

Objectifs en matière de soins de santé avis de la Commission COSS

Avril 2025

Structure de l'avis

1. Cadre légal
2. Principes généraux et enseignements tirés de l'étranger
3. Objectifs en matière de santé (OS) et objectifs en matière de soins de santé (OSS)
 - (a) Définitions des OS et des OSS
 - (b) Les OS belges comme point de départ
 - (c) Le projet « NEED » (KCE et Sciensano)
 - (d) Conclusion
4. Comment pouvons-nous fixer des OSS ? Idéal et réalité
 - (a) Principes généraux
 - (b) Générer l'adhésion : processus de participation
 - (c) Listes existantes des OSS pour la Belgique
 - (d) Deux grandes approches et un compromis
5. Une proposition concrète
 - OSS1. Meilleure utilisation des données
 - OSS2. Augmentation de l'efficacité
 - OSS3. Meilleure organisation des soins de première ligne et harmonisation des différentes lignes de soins
 - OSS4. Des soins centrés sur la personne et une implication accrue des patients
 - OSS5. Meilleure accessibilité aux soins
 - OSS6. Réforme des professions de la santé et bien-être des professionnels
 - OSS7. Accroître les efforts en matière de prévention et de dépistage
 - OSS8. Secteurs méritant une attention particulière
 - Soins bucco-dentaires
 - Soins de santé mentale
 - Lacunes importantes
 - Durabilité écologique du système des soins de santé
 - Intégration des malades de longue durée
 - Maladies rares
6. Élaboration plus approfondie et suivi
 - (a) Calendrier
 - (b) Missions des groupes d'experts
 - (c) Composition et méthode de travail
 - (d) Suivi

(e) Missions à plus long terme Groupes d'accompagnement pour chaque objectif majeur

7. Estimation de l'impact budgétaire : complémentarité des estimations techniques et de PROMES

Références

Annexe 1. Analyse de l'étude du KCE

Annexe 2. Regroupement des indicateurs en fonction des objectifs en matière de soins de santé

Annexe 3. Notation des OSS proposés par rapport au Quintuple Aim

Cadre légal

La loi du 6 novembre 2023 définit un objectif de soins de santé (ci-après OSS) comme suit :

- « un objectif qui contribue à la réalisation d'un objectif de santé et qui prévoit que le système de soins de santé peut remplir au mieux son rôle central aussi bon et durable que possible dans l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population sur base de ses besoins en soins de santé, l'amélioration, à partir de l'expérience vécue par l'individu, de la qualité des soins, l'utilisation plus efficiente des moyens disponibles, la réduction des inégalités sociales en matière de santé et l'amélioration du bien-être des dispensateurs de soins. La réalisation d'un objectif en matière de soins de santé repose sur des initiatives concrètes. »

Cette même loi introduit également un calendrier précis pour la formulation des objectifs en matière de soins de santé et pour le rôle de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé (COSS) dans ce cadre :

- **Art. 18/2.** § 1er. La Commission pour les objectifs en matière de soins de santé établit dans les quarante jours suivant chaque dissolution de la Chambre des représentants un rapport sur les objectifs en matière de soins de santé qui devraient être prioritaires pendant la législature suivante, sur la base d'une part, d'une enquête structurée auprès du large champ professionnel des soins de santé et d'autre part, sur la base de l'évidence scientifique et de toutes les données et rapports nationaux et internationaux disponibles quant à la performance des systèmes de santé, de soins de santé et de sécurité sociale en matière de santé, en tenant compte à la fois des objectifs en matière de santé et des objectifs en matière de soins de santé qui s'appliquaient à la législature précédente,. La Commission procède à une évaluation de la réalisation des objectifs en matière de soins de santé au cours de la législature précédente.

Et plus loin :

- Le Conseil général fixe, dans les 90 jours suivant la première Déclaration de gouvernement du nouveau gouvernement fédéral, notamment sur base du document visé à l'article 18/2, § 1er, alinéa 1er, fourni par la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé et compte tenu du contexte budgétaire, les objectifs en matière de soins de santé prioritaires pour la législature dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Il est censé consulter le Comité de l'assurance à cet effet. L'avis du Comité de l'assurance est donné dans les trente jours suivant la demande du Conseil général. À défaut d'avis dans ce délai, l'avis est réputé avoir été donné. Ces objectifs peuvent être révisés en cours de législature selon cette même procédure.

La compétence du Conseil général va au-delà de la simple fixation des moyens budgétaires, et comprend également l'élaboration et l'évaluation de politiques plus concrètes. Les OSS, tels que fixés par le Conseil général, endossent une fonction de boussole pour les budgets annuels et pour les commissions de conventions ou d'accords. La loi stipule que :

- Les conventions et les accords visés aux articles 42 et 50 ainsi que la proposition globale du Comité de l'assurance visée à l'article 39 se fondent sur les objectifs visés au point 18° et leur traduction concrète. Le Conseil général vérifie l'alignement en tenant compte en particulier des documents de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé visés à l'article 18/2, § 1er, alinéas 2 et 3.

Le calendrier idéal tel que prévu par la loi n'est évidemment pas réalisable. Quarante jours après la dissolution de la Chambre des représentants, la Commission n'avait pas été constituée. Cet avis s'inscrit néanmoins dans le cadre de la mission du Conseil général, qui est de formuler des OSS explicites 90 jours après la formation d'un gouvernement. Mais, même dans ce cas, le délai disponible pour formuler cet avis reste très court. Dans d'autres pays, le processus de formulation des objectifs en matière de (soins de) santé est un processus qui s'étend sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Dans le contexte belge et les procédures budgétaires actuellement en vigueur au sein de l'INAMI, on ne jouit encore d'absolument aucune expérience par rapport à cette approche. Nous sommes donc encore dans une phase expérimentale, et il est très probable que la clause prévue par la loi pour revoir les objectifs au cours de la législature devra être appliquée. Dans nos avis, nous ferons toujours une distinction (la plus claire possible) entre la meilleure approche à moyen terme et ce qui est possible à court terme.

Dans le présent avis, nous nous concentrons principalement sur les compétences fédérales. Il apparaîtra toutefois clairement que l'aboutissement à une politique cohérente en matière des OSS nécessitera, une coopération étroite au niveau interfédéral. La participation des entités fédérées au fonctionnement de la Commission COSS est prévue par la loi :

- Chacune des autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution a la possibilité de déléguer un représentant disposant d'une voix consultative.

Il serait utile de prendre des mesures en ce sens à l'avenir.

Principes généraux et enseignements tirés de l'étranger

Plusieurs pays travaillent avec des objectifs en matière de santé (voir p. ex. le récent rapport de l'OSE (Martini et Davesne, 2024) et le rapport légèrement dépassé, mais intéressant du KCE (Obyn et al., 2017)).¹ Nous pouvons tirer de ces expériences, certains enseignements, mais le contexte dans lequel fonctionnera la Commission COSS est encore très différent. La liste suivante est superficielle et arbitraire par rapport à certaines initiatives concrètes, mais elle brosse un tableau général, bien que subjectif, des exemples internationaux :

- Il n'y a pas de consensus sur la terminologie et les concepts utilisés, mais, en général, il s'agit davantage d'objectifs en matière de santé (OS) que d'objectifs en matière de soins de santé (OSS). Le plus souvent, la cohérence entre les deux n'est pas logique. Les listes des OS sont disparates et ne sont pas toujours envisagées dans le cadre d'une vision cohérente de la santé et du bien-être.
- Il existe une tendance à interpréter le terme « santé » au sens large et à viser un concept plus large de bien-être individuel, en mettant l'accent sur l'importance de la contribution du patient. En tout cas, il fait continuellement référence à l'importance du principe « health in all policies » (la santé dans toutes les politiques) et les objectifs ne sont pas uniquement axés sur les soins de santé au sens strict.
- La formulation des objectifs est généralement précédée d'un processus de plusieurs mois, voire plusieurs années. Ce processus est parfois fortement dirigé par l'autorité (ou les institutions apparentées), mais il peut également consister en une large concertation impliquant diverses instances (y compris en dehors des administrations publiques).
- Dans la majorité des cas, la formulation des objectifs reste relativement peu contraignante. Parfois, d'ailleurs, il s'agit de centaines d'objectifs, sans que des priorités claires soient fixées. Elles fonctionnent plutôt comme un appel à l'action et une source d'inspiration que comme un guide pour des politiques spécifiques. Les acteurs responsables ne sont

¹ Quelques références utiles dans la littérature académique sur l'utilisation des objectifs : Van Herten et Gunning-Schepers (2000a, 2000b), Busse et Wismar (2002), Wismar et Busse (2002).

pas clairement désignés et le processus d'évaluation ex post n'est pas suffisamment explicite. Et surtout : très souvent, il n'y a pas d'indication explicite sur les ressources nécessaires à la réalisation des OS et, par conséquent, pas de hiérarchisation explicite de la priorisation.

Avec ce schéma (arbitraire) en tête, nous pouvons décrire les forces et les faiblesses du positionnement de la Commission COSS :

- En principe, la mission de la Commission COSS s'inscrit dans un cadre logique, dans lequel les OS sont formulés au niveau interfédéral, et dans lequel les OSS au niveau belge (INAMI) sont logiquement liés. Il reste encore un long chemin à parcourir pour développer ce cadre de manière cohérente et complète, mais le projet est clair. Nous reviendrons sur ce point à la section 3.
- L'évolution vers un concept plus large de la santé et du bien-être individuel (qui tient compte des objectifs de vie des personnes), et la nécessité de mener des politiques de santé qui couvrent plus que le secteur élargi des soins de santé sont sans aucun doute, des évolutions bénéfiques. Et pourtant, la mission de la Commission COSS se situe au niveau des soins de santé. Il est important de garder ce focus, mais en même temps, aussi, de ne pas adopter un mode de pensée réducteur. Dans une certaine mesure, il est possible d'y parvenir en tenant compte autant que possible de tous les objectifs du Quintuple Aim (c'est-à-dire en incluant le bien-être des prestataires de soins et les expériences subjectives de qualité des soins perçues) ainsi que la soutenabilité. Par ailleurs, comme déjà mentionné dans la première section, la loi précise explicitement que la formulation de ces objectifs est indicative. Nous reviendrons aussi plus en détail sur ce point à la section 3.
- En principe, la mission de la Commission COSS stipule également que le soutien aux OSS doit être créé par le biais d'une enquête structurée sur le vaste champ de travail. Nous pouvons planifier cette vaste enquête à plus long terme, mais dans un délai de trois mois, c'était, bien sûr, impossible. Cette situation est compensée, en partie, par le fait que la concertation est bien implantée dans le processus décisionnel belge et que les structures existantes permettent une participation démocratique à court terme (voir section 3).
- L'élaboration et la poursuite des objectifs de soins de santé s'inscrivent dans un processus structurel à long terme, étant donné l'intégration de la commission dans l'INAMI et plus particulièrement dans son processus budgétaire. En principe, tous les niveaux de pouvoir, tant fédéral que

fédéré, devraient pouvoir partir d'objectifs de santé, établis de manière consensuelle, les objectifs de soins de santé qui en découlent étant ensuite établi au niveau des entités fédérées. Les objectifs de soins de santé tel que proposés par le COSS et établi par le Conseil général a pour but de guider la prise de décision au niveau fédéral. Il faudra veiller en permanence à la coopération entre les autorités aux différents niveaux, car dans la pratique, il y aura inévitablement des chevauchements entre les différentes instances. Les exemples évidents sont la vaccination et la coordination des soins et des services de santé dans la prise en charge des malades chroniques.

- Pour vraiment pouvoir servir de guide à la politique de santé, le nombre des OSS ne doit pas être trop élevé. Les OSS ne doivent pas être trop vagues et généraux, mais suffisamment concrets pour inspirer la politique de santé. D'autre part, ils ne peuvent se réduire à une série d'initiatives très concrètes. Pour leur formulation, il est recommandé de suivre une méthode transparente. Une première tentative en ce sens est proposée à la section 4 et appliquée à la section 5.
- Pour assurer une politique cohérente, l'évaluation ex post des mesures politiques concrètes doit être envisagée dès le départ. Les initiatives qui ne contribuent pas suffisamment aux OSS doivent être adaptées ou stoppées (voir section 6).
- L'impact budgétaire jouera toujours un rôle important dans la fixation des OSS. Il faudra donc être attentif à la disponibilité des ressources. Le rôle attendu de la Commission COSS dans le processus budgétaire s'aligne parfaitement sur les principes de bonne budgétisation proposés par l'OCDE (Vammalle et al., 2023). Dans ce cadre, il est souhaitable d'adopter, dans la mesure du possible, une perspective pluriannuelle. Nous reviendrons plus en détail sur ce point à la section 7.

