population de se faire tester (graphique 18). Cette hausse rapide a été rendue possible par la mobilisation accrue des capacités des laboratoires et par la mise en place d'une plateforme nationale en avril 2020.

Graphique 18. La Belgique a accru sa capacité de tests plus rapidement que beaucoup d'autres pays de l'UE



Remarque : la moyenne de l'UE est pondérée (le nombre de pays compris dans la moyenne varie en fonction de la semaine).
Source : ECDC.

En septembre 2020, la Belgique a lancé Coronalert, une application visant à suivre les cas et à informer les Belges ayant été en contact avec un cas positif. À la fin avril 2021, elle avait été téléchargée plus de 2,7 millions de fois (23 % de la population). Au début du mois de septembre 2021, environ 31 800 personnes ayant été testées positives avaient informé leurs «contacts» au moyen de l'application (Comité Interfédéral Tracing et Testing, 2021).

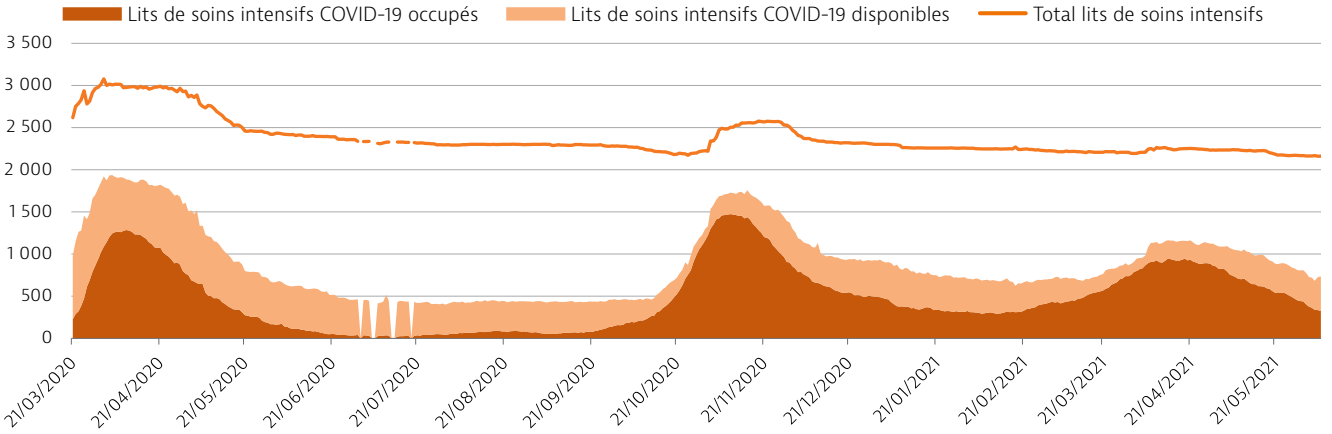
La pandémie a exercé une pression aiguë sur les hôpitaux, mais des ressources ont pu être mobilisées rapidement

Au début de la pandémie, chaque hôpital a suivi un plan d'urgence prédéfini afin d'accroître sa capacité pour faire face à la situation. Initialement, deux hôpitaux, puis neuf, ont été désignés hôpitaux de référence pour l'admission des patients atteints de la COVID-19. Néanmoins, à la mi-mars 2020, tous les hôpitaux ont été exhortés à créer des capacités supplémentaires (notamment des lits et des respirateurs), principalement en annulant les interventions non urgentes afin d'avoir un maximum de lits de soins intensifs disponibles et de libérer les salles d'opération et de réveil. L'objectif était de réserver 60 % des lits de soins intensifs aux patients atteints de COVID-19.

Le 21 mars 2020, environ 1 000 lits de soins intensifs étaient disponibles pour les patients COVID-19 sur les 2 600 lits disponibles en soins intensifs (graphique 19). À la sortie du premier confinement, la Belgique a instauré un plan pour que les hôpitaux situés dans les zones moins touchées réservent moins de lits de soins intensifs aux patients atteints de la COVID-19. Le nombre total de lits de soins intensifs et la part réservée aux patients atteints de la COVID-19 ont évolué tout au long de la pandémie en fonction des vagues jusqu'à mai 2021.

Du fait de l'annulation ou du report de soins non urgents, les volumes de soins hospitaliers non liés à la COVID-19 ont considérablement diminué, en particulier pendant la première vague. Les soins hospitaliers essentiels ont également connu une baisse dans une certaine mesure. Par exemple, les admissions essentielles pour des pathologies telles que l'AVC ont diminué de 19 % en mars et de 16 % en avril 2020. Toutefois, en mai 2020, il y a eu une baisse de 2 % seulement, et en juin 2020, de 3 % (Van de Voorde et al., 2020). Même lorsque les soins hospitaliers essentiels étaient disponibles, les personnes présentant des symptômes légers d'AVC ont peut-être évité les hôpitaux par peur d'être contaminées par le virus. De plus, ces symptômes pourraient être passés inaperçus en raison du nombre réduit d'interactions sociales.