Objectifs en matière de santé (OS) et objectifs en matière de soins de santé (OSS)

En principe, la distinction entre les deux concepts semble relativement facile à faire et peut correspondre aux définitions connues des indicateurs de résultats, des indicateurs de processus et des indicateurs de structure. Les objectifs en matière de santé se réfèrent alors aux résultats, et les objectifs en matière de soins de santé aux processus et aux structures qui, on l'espère, contribuent aux résultats souhaités. Cette distinction ne coïncide pas avec la distinction macro/méso/micro. Les OS peuvent concerner une population limitée (par exemple, dans le cas des

maladies rares ou des problèmes concentrés dans une certaine région), tandis que les OSS peuvent se situer au niveau macroéconomique (par exemple, l'interdiction générale de fumer). Il est donc logique que les OSS suivent les OS et les utilisent comme cadre de réflexion.

Définitions des OS et des OSS

Nous pouvons donner des définitions plus substantielles des OS et des OSS :

- Un objectif de santé vise à améliorer la santé de la population et à accroître la performance et l'efficacité générales de la politique de santé au sens large, c'est-à-dire en tenant compte de la qualité de vie dans ses différentes dimensions. Il s'agit d'objectifs stratégiques à long terme.
- Des objectifs de santé plus spécifiques découlent des objectifs généraux à long terme en matière de santé, qui visent des groupes cibles et des conditions spécifiques. Ces objectifs peuvent également être considérés comme des OS intermédiaires, en tant que conditions nécessaires à la réalisation des objectifs de santé fondamentaux (par exemple, la lutte contre l'hypertension pour réduire les problèmes cardiovasculaires). L'accent reste mis sur les résultats de la politique, même avec ces objectifs de santé plus spécifiques.
- Le législateur belge a explicitement défini une vision large de ces objectifs, en tenant compte non seulement de la santé générale de la population, mais aussi des autres éléments du Quintuple Aim (équité et accessibilité, rapport coût-efficacité, qualité perçue des soins, bien-être des professionnels de santé) et de la durabilité écologique.

La performance du système de santé doit donc être évaluée en fonction des différents éléments du Quintuple Aim. S'il existe un écart entre le résultat souhaité pour ces critères et la performance actuelle, les objectifs de santé doivent être formulés dans le but de réduire ou d'éliminer cet écart. Comme nous le développerons plus loin, des objectifs clairs et des indicateurs SMART doivent être établis.

- Les objectifs en matière de soins de santé sont des objectifs opérationnels. Ils visent à mettre en œuvre les OS spécifiques par le biais d'interventions ciblées dans les processus de soins et les structures de soins.

Il va sans dire que les OSS doivent être formulés sur base d'évidence scientifique concernant la relation entre les caractéristiques du système de santé et les processus de soins d'une part, et les résultats pour les objectifs du Quintuple Aim d'autre part. Les résultats sur le plan de la santé sont déterminés par de nombreux facteurs et il n'est donc pas facile de démontrer les liens de causalité entre les

soins et la santé. La collecte et l'évaluation de l'évidence scientifique représentent un défi scientifique, au niveau duquel la Commission COSS peut jouer un rôle stimulant important. Cependant, la priorisation des OS constitue, en soi, une décision sociétale, qui ne peut/doit pas être prise par les scientifiques. Cela est d'autant plus clair que des considérations devront également être faites pour déterminer l'importance relative des différentes dimensions du Quintuple Objectif. Les données disponibles sur la faisabilité des objectifs constituent néanmoins également un élément important de cette décision. Il ne sert pas à grand-chose, en effet, de formuler des OS totalement irréalisables (par exemple, que, d'ici 2030, plus personne ne peut plus souffrir de la maladie d'Alzheimer).

Les OS belges comme point de départ

Les OS actuels de la Belgique sont fixés par la Conférence interministérielle Santé publique. Ils s'articulent autour de trois grands objectifs en matière de santé :

1. Allonger la durée de vie en bonne santé
2. Réduire les inégalités de santé entre les populations les plus et les moins favorisées
3. Garantir un environnement de vie le plus sain possible.

Sur la base des preuves scientifiques disponibles, ces OS peuvent être précisés (voir la note de Pol Gerits et Sofie Waebens, SPF Santé publique). Il est recommandé de réduire le « fardeau de la maladie » en se concentrant sur six groupes de maladies (troubles mentaux et liés à l'abus de substances, cancer, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, troubles musculo-squelettiques et troubles neurologiques). Le rapport souligne que le tabac, l'alcool, les habitudes alimentaires et l'exercice physique sont les facteurs de risque les plus importants.

En ce qui concerne le deuxième OS, il convient de noter « l'importance de fixer des cibles spécifiques par groupe socio-économique, de réduire les inégalités dans l'accès financier aux soins de santé, de sensibiliser les professionnels de la santé et de l'aide sociale et de leur fournir des outils pour aborder les questions d'inégalités de santé, de réduire les inégalités dans les conditions de vie (coût du logement, accès aux espaces verts, accès à une alimentation de qualité, etc.) et d'identifier les déterminants sociaux qui ont le plus d'impact sur la réduction des inégalités de santé ainsi que les mesures ciblées pour les réduire » (Conférence interministérielle de la santé publique, 2024). Pour ce deuxième OS, nous constatons un glissement vers les caractéristiques des processus, qu'il vaudrait mieux, en fait, inclure dans les OSS, mais qui dépassent le champ des soins de santé au sens étroit.

Le troisième OS, à savoir la création du meilleur cadre de vie possible, par exemple en améliorant la qualité de l'air et en réduisant le bruit ambiant, ne fait pas partie de la mission de la Commission COSS. Toutefois, le lien entre la santé et l'environnement (par exemple, par le biais du changement climatique) est également pertinent pour nous, tout comme le sous-objectif formulé comme l'identification des besoins critiques en matière de collecte de données et

d'évaluation des principaux risques sanitaires liés à l'environnement et des mesures visant à les améliorer.

Ces OS sont des exemples de ce que nous avons appelé les « OS généraux » et ils devraient être davantage opérationnalisés et formulés en termes SMART (spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes et liées à un calendrier élaboré) au cours de la phase suivante. Dans ce contexte, il faut tenir compte des compétences et des objectifs en matière de santé des entités fédérées. Tant que cette phase n'est pas achevée, le fossé entre les OS proposés et les OSS opérationnels attendus de la Commission COSS reste très large. Les OS généraux peuvent effectivement donner une orientation générale, mais pas beaucoup plus.

Il est important que, lors de l'élaboration future d'objectifs de santé spécifique, une attention particulière soit également accordée à son application dans le cadre de la détermination du OSS par COSS. En effet, l'intention doit rester que le OS constitue la base de la détermination du OSS. Nous demandons donc que COSS soit explicitement impliqué dans les consultations sur le OS. Quelques points importants à prendre en compte à cet égard :

- La description de la mission de la Commission COSS mentionne explicitement le Quintuple Aim et la soutenabilité. Cette approche est plus large que les OS généraux sur lesquels la Conférence interministérielle est parvenue à un accord et elle comprend, outre la santé de la population et la réduction des inégalités, aussi le bien-être des prestataires de soins, la qualité des soins perçue par les patients et l'accessibilité financière des soins. Si la formulation actuelle des OS est maintenue, ils seront peu utiles pour définir des OSS pour la formulation des OSS qui visent d'autres éléments du Quintuple Aim. À l'avenir, la perspective médicale à la base de l'approche des OS devrait, peut-être, être élargie à une vision plus large de la santé.
- Comme indiqué ci-dessus, l'interprétation de l'OS « réduction des inégalités » risque de créer une confusion entre les OS et les OSS, étant donné que certains des éléments proposés concernent le processus des soins de santé.
- En raison de l'importance accordée au « fardeau de la maladie » et au « fardeau de la maladie évitable », la formulation actuelle des OS se concentre principalement sur les principaux groupes de maladies et sur l'ensemble de la population. Dans ce cadre, la classification des maladies en grands groupes détermine fortement les résultats. La division d'un groupe modifie les pondérations attribuées aux maladies spécifiques au sein d'un groupe. La classification des groupes est cependant fortement motivée par des considérations médico-fonctionnelles plutôt que par des considérations de désirabilité sociale. En outre, la forte augmentation de la multimorbidité implique qu'il faut

éviter de se concentrer uniquement sur des pathologies spécifiques. En outre, l'opérationnalisation doit tenir compte de problèmes potentiellement graves dans des sous-groupes de la population. Il peut être socialement très souhaitable de s'attaquer à ces problèmes, même si l'impact sur le fardeau de la maladie est limité.

- Lors de la fixation des objectifs en matière de santé, les considérations de faisabilité sont souvent négligées. Bien qu'un poids soit accordé à la charge de morbidité « évitable », le terme « évitable » ne signifie pas nécessairement que la politique de santé peut avoir beaucoup d'effet sur cette charge de morbidité. L'efficacité des mesures politiques possibles doit être prise en compte dans la formulation des OSS.

Le projet « NEED » (KCE et Sciensano)

Des objectifs très spécifiques sont proposés dans le cadre du projet « NEED » (une synthèse des travaux et toutes les publications sont disponibles sur le site du projet NEED : health-needs.eu). La spécification des « unmet needs » (besoins non couverts) dans ce projet se concentre principalement sur des maladies spécifiques (voir les rapports individuels, par exemple sur les maladies rares et la maladie de Crohn), mais l'intention est d'encourager la politique – et également la recherche dans le secteur des médicaments – à se concentrer sur ce qui est identifié comme les « besoins non couverts » les plus importants. Le projet peut contribuer à la fois aux OS et aux OSS en apportant des *preuves* sur des besoins spécifiques dans des maladies spécifiques. Cette relation est toutefois également réciproque : l'initiative *Unmet needs* (= besoins non couverts) peut également tenir compte, dans le choix des maladies, des priorités déjà établies au niveau des OS et des OSS. Jusqu'à présent, la manière de procéder concrètement n'est toutefois pas encore claire. À long terme, lorsque l'évidence scientifique sur les *unmet needs* auront été recueillies pour plusieurs maladies, il devrait y avoir une forte interaction entre les différentes approches. Il convient néanmoins de veiller, dans ce cadre, à ne pas décrire les besoins de manière trop unilatérale d'un point de vue médical. La notion de « besoins non satisfaits » doit également laisser de la place à d'autres aspects (comme l'accessibilité dans ses différentes dimensions, la littérature en santé, etc.

Conclusion

En principe, les OSS proposés par COSS devraient s'inscrire dans les objectifs de santé établis par la Conférence interministérielle sur la santé publique. Pour l'instant, ils restent toutefois très généraux et peuvent servir de source d'inspiration, mais pas (encore) de point de départ concret. À l'avenir, cependant, la relation entre les objectifs de santé et les OCC devrait être explicitement élaborée. Il serait également souhaitable que les résultats du projet NEED soient inclus dans l'opérationnalisation des objectifs de santé à l'avenir. Une perspective médicale unilatérale devrait être limitée à cet égard.

Comment pouvons-nous fixer des OSS ? Idéal et réalité

(a) Principes généraux

Sur la base des réflexions précédentes, les principes généraux suivants peuvent être avancés :

- La Commission COSS formule des objectifs opérationnels axés sur les processus (et les structures). Le choix de ces objectifs doit évidemment tenir compte de l'efficacité des processus proposés en fonction des résultats attendus. Ces résultats attendus sont déterminés par le Quintuple Aim, dont le sixième objectif est celui de la soutenabilité. Les OSS proposés tiennent également compte, dans la mesure du possible, du cadre existant des OS et ils sont suffisamment souples pour s'adapter aux évolutions futures au sein de ces OS.
- Afin qu'ils puissent également faire l'objet d'un suivi adéquat et contribuer à orienter les politiques, il convient de s'efforcer de formuler un nombre limité d'objectifs en matière de soins de santé. Les OSS proposés doivent être concrets, mais ils ne doivent pas se limiter à des « actions » spécifiques. Au contraire, ils doivent inviter à la réflexion sur un ensemble cohérent d'actions, qui va au-delà de l'approche cloisonnée existante (si nécessaire).
- Pour assurer le suivi du lien entre les objectifs en matière de soins de santé, d'une part, et les objectifs en matière de santé et le Quintuple Aim, d'autre part, il est souhaitable que les principaux indicateurs de résultats fassent également l'objet d'un suivi structurel.
- La préférence est donnée aux objectifs pour lesquels des indicateurs quantitatifs peuvent être proposés. Si des indicateurs quantitatifs ne sont pas disponibles, il convient de formuler des objectifs qualitatifs clairs et explicites. Il faut veiller à ce que la réalisation des objectifs quantitatifs ne soit pas la seule considération : après tout, ces objectifs ne sont qu'une approximation des objectifs sous-jacents plus fondamentaux.
- La nécessité d'une évaluation ex post doit être envisagée dès le départ. La collecte des données nécessaires à l'évaluation doit être planifiée dès le départ.
- Même en période de tension, il faut pouvoir formuler des OSS (voir ci-dessous).
- L'adhésion aux OSS doit être la plus large possible. Par ailleurs, la commission COSS se limite exclusivement à un avis, les décisions et priorités étant définies par les organes désignés.

(b) Générer l'adhésion : processus de participation

La loi prévoit que la COSS formulera des objectifs après une vaste consultation du terrain au sens large. Il n'est pas toutefois possible de mettre en place une enquête de cette ampleur à court terme. À l'avenir, l'organisation d'une enquête constituera certainement un défi. Un grand exercice de participation publique peut contribuer à soutenir la politique et à générer des idées intéressantes pour l'améliorer. Cependant, une procédure de participation publique ne peut jamais remplacer les connaissances basées sur l'évidence scientifique.

Au cours de cette phase, la Commission COSS formule un avis sur d'éventuels OSS, et s'engage dans le processus décisionnel en cours. De ce point de vue, il semble approprié de proposer un éventail d'OSS possibles, sans leur attribuer de priorité explicite.

(c) Listes existantes d'objectifs en matière de soins de santé pour la Belgique

De nombreuses listes de O(S)S existent déjà en Belgique aujourd'hui. Un aperçu (non actualisé) est donné dans Obyn et al. (2017). Certaines ont fait l'objet d'un débat approfondi et d'une longue procédure (par exemple, les OS flamands), tandis que d'autres sont directement adaptés à l'organisation qui les a proposés. Ces listes contiennent plus d'OS que d'OSS et, compte tenu de leurs origines et finalités très différentes, elles constituent ensemble un tout disparate et incohérent. Elles ne peuvent donc guère être utilisées telles quelles comme point de départ pour déterminer les OSS dans les prochains mois. Il semble néanmoins utile de mettre à jour l'inventaire dressé par Obyn et al. (2017). Dans la mesure du possible, les OSS repris sur ces listes peuvent/doivent également être repris dans la réflexion ultérieure de la Commission COSS.

Un cas particulier est celui des nombreuses propositions d'objectifs soumises lors de la consultation publique pour le projet de budget pluriannuel. Comme nous l'avons déjà suggéré, ces éléments ne sont pas correctement structurés, mais il est peut-être utile de leur donner une place lorsque c'est possible. Cela contribuerait à renforcer la crédibilité d'une nouvelle consultation publique à l'avenir.

(d) Deux grandes approches et un compromis

Si nous ne partons pas d'une simple compilation des OSS déjà existants, de manière générale et très simpliste, il semble y avoir deux approches possibles. Mais, ni l'une ni l'autre n'est optimale, et la Commission COSS a finalement estimé que la méthode la plus intéressante et la plus réaliste dans cette phase expérimentale était de combiner les deux approches.

[Partir d'une vision a priori des défis et des problèmes](#)

Une première possibilité (ambitieuse) consisterait à partir d'une vision globale et cohérente des principaux défis pour l'avenir du système de soins de santé belge, qui pourrait être traduite en options politiques générales. Ces dernières années, plusieurs mesures d'incitation ont été prises en ce sens et cette approche pourrait également être conforme à la vision à long terme de l'INAMI, telle qu'elle est décrite, par exemple, dans le document INAMI (2024).

À titre d'exemple (et seulement à titre d'exemple), voici la structure telle qu'elle a été proposée par le Comité scientifique (2022) dans son avis sur la trajectoire budgétaire pluriannuelle² :

- Les défis à venir : les évolutions sociales
 - Vieillissement de la population
 - Augmentation de la prévalence des maladies chroniques
 - Réaction aux changements techniques et aux nouveaux traitements / aux nouvelles connaissances
 - Préparation, résilience et durabilité
- Défis structurels
 - Élargissement de la protection sociale
 - Amélioration de l'orientation patient – de la santé physique au bien-être
 - Développement des soins de santé mentale
 - Renouvellement des modèles de financement et d'organisation

Sous chacune de ces rubriques, une série d'objectifs en matière de soins de santé plus spécifiques a ensuite été classée, et il a été proposé de les évaluer en fonction du Quintuple Aim, afin de disposer de toutes les informations nécessaires pour établir des priorités.

Dans la deuxième partie du rapport du Comité scientifique (2022), des OSS concrets sont également proposés après une analyse de la situation dans trois domaines : les soins de santé mentale, le développement de soins intégrés et ciblés et l'accessibilité financière des soins.

Les avantages de cette méthode sont clairs :

- Les OSS proposés forment un ensemble cohérent qui s'inscrit également dans une vision large des défis à relever par le système belge des soins de santé.
- Les grandes rubriques peuvent être reliées de manière cohérente aux objectifs en matière de santé.
- Cette approche constitue un point de départ utile pour un débat démocratique sur l'avenir des soins de santé et permet d'éviter une vision trop étriquée.

Cependant, ses inconvénients sont tout aussi évidents :

² L'approche de base est très proche de la vision à long terme de l'INAMI (2024), mais elle est présentée de manière plus structurée.

- Cette approche n'a de sens que si elle est le résultat d'une large procédure de participation publique. En l'absence d'une telle procédure, les OSS proposés seront toujours considérés comme arbitraires et/ou idéologiquement biaisés par ceux qui ne partagent pas l'analyse ou le cadre de valeurs sous-jacent.
- Même si l'analyse générale fait l'objet d'un consensus, il reste un long chemin à parcourir pour en tirer des résultats concrets en matière de développement durable, et encore plus pour fixer des priorités claires.

À plus long terme, une vaste procédure de participation publique pourrait être envisagée pour définir cette approche. Mais, même dans ce cas, l'ambition de parvenir à un large consensus semble plutôt irréaliste. À court terme, cette approche n'est pas réalisable.

Une approche opérationnelle concrète : Obyn et al. (2017)

Obyn et al. (2017) proposent une approche concrète et opérationnelle, à partir des rapports de performance du système belge des soins de santé ; dans leur cas, celui de 2015 (Vrijens et al., 2015). La méthode concrète s'inspire d'exemples français et américains. La structure suivie est celle des rapports de performance, et l'approche suivante est utilisée pour les différents indicateurs du projet :

- Pour les indicateurs pour lesquels la Belgique obtient de relativement bons résultats, l'objectif général de développement à terme est au moins de maintenir le niveau actuel et de se rapprocher de la moyenne des trois pays les plus performants de l'UE-15 en 10 ans ou, si aucune donnée n'est disponible pour une comparaison internationale significative, d'améliorer la performance de cet indicateur de 10 % en 10 ans, par rapport à la base de référence du rapport de 2015.
- Pour les indicateurs pour lesquels la performance de la Belgique est mauvaise ou moyenne :
 - si les résultats de la Belgique sont inférieurs à la moyenne de l'UE-15, l'objectif est d'arriver à la moyenne de l'UE-15
 - si les résultats de la Belgique sont supérieurs à la moyenne de l'UE-15, l'objectif est d'arriver à la moyenne des 3 meilleurs pays de l'UE-15
 - si aucune donnée n'est disponible pour une comparaison internationale significative, l'objectif est une amélioration de 10 % en 10 ans, par rapport aux données de référence du rapport de 2015.
- Pour les domaines dans lesquels des disparités importantes sont constatées, un signal d'alerte est ajouté à l'objectif proposé. Dans ce cas, l'objectif peut être décomposé en sous-objectifs visant à réduire les inégalités tout en améliorant le niveau moyen de la population et le niveau du sous-groupe le plus faible.

Là encore, les forces et les faiblesses sont évidentes. Les avantages sont :

- L'approche est très concrète et spécifique dès le départ.
- Les indicateurs utilisés sont bien connus (y compris leurs faiblesses) et peuvent être suivis relativement facilement.

Par ailleurs, les limites de cette méthode sont également claires (elle est d'ailleurs décrite comme une simple ébauche dans Obyn et al. (2017) pour ces raisons) :

- Cette méthode produit une « liste de courses » extraite mécaniquement, et elle manque d'une vision sous-jacente cohérente. La liste est longue et peu claire, et comprend à la fois les OS (spécifiques) et les OSS. Aucune priorité n'est fixée.
- La liste est largement déterminée par les indicateurs disponibles. D'importantes priorités politiques peuvent échapper à l'attention si les indicateurs correspondants ne sont pas disponibles.
- Le lien avec les OS plus généraux fait défaut, et l'évidence fait défaut en ce sens que la relation de cause à effet des corrections du système de santé sur les résultats de santé proprement dits sont étudiés de manière trop indirecte .
- L'interprétation quantitative des OSS (référence à d'autres pays de l'UE ou objectif de +10 %) reste arbitraire. Pourquoi la moyenne des pays de l'UE-15 constituerait-elle automatiquement un point de référence normatif intéressant ? En outre, il semble irréaliste de viser un taux d'amélioration constant sur une période donnée pour différents objectifs.

Un compromis ?

En fin de compte, la Commission COSS a décidé d'utiliser la méthode d'Obyn et al. (2017) dans une première étape préliminaire malgré ses limites évidentes, et ensuite dans une deuxième étape de la combiner avec la première méthode. Plus précisément, nous avons procédé comme suit :

Étape préparatoire :

- Des rapports de performance les plus récents (Gerken et al., 2024, et pour l'équité, Bouckaert et al., 2020), des indicateurs ont été extraits (a) qui peuvent être considérés comme des OSS, et (b) pour lesquels la performance de la Belgique est moyenne ou mauvaise.
- Parmi les fiches collectées dans le cadre du projet « budget pluriannuel de l'assurance soins de santé 2022-2024 », les fiches présentant une qualité suffisante ont été sélectionnées. Ces fiches ont été soumises par des commissions de conventions ou d'accords, le monde académique, des établissements de recherche, des entreprises, des prestataires de soins et des associations de patients. Le contenu de ces fiches a été comparé aux résultats des rapports de performance les plus récents afin d'identifier d'éventuelles lacunes dans ces rapports.

- Ces indicateurs ont été regroupés selon la même structure que celle suivie dans les rapports de performance.
- Le résultat de cette analyse détaillée est repris à l'annexe 1 du présent avis.

Regroupement autour de domaines politiques spécifiques

- La liste d'indicateurs et des OSS reprise en annexe reste assez disparate et il est difficile de fixer des priorités ou d'élaborer des politiques claires.
- La Commission COSS s'est donc écartée de cette liste pour regrouper les indicateurs de manière cohérente sous un ensemble d'OSS plus généraux. Cette méthode est la seule qui était possible à très court terme, mais elle devra certainement être affinée à l'avenir, notamment en se référant plus clairement à la littérature scientifique existante.
- À ce stade et compte tenu des délais, il n'a pas été possible de fixer des objectifs quantitatifs clairs pour toutes les OSS, mais les indicateurs spécifiques (et la direction souhaitée de l'amélioration) sont explicités.
- L'annexe 3, indique de quelle manière les OSS proposés peuvent être reliés au Quintuple Aim.

Évaluation au sein de la Commission COSS

Les indicateurs qui en résultent, classés dans des catégories plus globales des OSS, ont ensuite été discutés et évalués au sein de la Commission COSS. Les différents domaines d'expertise de ce groupe diversifié ont été exploités pour identifier les lacunes restantes.

Priorisation et intégration dans le processus budgétaire

La liste des domaines politiques pour lesquels il existe une proposition d'OSS (et d'indicateurs) spécifiques est décrite en détail dans la section suivante. Il n'est cependant pas réaliste de viser la réalisation de tous ces OSS à court terme et la politique devra établir des priorités. Cette priorisation est du ressort du conseil généra.

Comme indiqué ci-dessus, la loi prévoit que les OSS proposés doivent servir de guides pour les budgets et la concertation futurs au sein des commissions de conventions ou d'accords. La Commission COSS relève quelques principes généraux à suivre dans ce domaine :

- Il est judicieux de commencer par définir la « marge pour les nouvelles initiatives ». Cette marge budgétaire peut être calculée en soustrayant, à politiques inchangées, une projection des dépenses

de l'évolution du budget telle que déterminée par la norme de croissance.