Graphique 19. Plus de 1 000 lits de soins intensifs ont été créés pendant la première vague de la pandémie



Remarque : certaines données ne sont pas disponibles pour la période allant du 21/06/2020 au 21/07/2020.
Source : adapté et mis à jour à partir de Van de Voorde et al. (2020).

L'accroissement du nombre de lits de soins intensifs a été difficile à atteindre dans certains hôpitaux à cause du manque d'infirmiers avec l'expertise adéquate. Si nécessaire, du personnel infirmier avec des connaissances similaires a été mobilisé avec et sous la supervision de collègues ayant une expertise en soins intensifs. D'autres stratégies ont été déployées, notamment la prestation d'heures supplémentaires (y compris par l'annulation de congés), la formation aux soins intensifs, le recrutement de personnel infirmier temporaire, l'augmentation du nombre de patients par infirmière, la mobilisation d'enseignants en soins infirmiers ou de personnel infirmier travaillant dans d'autres secteurs, ainsi que la délégation de certaines tâches infirmières à des médecins disponibles (Van de Voorde et al., 2020).

Les régions ont réussi à mobiliser du personnel supplémentaire pour faire face au pic de demande de soins en recourant à une réserve médicale, composée de professionnels de santé actifs ou à la retraite et d'étudiants dans le domaine de la santé. Ainsi, à la fin du mois de mars 2020, la Flandre avait rassemblé plus de 2 500 volontaires sur cette plateforme. À partir du 23 octobre 2020, l'armée belge a également fourni un appui logistique aux hôpitaux.

Pour récompenser le travail fourni face à la situation exceptionnelle, la Belgique a débloqué un budget de 200 millions d'euros pour octroyer une prime exceptionnelle à tous les professionnels de santé ayant travaillé entre septembre et décembre 2020 en milieu hospitalier, sous certaines conditions.

La réponse face à la pandémie dans les maisons de retraite s'est améliorée, mais la mise en œuvre de certaines recommandations est restée difficile

La première vague de la pandémie a gravement touché les établissements de soins de longue durée (SLD) en Belgique, comme dans plusieurs autres pays d'Europe occidentale. En janvier 2021, environ 60 % des personnes décédées à la suite d'une contamination à la COVID-19 étaient des résidents d'établissements de SLD.

Le Conseil national de sécurité a instauré une série de mesures pour protéger les résidents de maisons de retraite, et les entités fédérées étaient chargées de leur application. Ces décisions avaient pour objectif d'améliorer les mesures d'hygiène et de contrôle de l'infection, d'assurer le dépistage, le suivi des contacts et l'isolement, et d'organiser le transfert des cas graves vers les hôpitaux. À partir de mars 2020, l'armée a apporté son soutien à certains établissements de SLD confrontés à des foyers infectieux de grande ampleur. Durant l'été 2020, les restrictions sur les interactions sociales des résidents d'établissements de SLD ont été assouplies en partie dans un souci de bien-être.

Les recommandations relatives au dépistage et à l'isolement n'ont pas toujours pu être appliquées dans les maisons de repos. Au printemps et à l'été 2020, une enquête menée auprès d'un échantillon relativement petit a révélé que seuls 68 % des maisons de repos procédaient au dépistage de leurs résidents et 60 % isolaient les cas positifs dans des chambres individuelles ou avec une autre personne testée positive (MSF, 2020).

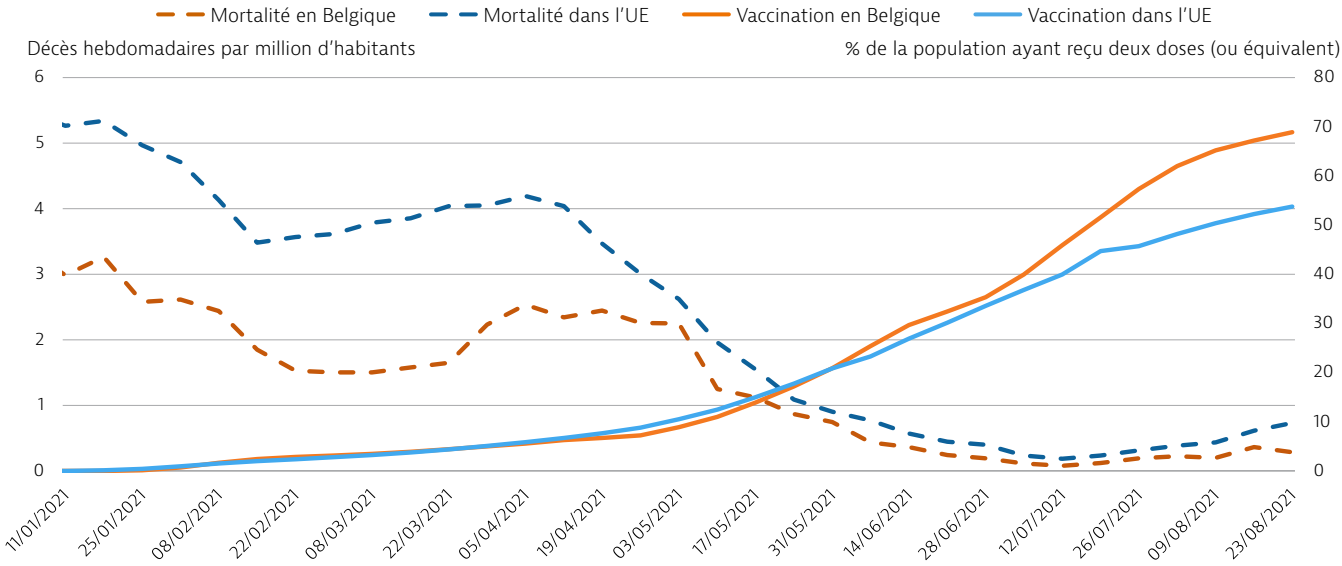
En 2021, le gouvernement flamand a entrepris de dégager 577 millions d'EUR par an pour le secteur des soins de longue durée, en sus des 525 millions EUR déjà provisionnés. De cette somme, 412 millions d'EUR serviront à l'augmentation des salaires du personnel soignant des secteurs médical et social, et 165 millions d'EUR à des mesures structurelles (recrutement, développement du numérique, infrastructures). En outre, au mois de mars 2021, plus de 100 000 soignants flamands ont reçu une prime exceptionnelle pouvant aller jusqu'à 300 EUR.

La Belgique a lancé la campagne de vaccination contre la COVID-19 en 2021

Une fois les premiers vaccins contre la COVID-19 approuvés en décembre 2020 et début janvier 2021, la campagne de vaccination a démarré lentement en Belgique, principalement en raison des stocks limités, mais elle s'est ensuite accélérée à partir d'avril 2021. Les groupes cibles de la population ont progressivement été élargis jusqu'à inclure tous les adultes et les jeunes de plus de 12 ans en juin 2021. Environ 66 % des jeunes de 12 à 15 ans avaient reçu au moins une dose à la mi-septembre 2021.

En août 2021, environ 70 % de la population avaient reçu deux doses (ou équivalent), soit beaucoup plus que la moyenne de l'UE (graphique 20). Ce taux présente de fortes disparités selon les régions, variant de 50 % à Bruxelles à 78 % en Flandre. Parmi les professionnels de santé, 80 % des médecins, pharmaciens et dentistes et environ 74 % des infirmiers avaient reçu au moins une dose à la fin mai 2021, contre seulement 64 % des kinésithérapeutes (Sciensano, 2021).

Graphique 20. La part des Belges vaccinés contre la COVID-19 était bien supérieure à la moyenne de l'UE en août 2021



Remarque : la moyenne de l'UE n'est pas pondérée (le nombre de pays compris dans la moyenne varie en fonction de la semaine).
Sources : ECDC pour la mortalité par COVID-19 et Our World in Data pour les taux de vaccination.

Le budget public pour la santé a considérablement évolué afin de renforcer les réponses du système de santé à la pandémie de COVID-19