- De nouvelles initiatives restent possibles, même si des économies globales doivent être réalisées (parce que la croissance des dépenses prévues dépasse la norme de croissance). Des gains d'efficacité peuvent/doivent toujours être recherchés, même dans les secteurs qui ne présentent pas de dépassements. La réduction des coûts sans perte de qualité peut également créer de l'espace pour de nouvelles initiatives. Il est également possible de formuler des propositions de réforme neutres sur le plan budgétaire qui contribuent aux OSS prioritaires proposés. De telles propositions de réforme devraient être explicitement prises en compte, en particulier pendant les périodes de restrictions budgétaires.
- Les priorités des OSS doivent également garantir que les économies nécessaires sont établies de manière cohérente. Dans le cadre conceptuel actuel sur les économies nécessaires, les objectifs budgétaires partiels établis sont considérés comme indicatifs des dépassements ou des sous-utilisations du budget. L'hypothèse est que les économies doivent être concentrées dans les secteurs où le budget a été dépassé. Selon ce raisonnement, un dépassement de budget indique que les dépenses ont été excessives. Cependant, ce n'est pas toujours le cas. Il est tout à fait possible que le dépassement de budget puisse être justifié par des facteurs objectifs. À l'avenir, il conviendra de se baser sur le cadre de référence élargi des OSS. Tant au sein des secteurs qu'entre eux, la question de savoir où les meilleures économies peuvent être réalisées par rapport aux OSS peut et doit être explicitement posée, c'est-à-dire quelles économies causeront le moins de dommages. Le choix des économies devra alors être davantage influencé par une analyse des causes des dépenses excessives et des dépenses insuffisantes dans les différents secteurs. Par ailleurs, il conviendrait de prêter davantage attention aux relations entre les différents secteurs afin de parvenir à un projet budgétaire transversal cohérent. Tout cela n'implique évidemment pas qu'un secteur puisse simplement ignorer sa responsabilité dans un dépassement budgétaire en se référant au cadre des OSS.
- Pour les nouvelles initiatives concrètes, il faut procéder à une évaluation préliminaire la plus explicite possible. En outre, les conditions doivent être créées dès le départ pour permettre une évaluation ex post après la mise en œuvre. Dès le lancement d'une nouvelle initiative, il convient d'explicitement (i) quel(s) objectif(s) on souhaite atteindre avec cette initiative, (ii) quels critères seront

utilisés pour évaluer sa réussite ou son échec et (iii) comment les informations nécessaires seront collectées et enregistrées. Voir plus loin, section 6 du présent avis.

- Au moment de la confection du budget annuel, il est souhaitable de tenir compte d'une perspective pluriannuelle. Les décisions relatives aux nouvelles initiatives ou aux économies pour l'année suivante doivent, en effet, être évaluées en gardant à l'esprit les années suivantes. Le modèle de simulation PROMES offre des informations utiles pour un exercice de ce type. Voir plus loin, section 7.
- Dans cette première phase, il est essentiel que le Conseil général fixe l'agenda de la prochaine législature. Il n'est ni réaliste ni souhaitable que l'accent soit déjà trop mis sur des initiatives et des objectifs opérationnels spécifiques. Ces initiatives concrètes devraient s'inscrire dans le cadre plus large de l'objectif général de développement durable du présent avis et être développées progressivement au cours des prochaines années. Dans la section 6, nous examinerons de plus près le calendrier proposé par COSS.

Une proposition pour les OSS

Dans cette section, nous allons donner une vue d'ensemble des principaux domaines d'attention retenus. Nous suivons la méthode décrite dans la section précédente. Nous partons donc des indicateurs des derniers rapports de performance (Gerken et al., 2024 ; Bouckaert et al., 2020), au niveau desquels la performance du système belge des soins de santé est insuffisante. Un aperçu détaillé de ces indicateurs figure à l'annexe 1. La liste des indicateurs étant volontairement limitée, nous les avons regroupés dans des domaines d'intérêt plus généraux à l'annexe 2. Il va de soi que ces indicateurs (relativement ciblés) ne doivent être considérés que comme des « indicateurs » des OSS et que les OSS ne peuvent pas être réduits à cette seule liste d'indicateurs. Il serait par ailleurs dangereux de considérer ces indicateurs comme des sous-objectifs. Ils ne sont pas destinés à cela et si le financement est axé sur ces indicateurs, il y a un risque que les efforts soient uniquement axés sur ce qui peut être mesuré.

Comme nous l'avons déjà mentionné, notre approche présente l'inconvénient que d'éventuelles priorités, qui ne sont pas couvertes par le rapport de performance, par exemple, parce qu'il n'existe pas (encore) de bons indicateurs pour elles, risquent d'échapper à l'attention. La durabilité écologique, la situation des malades de longue durée et le traitement des maladies rares représentent des lacunes importantes, que nous ajoutons donc explicitement.

Chacun de ces OSS formulés, avec ses sous-objectifs, est ensuite repris à l'annexe 3 et noté (provisoirement) en fonction de son impact attendu sur chacun des différents aspects du Quintuple Aim. Les objectifs dont on s'attend à ce qu'ils aient un impact sur de nombreux aspects méritent une attention particulière compte tenu de leur contribution estimée à l'amélioration de nos soins de santé.

S'il est développé à l'avenir, l'exercice de l'annexe 3 pourra servir de point de départ à la sélection et à la motivation des OSS proposés.

Nous n'établissons pas explicitement de priorités, car c'est au Conseil général qu'il revient de le faire. Dans ce premier avis, nous restons à un niveau relativement abstrait, ce qui laisse au Conseil général la latitude nécessaire pour dessiner les contours de la politique de santé des années à venir. Ces grandes lignes pourront/devront ensuite être concrétisées par des objectifs opérationnels et des projets, pour lesquels de nouveaux indicateurs pourraient/devraient également être élaborés. Des groupes de travail d'experts pourraient être mis en place à cette fin (voir également plus loin la section 6). D'autres objectifs opérationnels seront proposés dans les prochains avis de la Commission COSS.

Dans le présent avis, nous nous concentrons principalement sur les compétences fédérales. Il est évident qu'un grand nombre des OSS proposés (par exemple, les soins intégrés et la prévention) ne peuvent être réalisés sans une étroite coopération avec les entités fédérées.

Nous aborderons d'abord deux OSS transversaux, puis nous nous concentrerons sur les domaines prioritaires de la politique de santé et enfin nous mentionnerons quelques domaines spécifiques importants qui ne sont pas largement abordés dans les rapports de performance. Il va sans dire que certains éléments importants peuvent se retrouver dans différents OSS : par exemple, nous pouvons considérer l'accessibilité, la réduction de la charge administrative et le bien-être des professionnels, ainsi que la participation des patients. Nous avons formulé des OSS distincts pour ces trois dimensions, et nous ne les mentionnerons pas toujours à nouveau dans d'autres OSS où ils peuvent également être importants.

OBJECTIFS TRANSVERSAUX EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Nous aborderons d'abord deux objectifs transversaux qui servent de leviers pour atteindre les objectifs qui apparaissent dans la deuxième partie. Des progrès importants dans le domaine de ces deux premiers objectifs transversaux en matière de soins de santé sont une condition sine qua non pour la réalisation des objectifs de soins de santé formulés ci-dessous, désignés comme domaines politiques prioritaires. Ils constituent les conditions préalables dans lesquelles l'espace politique est déterminé.

OSS1. Meilleure utilisation des données

· De nouvelles mesures doivent être prises pour encourager la numérisation et la collecte, le partage et l'utilisation de données de haute qualité (y compris au niveau du patient individuel).

· Des efforts doivent être faits pour accélérer la mise en œuvre du Belgian integrated health record (BIHR).

Une stratégie coordonnée doit être développée pour réduire le risque de cyberattaques.

Un premier OSS global, qui est fondamental pour la réalisation des autres OSS énumérés ci-dessous, consiste à rechercher une collecte et une utilisation mieux structurées de données de haute qualité.

Une meilleure utilisation des données présente un double intérêt. D'une part, elle est essentielle pour le suivi et le contrôle de la politique de santé au niveau macro. Nous avons déjà souligné que des données de qualité sont indispensables à l'évaluation a posteriori d'initiatives spécifiques, mais cela devrait devenir un point d'attention systématique. Si la politique de santé se fonde à l'avenir sur des objectifs de soins de santé, le recueil de données de qualité permettront d'analyser et évaluer correctement les actions et appuyer des décisions qui seront basées sur des faits.

D'autre part, l'échange fluide et sécurisé des données au niveau du patient (micro niveau) est nécessaire au regard de la nécessité d'une meilleure Intégration de la prise en charge et d'une collaboration plus interdisciplinaire. Il est important de prendre des mesures en faveur de population management. Des ressources doivent être dégagées pour intensifier la numérisation et le partage des données. Les efforts visant à promouvoir le dossier médical informatisé doivent être poursuivis. Cela devrait permettre d'optimiser les soins aux patients et d'éviter la redondance de certains examens/analyses. Par exemple, des systèmes d'aide à la décision pourraient être mis en place pour utiliser les données spécifiques aux patients afin de mettre en œuvre des soins efficaces et de formuler des lignes directrices et des recommandations pertinentes. Une réglementation de l'utilisation de l'IA est nécessaire, sans perdre de vue la qualité des soins, le secret médical ainsi que la liberté de diagnostic et de traitement du prestataire de soins.

L'amélioration de l'échange de données soigneusement structurées peut également contribuer à réduire la charge administrative des prestataires de soins. L'European Health Data Space intègre ces deux niveaux en améliorant l'accès des individus à leurs données de santé électroniques personnelles et leur contrôle sur celles-ci, tout en permettant la réutilisation de certaines données à des fins d'intérêt public, de soutien aux politiques et de recherche scientifique.

Il va sans dire que l'utilisation plus intensive des données individuelles n'est possible qu'en accordant une attention suffisante à la sécurité adéquate de ces données (sensibles). Les risques liés à la cybersécurité doivent également être surveillés dans les hôpitaux (mais pas seulement), et une stratégie coordonnée doit être développée pour réduire le risque de cyberattaques.

OSS2. Augmentation de l'efficacité

- ***Des améliorations spécifiques en vue de soins efficaces et appropriés doivent être recherchées en permanence.***
- ***Un dialogue doit être engagé sur les grandes différences entre les pratiques médicales, à avec pour objectif final de réduire ces variations.***

La recherche d'une plus grande efficacité des dépenses de santé et plus de value based care est un des objectifs fondamentaux de la politique des soins et – tout comme la meilleure utilisation des données – elle sert de fil conducteur pour tous les OSS. Nous soulignons toutefois explicitement ici l'importance de continuer à développer des initiatives spécifiques de value based care, en visant la meilleure qualité de soins possible, qui permettent de réduire les soins inutiles et/ou inefficaces. Cela permettra de libérer des moyens budgétaires pour les OSS prioritaires et de mieux déployer le personnel et l'équipement limités sans compromettre la qualité.

Dans ce contexte, il convient également de faire remarquer les très grandes disparités dans les pratiques médicales, comme l'indique le site [Vers une Belgique en bonne santé - Op weg naar een gezond België](#). Bien que le nombre de visites sur le site soit en constante augmentation, peu de progrès ont été réalisés jusqu'à présent pour entamer un dialogue avec les associations scientifiques et professionnelles sur ces différences majeures entre les pratiques. Des points d'action concrets doivent être formulés et mis en œuvre pour réduire ces variations.

Dans certains cas, les lignes directrices médicales ne sont pas suivies de façon optimale. C'est ce qu'on constate, notamment, au niveau du comportement prescripteur (dans les soins de première ligne) pour les antibiotiques, les anticholinergiques, les antipsychotiques et les antidépresseurs, entre autres. Compte tenu des effets secondaires indésirables des anticholinergiques et des antipsychotiques chez les personnes âgées, leur utilisation doit être évitée dans cette population de patients, alors qu'elle est élevée dans les centres de soins résidentiels. Il existe également de nombreux exemples d'utilisation inefficace des ressources dans les soins hospitaliers.

Dans un contexte d'augmentation rapide des dépenses pharmaceutiques, l'utilisation limitée des biosimilaires se distingue également, ce qui ne contribue pas à une utilisation efficiente des moyens.

DOMAINES POLITIQUES PRIORITAIRES

OSS3. Meilleure organisation des soins de première ligne et complémentarité des différentes lignes de soins

- ***Il convient de s'efforcer de mettre en place des équipes pluridisciplinaires de première ligne, qui travaillent également en bonne intelligence avec les acteurs de la deuxième ligne.***
- ***Il faut accorder plus d'attention à l'application des principes de population management, qui tiennent également compte des déterminants sociaux, écologiques et des aspects de digitalisation de la santé.***
- ***En particulier pour les patients souffrant de maladies chroniques et de multimorbidité, des plans de soins individuels doivent être élaborés, avec une répartition claire des tâches au sein de l'équipe de soins et en tenant compte des objectifs de vie du patient concerné.***

Plusieurs indicateurs figurant dans les rapports de performance soulignent la nécessité de poursuivre la restructuration des soins de première ligne et de mieux harmoniser les différentes lignes de soins. Il est souhaitable de renforcer la coordination et d'accorder plus d'attention à la continuité des soins ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans de soins cohérents.

La continuité et l'intégration des soins sont des conditions préalables à la mise en place de soins fluides et coordonnés pour les patients, en particulier pour ceux qui souffrent de maladies chroniques. Cette continuité concerne le flux de soins dans le temps, mais aussi entre les différents acteurs/institutions/niveaux de(s) soins. Les soins continus comportent plusieurs aspects. Ces dimensions comprennent la continuité de l'information, la relation avec le patient, le suivi et la coordination des soins. L'absence de continuité se traduit souvent par une série de problèmes, tels que la répétition de certains examens, l'application de traitements contradictoires ou provoquant des effets secondaires indésirables, l'absence de suivi (après une hospitalisation, par exemple), etc. La communication et la coordination entre tous les prestataires de soins impliqués dans le traitement d'un patient, en concertation avec le patient concerné, sont des éléments cruciaux pour assurer la continuité. Ainsi, au sein de la population diabétique qui utilise de l'insuline, on observe déjà une bonne coordination des soins sous la forme de modèles de soins, mais ces modèles ne sont pas encore suffisamment utilisés chez les patients diabétiques utilisant des antidiabétiques oraux ou des solutions injectables autres que l'insuline. De plus, l'évaluation des soins prodigués à ces derniers laisse actuellement à désirer.

La continuité des soins doit également être optimisée après la sortie de l'hôpital (d'un patient âgé). Bien qu'un contact avec un médecin généraliste au cours de la première semaine suivant la sortie de l'hôpital soit souhaitable, le nombre de ces contacts chez les patients âgés de 65 ans ou plus est encore assez faible. En outre, il convient également d'accorder une attention suffisante au parcours de soins du patient avant son hospitalisation.

Dans un souci de continuité et de coordination, le concept de service « pharmacien personnel » a été introduit par l'INAMI le 1er octobre 2017 pour les personnes atteintes d'une maladie chronique qui se rendent dans une officine publique. Ce service consiste en un accompagnement individualisé de ces patients, un suivi et un soutien dans le bon usage des médicaments, l'enregistrement des médicaments fournis dans le dossier pharmaceutique (électronique) partagé, et la mise à disposition d'un schéma de médication pour le patient, auquel d'autres prestataires de soins ont également accès. Ce service a depuis été évalué et des propositions d'amélioration ont été formulées, qui n'ont pas toutes encore été mises en œuvre. À cet égard, il est important de veiller à ce qu'il y ait une coordination suffisante entre la « pharmacie à domicile » et les autres prestataires de soins de santé concernés.

L'offre de soins à domicile devra progressivement s'étoffer dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et du développement des soins ambulatoires. La durée des séjours hospitaliers étant de plus en plus courte, il faudra recourir davantage à une gamme de services de soins (soins ambulatoires et soins à domicile) pour garantir la continuité des soins après l'hôpital.

Cela signifie que les services doivent être suffisamment développés pour répondre à ces besoins accrus à domicile et doivent également être en mesure de répondre rapidement aux besoins de soins imprévus. Un cadre clair doit être établi qui précise l'emplacement souhaité pour chaque type de soins. Cela implique que les services doivent être suffisamment étendus pour répondre à cette augmentation des besoins à domicile et doivent également être en mesure de répondre rapidement aux besoins de soins non planifiés. Un cadre clair doit être établi précisant le lieu souhaité pour chaque type de soins, avec un renforcement de l'hospitalisation de jour et à domicile.

L'approche multidisciplinaire joue également un rôle important dans la réintégration des malades de longue durée, où la coordination entre le médecin traitant, les médecins du travail et les médecins-conseils des caisses d'assurance maladie doit être élargie, par exemple aux psychologues, aux physiothérapeutes et aux ergothérapeutes afin d'obtenir un résultat optimal.

Si nous voulons atteindre ces objectifs concrets, nous devons nous concentrer sur le développement d'équipes de soins de première ligne multidisciplinaires, composées au minimum de médecins généralistes, d'infirmiers, de psychologues, de kinésithérapeutes, etc., qui fournissent une gamme de soins intégrés à la même population de manière structurée et qui assument une responsabilité conjointe dans ce cadre par le biais de consultations et de la planification des soins. Ces équipes de soins de première ligne peuvent fonctionner sous un même toit, mais peuvent également prendre la forme de réseaux de soins primaires. La subsidiarité

doit être développée en déléguant des tâches des médecins généralistes à d'autres prestataires de soins, les soins aux malades chroniques, tels que les patients atteints de diabète ou de BPCO. D'autres professions de soins peuvent jouer un rôle important dans les soins de longue durée, notamment en prenant en charge la supervision des patients, qui prend beaucoup de temps. Cela permet aux médecins généralistes de se concentrer sur les cas complexes, ce qui non seulement améliore la qualité des soins, mais augmente également la satisfaction des patients. Ces équipes pluridisciplinaires de soins primaires doivent travailler en étroite collaboration avec les professionnels des soins de seconde ligne. Elles doivent également être aussi étroitement liées que possible aux acteurs du secteur social, par exemple les services d'aide à la famille.

Le développement d'équipes multidisciplinaires devrait encourager l'utilisation de protocoles fondés sur des preuves et permettre une répartition plus rationnelle des tâches et une utilisation plus rationnelle des diagnostics et des médicaments. Ce faisant, il convient également de s'efforcer d'appliquer les principes de population management. Dans le cadre de l'extension des soins, il convient également d'accorder une attention suffisante à la communauté au sens large qui constitue le contexte de vie des patients concernés. Le population management doit également tenir compte des déterminants sociaux, écologiques et numériques de la santé. Dans le cadre de la OSS1, nous avons déjà mentionné l'importance de la collecte et de l'analyse structurées des données individuelles numérisées des patients, qui est également un aspect crucial pour assurer une coopération harmonieuse dans le contexte des équipes multidisciplinaires. La mise en œuvre accélérée du BIHR peut être d'une grande importance à cet égard. Le développement d'équipes multidisciplinaires nécessite également une réflexion sur de nouvelles formes de financement.

Les plans de soins individuels jouent un rôle important dans la réalisation de la continuité et de la coordination des soins, ainsi que dans l'optimisation de l'organisation des soins. En particulier dans le cas de maladies chroniques ou de situations de multimorbidité, la complexité peut augmenter considérablement en raison de l'implication d'un large éventail de prestataires de soins et de spécialisations. Un plan de soins individuel et partagé peut être une réponse à cette complexité et à cette fragmentation en rassemblant toutes les informations pertinentes et en coordonnant toutes les composantes des soins y compris le patient.

Par définition, il est établi en concertation avec le patient. Il comprend les coordonnées de tous les membres de l'équipe soignante, les objectifs de soins de l'équipe soignante, les objectifs de vie du patient et tous les accords au sein de l'équipe. Par définition, il est élaboré en concertation avec le patient. Il comprend les coordonnées de tous les membres de l'équipe de soins, les objectifs de soins de l'équipe de soins, les objectifs de vie du patient et tous les accords au sein de l'équipe qui permettent de clarifier qui suit quoi (répartition des tâches/délais). Idéalement, les plans de soins devraient non seulement inclure les perspectives du patient, mais aussi celles de l'équipe soignante. De cette façon, les objectifs cliniques et ceux du patient peuvent être alignés de manière optimale. Il va sans dire que là aussi, il faut tenir suffisamment compte des inégalités socio-

économiques dans l'utilisation des soins et dans les capacités de traitement de l'information.

De tels plans de soins figurent déjà dans les trajets de soins formellement développés, qui ont été élaborés en partie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (RIZIV) afin d'optimiser l'approche des maladies chroniques. Par exemple, des trajets de soins ont déjà été développés pour la gestion du diabète de type 2, de l'insuffisance rénale chronique et de l'obésité/des troubles alimentaires chez les enfants et les jeunes. L'introduction de nouveaux programmes de soins, qui se concentrent sur une seule affection, doit se faire avec prudence en raison de l'augmentation de la multimorbidité et de la prise de conscience croissante que les soins doivent tenir compte des objectifs de vie plus larges des patients.

Dans le cadre des soins de première ligne, il faut bien sûr également accorder une place suffisante aux soins dentaires et bucco-dentaires ainsi qu'aux soins de santé mentale. Ces secteurs méritent une attention particulière en raison de leurs problèmes multidimensionnels et seront donc regroupés dans le cadre d'un OSS8 distinct.

OSS4. Des soins centrés sur la personne et une implication accrue des patients en fonction de leurs objectifs de vie

- ***Il faut s'engager à utiliser régulièrement des outils d'évaluation standardisés (CIF, BeIRAI, PREMS, PROMS, PRIMS). Il faut rechercher la combinaison de ces différents outils qui peut être mise en œuvre au mieux, en tenant également compte de la charge administrative pesant sur les prestataires de soins.***
- ***Les patients devraient pouvoir consigner leurs objectifs de vie dans leur dossier personnel.***
- ***Il convient d'intensifier les efforts visant à améliorer la littératie en santé de la population.***

Dans le cadre de l'OSS3, l'importance de la participation du patient à l'établissement du plan de soins individuel était déjà clairement soulignée. Cependant, la recherche de soins centrés sur la personne est suffisamment importante pour être incluse dans un OSS distinct. Les soins centrés sur la personne visent à permettre aux individus de prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leurs soins, afin qu'ils puissent gérer avec succès leur propre bien-être. Les soins centrés sur la personne créent un partenariat entre le prestataire de soins et le patient (et éventuellement aussi la famille proche). Ces soins nécessitent une communication efficace et une réflexion commune sur les avantages et les coûts des différentes méthodes de traitement. Les patients doivent être impliqués en leur donnant l'autonomie nécessaire pour gérer leur traitement et prendre des décisions en connaissance de cause. Cela tient évidemment compte de leurs propres objectifs de vie, qui sont inclus dans leur dossier personnel (de préférence le BIHR). Il est également surveillé que tous les groupes de la population puissent compter sur des soins de haute qualité (tels qu'ils les ont personnellement expérimentés).

L'utilisation de soins centrés sur la personne joue également un rôle important dans la réinsertion des malades de longue durée dans la société. En adaptant les soins au patient, on crée une ouverture pour impliquer les médecins du travail et les médecins-conseils des mutuelles dans le plan de soins du patient.

La plupart des indicateurs du rapport de performance suggèrent que les patients sont globalement satisfaits des soins de première ligne. Toutefois, un problème subsiste en ce qui concerne l'information et l'implication du patient dans la définition des objectifs du traitement. Face au vieillissement de la population, à l'augmentation de la multimorbidité et au nombre croissant de patients souffrant de maladies chroniques, la communication avec les patients sur leurs objectifs de vie revêt néanmoins une importance croissante.

Pour identifier et promouvoir l'implication des patients au sein de notre système de soins, l'utilisation d'outils d'évaluation généraux peut jouer un rôle important. On peut penser ici, notamment, à BelRAI et à l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) développée par l'OMS. Ces outils apparentés offrent une vision plus large de la santé, qui accorde une place centrale, non seulement à la maladie, mais aussi sur les limitations et les capacités fonctionnelles du patient. Cela contribue à la vision du patient en tant qu'« acteur central » du processus de soins de santé, ou du « patient aux commandes ». En impliquant activement le patient dans la discussion sur l'amélioration de son fonctionnement, les prestataires de soins peuvent créer un plan de soins qui tient compte non seulement du diagnostic médical, mais aussi du fonctionnement quotidien et des objectifs personnels du patient. Cela renforce l'autonomie du patient dans le processus de soins et favorise la coopération entre le prestataire de soins et le patient. Il serait judicieux de travailler à l'utilisation d'un outil d'évaluation unique qui exploite la complémentarité entre les systèmes déjà existants.