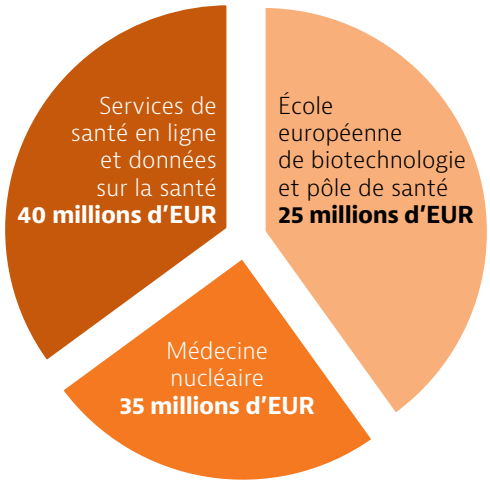
En 2020, la Belgique a décidé de maintenir son objectif budgétaire global en matière de dépenses publiques de santé, partant de l'idée que la réduction des soins non essentiels compenserait les dépenses de santé liées à la COVID-19. Cependant, une avance de trésorerie de 2 milliards d'EUR a été octroyée aux hôpitaux pour couvrir certains frais relatifs à la COVID-19. De plus, un montant exceptionnel de 1,242 milliard d'EUR a été débloqué pour couvrir d'autres dépenses liées à la COVID-19, comme les tests, les équipements de protection induviduelle, les centres de tri et les soins contre la COVID-19 dispensés par des infirmiers. Au niveau des communautés et des régions, des ressources supplémentaires ont également été affectées à l'achat de matériel pour les hôpitaux et le secteur des SLD.

En réponse aux problèmes apparus pendant la crise, l'objectif budgétaire initial pour les dépenses publiques de santé a été augmenté de 7,5 % en 2021, passant de 28 milliards d'EUR en 2020 à 30 milliards d'EUR en 2021. Cette somme comprend environ 400 millions d'EUR pour l'augmentation salariale des infirmiers (en particulier en milieu hospitalier), 200 millions d'EUR pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale et 600 millions d'EUR pour rendre les métiers de la santé plus attractifs, dont 500 millions pour des hausses salariales. En outre, comme en 2020, la Belgique a provisionné une enveloppe supplémentaire de 1,221 milliard d'EUR pour les mesures sanitaires face à la COVID-19 en 2021, qui vient s'ajouter à l'objectif budgétaire.

La Belgique a l'intention de conserver un plafond de croissance des dépenses publiques en 2022, qui devrait être fixé à 2,5 % par an, ainsi que de maintenir à part les enveloppes affectées à la prévention et au traitement de la COVID-19.

Le plan national belge pour la reprise et la résilience a été adopté en juin 2021. Financé par l'UE, ce plan contribuera à davantage d'investissements dans le système de santé, avec un budget total de 99,8 millions d'EUR pour une période de cinq ans. Les principaux axes de priorité comprennent les services de santé en ligne et les données sur la santé, notamment le développement d'ensembles de données standardisées portant sur des sujets spécifiques (allergies, vaccination, par exemple) et pouvant être partagés entre les professionnels de santé (infirmiers, médecins, kinésithérapeutes); la création d'un système de suivi intégré de la consommation de médicaments et le déploiement opérationnel de la téléconsultation; la création d'une école européenne de biotechnologie et pôle de santé; et plus d'investissements dans la médecine nucléaire (graphique 21).

Graphique 21. Le plan national pour la reprise et la résilience alloue 99,8 millions d'EUR aux investissements dans le secteur de la santé



Source : plan national pour la reprise et la résilience de Belgique (2021).

6 Principales conclusions

- En 2020, l'espérance de vie en Belgique est restée légèrement au-dessus de la moyenne de l'UE, bien qu'elle ait baissé temporairement de 1,2 an en raison des décès liés à la COVID-19, ce qui est supérieur à la baisse de 0,7 an constatée en moyenne dans l'UE. La Belgique a fait partie des pays de l'UE les plus durement touchés par la pandémie, enregistrant près de 20 000 décès en 2020 et 5 500 décès supplémentaires entre janvier et août 2021.

- D'autres facteurs de risque de santé importants restent aussi des vecteurs majeurs de mortalité en Belgique, notamment le tabagisme (qui représentait 20 000 décès en 2019, d'après les estimations), la consommation d'alcool et l'obésité. Les politiques de lutte contre le tabac ont contribué à réduire le tabagisme, mais d'autres politiques de santé publique ont été moins efficaces pour ce qui est de la diminution de la consommation d'alcool et d'autres facteurs de risque modifiables. Les facteurs environnementaux comme la pollution de l'air sont aussi à l'origine d'un nombre non négligeable de morts (environ 3 800 en 2019) en causant maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires et certains types de cancer.

- Le taux d'incidence du cancer en Belgique est plus élevé que la moyenne de l'UE, et environ 30 000 décès dus au cancer étaient attendus en 2020. Ces dix dernières années, la Belgique a mis au point une stratégie complète visant à améliorer la prévention et le traitement du cancer. Toutefois, la crise de la COVID-19 a eu une incidence négative sur le dépistage et le traitement des cancers du fait de l'interruption de plusieurs services et de certaines interventions.

- Le nombre de médecins en Belgique a augmenté plus lentement que dans la plupart des pays de l'UE au cours des 10 dernières années, et se situe désormais bien en deçà de la moyenne de l'UE. Environ 44 % des médecins ont plus de 55 ans, laissant craindre une pénurie grandissante dans les années à venir. Pour y faire face, le nombre d'étudiants admis en école de médecine a augmenté ces dernières années, ce qui permettra de disposer d'une réserve croissante de nouveaux médecins.

- En 2019, la Belgique a consacré 10,7 % de son PIB à la santé, une proportion supérieure à la moyenne de l'UE, qui est de 9,9 %. La majorité des dépenses de santé est financée par des fonds publics (77 %), soit une part légèrement inférieure à la moyenne de l'UE (80 %). Entre 2015 et 2019, le taux de croissance des dépenses publiques de santé, arrêté par le législateur, était fixé à 1,5 % par an en termes réels afin de maîtriser les coûts. En 2020, pour faire face à la pandémie, la Belgique a maintenu son objectif budgétaire global, tout en affectant des fonds supplémentaires pour couvrir les dépenses liées à la COVID-19 dans les hôpitaux et d'autres secteurs. En 2021, l'objectif budgétaire initial pour les dépenses publiques de santé a été augmenté de 7,5 % en réponse aux problèmes apparus pendant la crise. Des provisions supplémentaires ont été dégagées pour faire face à d'autres coûts en lien avec la COVID-19.

- Une large série de mesures a été mise en place pour endiguer la propagation de la COVID-19 dès le début de la pandémie. Le manque de préparation aux crises au début de la pandémie, notamment la pénurie de masques et les capacités de tests limitées, a causé une propagation rapide du virus. Cependant, la Belgique avait réussi à accroître ses capacités de tests et son stock de masques et d'autres équipements de protection individuelle, lorsque le premier confinement a pris fin en mai 2020.

- La première vague de COVID-19 a exercé une pression aiguë sur les hôpitaux, mais des ressources ont pu être mobilisées rapidement. Des lits de soins intensifs supplémentaires ont vite été mis à disposition pour faire face au pic de demande. Néanmoins, il y a eu une pénurie de personnel ayant une expertise en soins intensifs, en particulier dans le secteur infirmier, ce qui a empêché d'augmenter encore le nombre de lits. Plusieurs stratégies de gestion du personnel ont été déployées, dont l'accroissement du nombre d'infirmiers par des réaffectations, la prestation d'heures supplémentaires et des recrutements.

- En 2020, environ 60 % de l'ensemble des décès liés à la COVID-19 ont touché des résidents d'établissements de soins de longue durée. La réponse face à la pandémie dans les maisons de retraite s'est améliorée progressivement avec le temps, mais la mise en œuvre des recommandations relatives au dépistage et à l'isolement des cas suspects ou confirmés est restée difficile.

- Bien que l'accès aux soins de santé en Belgique soit généralement bon, la pandémie de COVID-19 et les mesures de confinement mises en place ont limité l'accès à certains services. Environ 22 % de la population belge ont fait part de besoins médicaux non satisfaits au cours des 12 premiers mois de la pandémie, ce qui est proche de la moyenne de l'UE (21 %). Pour aider à maintenir l'accès aux soins, de nouvelles réglementations ont été instaurées afin d'accroître le recours à la télémédecine. Il faudra évaluer l'efficacité des nombreuses pratiques innovantes adoptées pendant la pandémie, afin de conserver et développer davantage celles qui auront prouvé leur efficacité.

Sources principales

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/82129230-en.

Gerkens S, Merkur S (2020), *Belgium: health system review, Health Systems in Transition,* 22(5):i-237.

Références

Belgium Recovery Plan (2021), *Recovery and resilience plan for Belgium.*

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan.*

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.*

Interfederal Committee Testing & Tracing (2021), *Tracing against corona.*

Lefèvre M, Gerkens S (2021), *Measuring sustainability using projection-based indicators,* Health Services Research.

MSF (2020), *Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19: Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique.*

Peacock et al. (2021), *Decline and incomplete recovery in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Belgium: a year-long, population-level analysis*, ESMO.

Sciensano (2019), *Health Status Report 2019.*

Sciensano (2020), *Troisième enquête de santé COVID-19: Résultats préliminaires.*

Sciensano (2021), *Surveillance de la vaccination COVID-19 chez les professionnels de soins de santé en Belgique.*

Van de Voorde C et al. (2020), *Assessing the management of hospital surge capacity in the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium*, KCE Report, No. 335.

Liste des abréviations des pays

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

European Commission

State of Health in the EU
Profils de santé par pays 2021

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 (2021), *Belgique: Profils de santé par pays 2021, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264679375 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

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