Associé aux mesures des résultats rapportés par les patients (PROM), aux mesures de l'expérience rapportée par les patients (PREM) et aux mesures des incidents rapportés par les patients (PRIM), en particulier dans un contexte hospitalier, l'utilisation d'instruments d'évaluation standardisés renforce la participation des patients. Alors que les PROM évaluent les résultats perçus du traitement, y compris les symptômes ressentis, la qualité de vie, le fonctionnement physique et le bien-être psychologique, une évaluation plus large peut fournir un cadre permettant de replacer ces résultats dans le contexte du fonctionnement, des activités et de la participation. Cela permet de comprendre plus en détail comment les soins affectent la santé et le bien-être en général. Les PREM mesurent la manière dont les utilisateurs de soins perçoivent les soins de santé et font référence aux aspects pratiques des soins. Cela inclut des aspects tels que l'accessibilité perçue, la coordination et la continuité des soins. Les PRIM mesurent les incidents de sécurité signalés par les patients. Les conséquences d'une mise en œuvre généralisée de ces mesures doivent faire l'objet d'une étude plus approfondie, dans le cadre de laquelle, bien entendu, la charge administrative pesant sur les prestataires doit également être surveillée.

Dans ce contexte, il convient également de souligner le problème de méconnaissances en matière de santé au sein de la population belge. La littérature

en santé est définie comme « les connaissances, la motivation et les compétences des personnes pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer les informations sur la santé afin de porter des jugements et de prendre des décisions dans la vie quotidienne concernant les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie tout au long de la vie (Sorensen et al., 2015) ». Le manque de connaissances en santé démontre, une fois de plus, l'importance d'une prise en charge et d'une communication adaptées au patient. Des connaissances insuffisantes en matière de santé sont associées à une mauvaise santé, à des comportements inadéquats en matière de santé, à une mauvaise observance thérapeutique et à une mauvaise gestion des soins personnels et, en fin de compte, à des taux de mortalité plus élevés. Un faible niveau de littératie en santé est lié à une plus grande utilisation des services de santé, en particulier des soins spécialisés. Il peut également expliquer, en partie, la sous-utilisation des biens ou services de santé gratuits, tels que le dépistage du cancer du sein organisé. D'un point de vue stratégique, il est important d'identifier les personnes ayant un faible niveau de compétences en matière de santé et d'adapter la communication à leur intention. Les informations dispensées par l'autorité et les mutuelles doivent être facilement accessibles et claires. L'accent est mis sur l'élimination des obstacles administratifs qui rendent l'accès aux soins difficile. À cet égard, il convient également de prêter attention aux différences socio-économiques en matière de connaissances en santé à l'utilisation des nouveaux canaux de communication numériques (ce que l'on appelle la « fracture numérique »). Il va, bien sûr, de soi qu'une information adéquate de la population dépasse le cadre de la santé publique et nécessite des efforts dans d'autres domaines (selon le principe health-in-all-policies).

OSS5. Meilleure accessibilité des soins

- ***Pour améliorer l'accessibilité financière, une attention particulière doit être portée aux suppléments. Pour ce faire, il est essentiel d'augmenter le taux de conventionnement en réformant le système de conventionnement.***
- ***La disponibilité géographique d'un personnel qualifié suffisant représente un défi croissant, pour l'accessibilité, et surtout pour la répartition géographique inégale du taux de conventionnement des prestataires de soins. Cette préoccupation doit être reprise dans la réorganisation des soins (voir OSS6).***
- ***La disponibilité des médicaments essentiels doit faire l'objet d'une attention constante.***
- ***Les différences de qualité et d'adéquation des soins entre les groupes socio-économiques doivent être éliminées.***

L'accessibilité des soins revêt plusieurs dimensions. Tout d'abord, il existe des inégalités dans l'identification des besoins des différents groupes sociaux et dans la prévention des problèmes de santé. Cela concerne non seulement, mais aussi, les efforts de prévention et de dépistage, dont nous parlerons plus en détail au point OSS7. Trois autres dimensions (l'accessibilité financière, le degré

d'accessibilité géographique et de disponibilité en temps opportun des services de santé, et la justice horizontale (traitement égal pour des symptômes de maladie égaux) seront abordées dans cette section. La nécessité d'améliorer l'accessibilité administrative en offrant des informations claires et en éliminant les obstacles administratifs a déjà été formulée dans le cadre de la dimension OSS 4 et va de pair avec une amélioration nécessaire de la connaissance en santé de la population. La dimension de la familiarité avec l'information mérite ici une attention particulière pour s'assurer que l'information claire qui est offerte parvient effectivement à la population. D'autres dimensions (telles que l'inégalité d'accès à l'information) ont déjà été abordées par d'autres OSS. Dans cette section, nous nous concentrerons principalement sur les inégalités socio-économiques, mais il va sans dire que d'autres facteurs, tels que les inégalités entre les sexes, ne doivent pas être négligés.

1. L'accessibilité financière du système de santé pour la population est l'une des conditions du bon fonctionnement du système de santé. Lorsque les personnes sont confrontées à des coûts financiers élevés pour les soins de santé, cela peut avoir deux effets. Premièrement, il est possible que ces coûts représentent une part « catastrophique » de leurs dépenses totales (souvent définie comme supérieure à 40 % de la capacité de paiement d'un ménage), déplaçant ainsi d'autres dépenses importantes pour leur bien-être. Deuxièmement, l'incapacité de payer les soins peut entraîner la réduction ou le report des soins nécessaires. Cela peut à son tour entraîner une nouvelle détérioration de la santé de l'individu et, par conséquent, une nouvelle augmentation des coûts pour le patient et le système de santé. Bien que l'accessibilité financière soit d'une grande importance pour l'ensemble de la population, son absence affecte évidemment davantage les familles à faibles revenus. D'un point de vue international, les tickets modérateurs (en pourcentage du budget des ménages) restent très élevés en Belgique.

Les problèmes d'accessibilité financière dans le contexte belge sont principalement liés (a) au non-remboursement des services de santé qui ne sont pas ou seulement partiellement inclus dans le forfait assuré (comme les lunettes, les appareils auditifs, les prothèses dentaires coûteuses et certains médicaments) et (b) au recours aux suppléments. En effet, l'assurance maladie publique n'offre aucune protection à cet égard. L'interdiction récente (depuis janvier 2025) de facturer des suppléments aux patients socialement et financièrement vulnérables dans le cadre des soins ambulatoires constitue déjà un pas important dans la bonne direction pour protéger les plus vulnérables de notre société.

La situation problématique en matière de suppléments s'explique en partie par la diminution du nombre de médecins, dentistes et paramédicaux conventionnés, et par l'impact financier de l'utilisation des suppléments sur les prestations remboursables. La baisse du nombre de médecins conventionnés est particulièrement marquée chez les dentistes, les kinésithérapeutes et les spécialistes dans des domaines tels que la médecine physique, la dermatologie, l'orthopédie, l'urologie, la chirurgie plastique, l'ophtalmologie, l'ORL, la stomatologie et la gynécologie. La situation est encore compliquée par les grandes différences géographiques dans le niveau de conventionnement.

D'autres mesures potentiellement importantes sont l'extension du régime obligatoire de tiers payant, l'amélioration de l'accessibilité financière aux médicaments prescrits non remboursés (catégorie D) et aux autres soins et dispositifs médicaux non remboursables mais nécessaires, et l'élargissement du champ d'application de la MAF (maximum à facturer).

La protection sociale repose actuellement en grande partie sur le statut de bénéficiaire de l'assurance maladie (BIM). Cependant, ce concept présente des limites évidentes . Compte tenu de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, il convient de développer une meilleure protection sociale pour les personnes qui, en raison de la chronicité de leur état, éprouvent des difficultés à accéder aux soins, que ce soit financièrement ou autrement. Dans ce contexte, la création d'un nouveau statut de « patient protégé » pourrait être analysée, sur la base du statut de « maladie chronique » (voir la suggestion dans Maertens de Noordhout et al., 2022).

2. Un deuxième aspect de l'accessibilité est la disponibilité d'un personnel de santé qualifié en nombre suffisant et, plus généralement, de **services de santé appropriés**. Plus précisément, cela concerne des questions telles que le nombre de prestataires de soins de santé qualifiés en activité et le nombre de lits ou de places disponibles dans les différents secteurs. En partie en raison de la disponibilité limitée des prestataires de soins, les temps d'attente augmentent, ce qui menace dans certains cas l'accessibilité. En partie en raison des différences de degré de conventionnement, la mauvaise répartition géographique des médecins et autres prestataires de soins constitue un défi croissant pour l'accessibilité. Cela ne signifie pas, bien sûr, que l'offre d'établissements peut être étendue indéfiniment en période de pénurie de main-d'œuvre (voir OSS6).

En ce qui concerne la disponibilité des services de santé, la **disponibilité des médicaments essentiels** suscite également une inquiétude croissante. Le nombre de signalements de ruptures temporaires d'approvisionnement en médicaments à usage humain ayant un impact critique a connu une tendance à la hausse indésirable ces dernières années. **Cette tendance reste préoccupante, même lorsque le surcoût pour les patients de l'importation ou du remplacement des médicaments essentiels non disponibles dans les approvisionnements belges est remboursé.**

3. Il existe également des différences frappantes dans le traitement des différents groupes socio-économiques. Selon le principe de justice horizontale, les personnes ayant des besoins identiques en matière de soins de santé devraient également recevoir le même traitement (et y avoir accès), indépendamment de leurs autres caractéristiques. Cependant, lorsque l'utilisation effective des soins de santé est ajustée en fonction des besoins en matière de soins de santé, les personnes en situation financière précaire (telles que les chômeurs ou les personnes menacées de pauvreté) semblent toujours utiliser moins que la moyenne certains types de soins, tels que les soins spécialisés et les soins dentaires (Bouckaert et al., 2020). En revanche, ces groupes utilisent davantage

les services d'urgence. D'une manière générale, il faut veiller à la disponibilité de soins de qualité pour toutes les catégories de la population.

OSS6. Réforme des professions de la santé et bien-être des professionnels

- ***Le potentiel qu'offrent les nouvelles possibilités techniques (par exemple, la télésurveillance) doit être exploré activement.***
- ***La simplification administrative reste nécessaire pour réduire la charge de travail des professionnels et créer un espace de contact direct avec les patients.***
- ***Des efforts doivent être consentis pour déployer le personnel de manière flexible dans des équipes de soins structurées, en brisant les cloisonnements existants entre les qualifications formelles, et cela, pour permettre une bonne collaboration qui soit aussi fluide tout en maintenant la qualité des soins.***

Les problèmes de dotation en personnel décrits ci-dessus ont non seulement un impact sur l'accessibilité ou la qualité des soins, mais aussi sur le bien-être des professionnels. Les problèmes de dotation en personnel sont bien connus et sont clairement confirmés par les indicateurs disponibles. Le nombre de patients/résidents par infirmier dans les hôpitaux et les centres de soins est trop élevé par rapport aux normes de qualité. Par exemple, près de la moitié du personnel de santé dans les hôpitaux estime que les effectifs sont insuffisants pour faire face à la charge de travail et aux horaires nécessaires pour fournir les meilleurs soins aux patients. Un nombre croissant de cabinets de médecine générale n'acceptent plus de nouveaux patients. Ces difficultés ne peuvent être résolues par une simple augmentation de l'offre de services, même si l'on suppose, ce qui est irréaliste, que cette augmentation pourrait être facilement réalisée. La réorganisation des soins de première ligne avec des cabinets multidisciplinaires plus importants (voir OSS3) serait un pas important dans la bonne direction. Nous devons également réfléchir de manière créative et ouverte à l'optimisation de l'offre de services hospitaliers, en tenant compte de la qualité du service.

Les nouvelles possibilités techniques (comme la télésurveillance) peuvent contribuer à compenser en partie la pénurie de personnel et leur potentiel doit donc également être activement exploré.

Le bien-être des professionnels doit être une préoccupation majeure de la politique de santé dans les années à venir. Des incitations financières sont nécessaires pour accroître l'attractivité des professions de santé. Toutefois, les incitants financiers ne suffisent pas. L'attractivité des professions de santé peut également être renforcée en modifiant l'organisation du système. Il est nécessaire de mettre l'accent sur la simplification administrative afin de réduire la charge de travail et de créer plus d'espace pour le contact direct avec les patients.

Plus fondamentalement, l'évolution vers des soins plus intégrés nécessite également une réforme des professions de santé. Dans les cabinets pluridisciplinaires évoqués dans le OSS3, il y a de la place pour les infirmiers et les assistants de cabinet. L'objectif devrait être de déployer le personnel de

manière flexible dans des équipes de soins structurées, en éliminant les barrières existantes entre les qualifications formelles afin de permettre une collaboration fluide et efficace. La Belgique dispose d'un niveau d'éducation élevé dans diverses professions de santé, et il existe souvent un écart important entre les compétences pour lesquelles les professionnels sont formés et les responsabilités qu'ils sont effectivement invités à assumer dans le domaine des soins de santé. Cet écart doit être comblé. Idéalement, la reconnaissance des compétences actuelles des professions de la santé serait incluse dans une révision de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé. Cela contribuerait non seulement à un meilleur positionnement et à une meilleure appréciation de ces professions, mais pourrait également aider à contrer l'exode de la profession.

OSS7. Miser plus sur la sensibilisation, prévention et le dépistage

- ***La politique de santé doit se concentrer sur le dépistage précoce et la vaccination axée sur des populations cibles.***
- ***Il faut réduire la prévalence des infections associées aux soins chez les patients hospitalisés.***
- ***Les facteurs liés au mode de vie (tabagisme, alimentation, activité physique) sont parmi les principaux facteurs de risque prioritaires pour la santé. Divers instruments politiques doivent être utilisés pour promouvoir des modes de vie plus sains.***
- ***Au lieu de chercher à individualiser et à répartir les responsabilités, le gouvernement devrait s'attacher à créer un environnement favorable à la santé.***
- ***Il faut tenir compte des différences socio-économiques dans l'efficacité de la prévention et du dépistage.***
- ***En particulier au niveau de la prévention et du dépistage, la coopération et le partage des données entre les entités fédérale et fédérées doivent être ancrés dans des accords clairs.***

L'échec relatif des soins préventifs en Belgique se traduit par un taux de mortalité évitable relativement élevé, supérieur à la moyenne de l'UE. Un décès est, en effet, considéré comme évitable s'il avait pu être évité par des interventions efficaces de santé publique et de prévention. La politique doit donc accorder une place centrale à la prévention et au dépistage. La prévention primaire, secondaire et tertiaire doit donc occuper une place centrale dans la politique de santé.

L'amélioration des soins préventifs est une compétence partagée entre les entités fédérale et fédérées. Une approche coordonnée est donc une nécessité absolue. Il faut développer un modèle de gouvernance réalisable qui ancre la coopération et le partage des données dans des accords clairs.

De nombreux indicateurs mettent en évidence les performances sous-optimales de la Belgique en matière de prévention primaire et secondaire dans le cadre de **programmes publics**, notamment en ce qui concerne la vaccination et le dépistage. Par exemple, les taux de vaccination pour la deuxième dose du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole et pour la vaccination complète contre le VPH chez les filles sont inférieurs à l'objectif de l'OMS (Grammens et al., 2021).

Le taux de vaccination contre le rotavirus à Bruxelles et en Wallonie mérite également une attention particulière. En outre, la participation aux programmes de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus ou du cancer colorectal est trop faible et les différences socio-économiques jouent un rôle important dans la répartition inégale de la participation au dépistage. Ces différences socio-économiques dans les taux de participation suggèrent que des obstacles autres que financiers doivent être pris en compte, car même les biens ou services de santé gratuits, tels que le dépistage organisé du cancer du sein, sont caractérisés par une sous-consommation avec un gradient social important. Les contacts réguliers avec le dentiste sont également un élément important des soins de santé préventifs qui doit être amélioré de manière significative. Nos soins de santé doivent jouer sur l'évolution des possibilités de détection des maladies à un stade précoce qui permettent de freiner l'évolution d'une maladie ou d'en éviter les complications (par exemple, le diabète de type 2, le diabète de type 1, l'obésité, les premiers stades de la BPCO...). Il convient notamment d'accorder une attention suffisante à la santé sexuelle, en mettant l'accent sur la prévention des IST et des grossesses non désirées (par une utilisation accrue de la contraception). La détection précoce est également particulièrement importante dans le domaine de la santé mentale.

La prévention tertiaire joue également un rôle important pour garantir la sécurité des soins en empêchant le système de santé de nuire aux patients. La prévalence des infections nosocomiales chez les patients hospitalisés peut être interprétée comme une mesure de l'efficacité des mesures de prévention des infections. En Belgique, cette prévalence reste assez élevée par rapport aux normes européennes et n'évolue pas positivement dans le temps.

Bien que de nombreuses initiatives puissent être prises au niveau de l'autorité pour éviter ou détecter les maladies à un stade précoce, le mode de vie de l'**individu** joue un rôle déterminant dans sa santé. Le niveau de littératie en santé (voir OSS4) est évidemment un facteur important, mais les choix individuels sont évidemment fortement influencés par l'**environnement**, souvent piloté par l'industrie. Au lieu d'individualiser et de culpabiliser, le gouvernement devrait donc se concentrer sur la surveillance d'un environnement favorable à la santé, notamment en réglementant la formulation des produits, la publicité, les prix, les restrictions sur les lieux de vente et les limites d'âge. Une attention particulière doit être portée aux inégalités socio-économiques. Cette politique dépasse manifestement le domaine des soins de santé au sens strict et réaffirme l'importance de la santé dans toutes les politiques (health in all policies).

La consommation de tabac et d'alcool, le poids, le niveau d'activité physique et les habitudes alimentaires sont des déterminants importants de la santé. Tous ces facteurs liés au mode de vie figurent également parmi les facteurs de risque prioritaires de l'Accord interministériel sur les objectifs en matière de santé. Bien que la prévalence du tabagisme diminue et soit inférieure à la prévalence moyenne dans l'UE-15, la prévention doit se poursuivre et se concentrer davantage sur les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés. L'interdiction sélective de la vente de vapes est un pas important dans la bonne direction, mais pourrait être étendue.. La consommation d'alcool est en baisse, mais reste élevé

en Belgique et les jeunes constituent certainement un groupe cible important pour lequel des stratégies de prévention de l'alcoolisme doivent être développées. Comme dans la plupart des pays industrialisés, l'obésité est également un problème important, avec une prévalence beaucoup plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation. Le régime alimentaire belge ne répond pas aux directives alimentaires de l'OMS. Au niveau de l'activité physique, la Belgique réalise également de mauvais scores. Moins de 30 % de la population adulte respecte les recommandations de l'OMS d'effectuer au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée par semaine. Même chez les enfants, la majorité d'entre eux ne respecte pas les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique.

Un dernier déterminant important de la santé est celui de la qualité de l'air. Bien que l'exposition au dioxyde d'azote diminue en Belgique, plus de 80 % de la population reste exposée à des valeurs supérieures aux recommandations de l'OMS, principalement dans les zones urbaines.

OSS8. Secteurs méritant une attention particulière

Un certain nombre de secteurs spécifiques sont confrontés à la combinaison simultanée de différents problèmes (par exemple, l'accessibilité, la prévention, la nécessité d'une approche plus coordonnée) déjà évoqués ci-dessus, et méritent donc une attention particulière. Cela peut se traduire par la constitution de réserves dans le budget total. Bien entendu, il reste important de souligner, ici, qu'une attention « spécifique » ne signifie pas que ces secteurs doivent être considérés indépendamment des autres domaines politiques. Au contraire, les réformes dans ces secteurs doivent s'inscrire dans la réforme plus générale des soins de première ligne décrite dans le cadre de l'initiative OSS3.

Soins bucco-dentaires

- ***Les visites régulières et préventives chez le dentiste doivent être encouragées, notamment en améliorant leur accessibilité financière.***
- ***Il faut aussi créer, dans l'ensemble des prestations assurées, plus d'espace pour des pour l'orthodontie et la parodontie.***
- ***Les soins dentaires et bucco-dentaires doivent être intégrés dans la réorganisation globale des soins de première ligne, comme décrit au point GZD3.***

Le secteur des soins dentaires et bucco-dentaires mérite une attention particulière car il affiche de mauvais résultats dans plusieurs domaines. Les visites dentaires régulières et préventives sont relativement peu fréquentes et il existe également une grande disparité socio-économique. Les soins dentaires et bucco-dentaires actuels sont particulièrement insuffisants pour les personnes âgées. En outre, il existe également des lacunes permanentes dans la couverture d'assurance pour les soins dentaires spécialisés, par exemple pour la parodontologie et l'orthodontie. Le malaise est encore illustré par un très faible taux de conventionnement pour les dentistes, une utilisation fréquente de suppléments, et

(par conséquent) des contributions personnelles élevées pour le patient. Une approche approfondie de ces défis nécessite une réorganisation globale des soins dentaires, conformément aux principes généraux décrits dans le cadre de l'OSS 3, c'est-à-dire l'intégration dans un système de soins de première ligne multidisciplinaire.

Le Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire annoncé par l'OMS (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>) montre que les soins dentaires ne sont pas un défi uniquement en Belgique. Les quatre piliers du plan d'action belge, conformes au plan d'action de l'OMS, correspondent aux indicateurs jugés problématiques sur la base du rapport du KCE. Le plan se concentre en particulier sur :

- 1) Améliorer la santé bucco-dentaire par des initiatives qui augmentent l'accès aux soins préventifs (principalement sous la responsabilité de l'INAMI) ;
- 2) Une amélioration des politiques collectives de promotion et de prévention de la santé bucco-dentaire au niveau des entités fédérées
- 3) Une amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants, des jeunes adultes et des personnes vulnérables (mise en place de programmes conjoints entre les communautés/régions et l'autorité fédérale) ;
- 4) L'établissement d'un lien entre les autres politiques de promotion de la santé et la santé bucco-dentaire. La lutte contre la pauvreté est particulièrement importante à cet égard.

Parallèlement aux OSS formulés dans cette note, le Plan d'action pour une prévention à 100 % de la santé bucco-dentaire souligne aussi l'importance d'une meilleure utilisation des données. La création d'un dossier dentaire informatisé, mieux relié au BIHR, et un suivi adéquat des patients sont une condition importante pour que les effets positifs du plan d'action ne se limitent pas à la prévention, mais se traduisent également par des soins curatifs par la suite.

Soins de santé mentale

- ***Les investissements dans les soins de santé mentale doivent se poursuivre, l'objectif ultime étant de mettre en place une offre intégrée de soins ambulatoires et résidentiels.***
- ***Les réseaux SSM jouent un rôle important dans le développement des soins intégrés. Dans les soins de première ligne, les SSM doivent devenir un élément important dans la mise en place des équipes multidisciplinaires visées sous l'OSS3.***
- ***L'extension des SSM doit se faire en étroite coopération avec les entités fédérale et fédérées.***

Les indicateurs relatifs aux soins de santé mentale (SSM) figurant dans le rapport de performance ne sont généralement pas positifs. Au cours des dernières années, des efforts importants ont été réalisés dans ce domaine et il est important que ces réformes soient consolidées. Les soins de santé mentale sont typiquement un domaine dans lequel le besoin de soins intégrés (voir OSS3) est particulièrement présent. Par exemple, les soins médico-légaux et les soins aux toxicomanes doivent être mieux intégrés dans les soins généraux. L'adéquation

des comportements prescripteurs face à la population SSM doit progresser. De toute évidence, les SSM sont également un domaine dans lequel une coopération intensive avec les communautés s'avère indispensable. Le manque de données (structurées) s'avère particulièrement problématique dans le secteur des SSM, et le besoin de telles données se fait particulièrement ressentir au niveau de la mise en place de collaborations inter- et transdisciplinaires.

Le développement des soins intégrés présuppose la recherche d'une complémentarité entre l'offre de soins de première ligne (y compris par le biais de la convention SPPL) et l'offre de soins pour les problèmes plus complexes. Ces derniers doivent être traités de manière coordonnée, en visant l'équilibre entre les soins ambulatoires et les soins résidentiels.

Les réseaux SSM doivent jouer un rôle important dans le développement des soins intégrés et s'engager fermement à communiquer clairement sur l'offre de soins disponible. Des efforts supplémentaires doivent être faits dans les hôpitaux généraux pour améliorer le dépistage des troubles psychiatriques grâce à la coopération avec les hôpitaux psychiatriques et les équipes mobiles.

Une attention particulière doit être accordée aux groupes de patients très vulnérables souffrant de troubles psychiatriques graves. En outre, d'importantes inégalités socio-économiques persistent dans le domaine de la santé mentale. La nécessité de détecter les problèmes à un stade précoce est peut-être encore plus urgente dans ce domaine que dans d'autres secteurs de la santé. En outre, la prévention doit être envisagée sous l'angle de la santé publique, en tenant compte des facteurs liés à l'environnement social et écologique et à d'autres institutions sociales (telles que l'éducation et le travail).

Lacunes importantes

Durabilité écologique du système des soins de santé

- ***Des indicateurs doivent être développés pour évaluer la performance du système de santé belge en matière de soutenabilité environnementale.***
- ***Des efforts spécifiques doivent être faits pour réduire l'empreinte écologique des activités hospitalières.***

À ce jour, la soutenabilité environnementale du système des soins de santé n'a pas été (suffisamment) étudiée. L'impact du système des soins sur notre environnement et l'impact des changements écologiques sur notre système des soins sont tous les deux importants. Par exemple, la Belgique s'est engagée à développer des systèmes de santé durables dans le but d'atteindre la neutralité climatique d'ici 2050. Les indicateurs qui résulteront de l'étude KCE (« Étude 2024-13 (HSR) ») peuvent potentiellement être utilisés comme indicateurs pour évaluer la performance du système de santé belge en termes de durabilité environnementale.

De nombreux hôpitaux sont déjà engagés dans une réflexion approfondie sur l'impact environnemental de l'activité hospitalière, avec une attention portée (entre

autres) aux émissions de CO₂, aux déchets produits (conventionnels et médicaux), aux activités de transport et au traitement des eaux usées (particulièrement contaminées par les antibiotiques et les anti-inflammatoires). Cet effort collectif doit être soutenu et renforcé pour réduire l'empreinte écologique des activités hospitalières.

L'impact du changement climatique et de la pollution de l'environnement sur notre santé, et plus particulièrement sur le développement de maladies chroniques, doit également être mieux cerné afin de pouvoir prendre des mesures ciblées.

Maladies rares

- ***Il convient de rester attentif aux questions spécifiques qui se posent dans le cadre du traitement des maladies rares.***

Les personnes atteintes d'une maladie rare sont structurellement confrontées à un défi plus important pour atteindre un résultat optimal en matière de santé et de qualité de vie. Plusieurs des objectifs généraux déjà formulés en matière de qualité des soins (par exemple, la collecte et l'échange d'informations, les soins centrés sur la personne avec une attention portée aux objectifs de vie du patient, le développement d'équipes multidisciplinaires, l'accessibilité des soins et des médicaments) font l'objet d'une interprétation spécifique dans le contexte des maladies rares. La coopération et la concentration des compétences, y compris au niveau européen, sont essentielles à cet égard.

Élaboration plus approfondie et suivi

Cet avis présente les grands objectifs en matière de soins de santé qui peuvent être formulés pour cette période législative. Il va sans dire que ces grandes lignes sont encore trop vagues et générales pour servir de guide à une politique concrète. Des objectifs plus spécifiques doivent être établis le plus rapidement possible pour les OSS prioritaires, traduits en indicateurs qui pourront ensuite être suivis. Des exemples d'indicateurs tirés du rapport de performance ont été inclus en annexe 2 du présent rapport, mais ils ne sont inclus qu'à titre indicatif.

La formulation des indicateurs est en effet un exercice délicat. Des indicateurs quantitatifs concrets attireront beaucoup d'attention et cela comporte des risques. Premièrement, comme souligné ci-dessus, nous devons éviter une situation où les indicateurs commencent à fonctionner comme des objectifs en soi, où la recherche de meilleures valeurs pour les indicateurs remplace partiellement la recherche de meilleurs résultats fondamentaux. Deuxièmement, la liste des indicateurs doit également être composée de manière équilibrée. Il est inutile de formuler une liste d'indicateurs trop longue : plus il y a de possibilités initiales, plus le choix entre elles devient important. De plus, les indicateurs ne doivent pas être répartis de manière inégale entre les différents OSS. Tous les OSS considérés comme importants doivent être représentés. Troisièmement, la préférence pour des indicateurs quantitatifs formulés de manière précise ne doit pas conduire à accorder moins d'importance à des informations de qualité, plus qualitatives. Parfois, seuls des indicateurs qualitatifs seront possibles. Certaines composantes importantes des résultats sont difficiles à mesurer (par exemple, la réduction des affections non diagnostiquées). Enfin, les indicateurs devraient idéalement être formulés sur la base d'une méthode explicitement détaillée, plutôt que sur la base d'une sélection plus ou moins arbitraire parmi les indicateurs déjà disponibles.

Il serait donc prématuré de formuler dès maintenant une liste d'indicateurs spécifiques. Nous proposons donc de constituer des groupes d'experts autour des OSS prioritaires et de développer progressivement une méthode de travail cohérente. En outre, il faut réfléchir dès maintenant à la meilleure façon de procéder à l'évaluation ex post des mesures. Il s'agit également d'une tâche complexe qui nécessite un apport scientifique supplémentaire. Le COSS demande que des recherches supplémentaires soient menées sur les ressources qui seront disponibles à cet effet et dans quelle mesure la coopération d'autres institutions peut être sollicitée (par exemple, les universités, le KCE et Sciensano).

Nous allons d'abord esquisser le calendrier, puis discuter des tâches et de la composition des groupes d'experts et enfin du suivi à court et à long terme.

(a) Calendrier

Il est utile de rappeler le calendrier officiel des activités du COSS. Compte tenu de ce calendrier, il est évident que la priorité a été donnée dans un premier temps à la formulation de cette première recommandation. La question est

maintenant de savoir comment l'élaboration ultérieure de cette recommandation peut s'inscrire dans ce calendrier (établi légalement).

Cadre temporel	Action requise
Dans les 90 jours suivant la première Déclaration gouvernementale d'un nouveau gouvernement fédéral (04/05/2025)	Remettre au Conseil général la première version de la note d'avis de la Commission pour les objectifs en matière de soins de santé
Dans les 30 jours suivant la demande du Conseil général (au plus tôt le 04/06/2025)	Le Comité de l'assurance remet son avis
Après la décision du Conseil général	Les objectifs en matière de soins de santé fixés par le Conseil général sont communiqués à la Chambre des représentants, au Comité de l'assurance, à la Commission des objectifs pour les soins de santé et aux Commissions de conventions ou accords.
Au plus tard le 30 juin	La Commission publie un rapport annuel sur l'état d'avancement de la réalisation des objectifs en matière de soins de santé fixés par le Conseil général pour cette législature.
Au plus tard le deuxième lundi d'octobre	La Commission remet un avis au Conseil général sur la conformité avec les objectifs en matière de soins de santé repris dans la proposition globale du Comité de l'assurance.
Avant le troisième lundi d'octobre	Le Comité de l'assurance peut se réunir pour éventuellement ajuster sa proposition

Le fonctionnement des groupes d'experts n'a pas encore été établi et ils n'ont pas encore été constitués. Il semble donc irréaliste de s'attendre à des propositions entièrement développées pour le 30 juin. Toutefois, cela ne signifie pas qu'au moins certains de ces groupes ne peuvent pas être mis en place le plus rapidement possible, de sorte que les résultats préliminaires puissent déjà orienter les avis sur le budget 2026. Nous proposons donc de commencer immédiatement à travailler sur un certain nombre d'OSS prioritaires. Le choix des OSS prioritaires peut se faire sur la base de la décision du Conseil général. Afin de ne pas perdre de temps et de pouvoir tenir compte du contexte financier, COSS demande à l'actuariat de l'INAMI de fournir avant la fin avril 2025 un résumé d'une page contenant les informations budgétaires pertinentes par secteur.

(b) Mission des groupes d'experts

Les tâches des groupes d'experts peuvent être décrites comme suit :

1. Dresser un inventaire des recherches scientifiques existantes sur les OSS formulés (tant au niveau international que spécifique à la Belgique). Il est important de décrire les preuves disponibles qui relient les OSS respectifs aux résultats souhaités. Si possible et nécessaire, une stratégie devrait être développée pour étudier plus en détail cette relation dans le contexte belge. Cela concerne non seulement les objectifs de santé, mais toutes les dimensions du Quintuple Aim. Cela revient essentiellement à élaborer en détail l'approche déjà illustrée à l'annexe 3 du présent avis. La formulation des objectifs ne doit pas se fonder sur une approche médicale, mais doit également tenir compte d'une vision plus large des objectifs de vie des personnes.
2. Sur cette base, une formulation plus claire et plus précise de l'OSS, actuellement encore assez abstrait et général, avec des objectifs concrets spécifiés et placés sur un calendrier, et avec la clarification du groupe cible en question (l'ensemble de la population ou des sous-groupes spécifiques). Cela implique de convertir l'OSS formulé en objectifs SMART. Au sein des objectifs SMART formulés, indiquer une hiérarchisation en fonction de l'importance de l'impact attendu sur le résultat souhaité.
3. Dresser l'inventaire des indicateurs existants qui sont pertinents pour l'OSS formulé. Proposer des indicateurs qui seront utilisés pour opérationnaliser l'objectif : de préférence quantitatifs, en tout cas spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes et liés à un calendrier détaillé. Déterminer quels indicateurs sont les mieux adaptés pour suivre les progrès/résultats souhaités. Évaluer si des indicateurs supplémentaires sont nécessaires pour cartographier l'impact sur le Quintuple Aim et sur les objectifs de santé. Ce faisant, il faut éviter que l'amélioration d'un indicateur imparfait ne devienne un objectif en soi.
4. Développer une procédure pour collecter régulièrement les données nécessaires à l'évaluation. Un calendrier des moments de mesure désignés sera également élaboré.
5. Clarification de la mesure de référence, qui est essentielle pour l'évaluation ex post : la situation actuelle par rapport à cet OSS (avant que la politique n'ait pris des initiatives spécifiques) et une prévision de l'évolution « contrefactuelle », c'est-à-dire une prévision de l'évolution des indicateurs si la politique restait inchangée. Si une initiative spécifique ne produit pas les résultats escomptés, il faut avoir le courage de l'arrêter.
6. Indiquer explicitement les implications budgétaires de la poursuite de l'OSS (qui peuvent également être une réduction des dépenses).

(c) Composition et méthode de travail

Le COSS, dans sa forme actuelle, est composé d'experts de différentes disciplines, mais il n'a pas les mêmes compétences dans tous les sous-domaines des soins de santé, et donc pas dans l'évaluation de tous les OSS spécifiques. Une contribution externe est nécessaire. Toutefois, les groupes d'experts qui seront mis en place ne doivent pas pouvoir fonctionner de manière indépendante du COSS. Après tout, si nous faisons cela, nous risquons de créer un nouveau type de silo. Ils doivent être considérés comme des groupes de

travail du COSS. Ils doivent également coordonner leurs activités autant que possible. Cela signifie :

1. Afin d'optimiser la coopération des groupes d'experts avec le COSS, leur composition doit être déterminée par le COSS, et des membres du COSS doivent toujours être présents dans ces groupes de travail. Idéalement, le président devrait être un membre du COSS ayant une expertise pertinente dans le domaine de l'OSS en question.
2. L'objectif des groupes n'est pas de faire des choix politiques, mais de rassembler des preuves sur l'application de l'OSS. Ils doivent donc être composés exclusivement d'experts. Il est important que deux types d'expertise complémentaires soient représentés : en plus des personnes ayant une expertise académique, des personnes ayant une connaissance concrète du terrain doivent également être incluses.
3. Afin de réaliser le suivi budgétaire, il faut également que les experts de l'INAMI concernés apportent leur contribution. Dans la section suivante, nous approfondirons le défi budgétaire.
4. Les rapports des réunions des groupes d'experts seront partagés avec l'ensemble du comité COSS. Le comité COSS fournira des informations sur les rapports et les résultats (intermédiaires) de ces groupes d'experts. Les présidents des groupes d'experts organiseront des concertations régulières pour coordonner leurs méthodes de travail.

(d) Suivi

Comme souligné précédemment, il est important de développer une procédure de suivi explicite pour chacun des OSS prioritaires établis par le Conseil général. Ce suivi fait également explicitement partie des obligations légales du COSS, qui doit soumettre un rapport d'évaluation chaque année avant le mois de juin. Le COSS propose d'élaborer une fiche d'information pour chacun des OSS proposés, sur la base des indicateurs proposés, et de la mettre à jour régulièrement. Les groupes d'experts sont responsables de cette mise à jour et de cette évaluation, mais les recommandations finales restent naturellement de la compétence exclusive de l'ensemble de la commission COSS. Il est important de noter que la formulation de l'objectif de santé est soumise à une (ré)évaluation constante et qu'elle peut être révisée au cours de la période législative. Par exemple, une réévaluation aura lieu dès que les objectifs de santé auront été formulés plus clairement afin d'assurer une coordination mutuelle.

(e) Tâches à plus long terme

À plus long terme, il convient de poursuivre les tâches suivantes (cette liste n'est pas exhaustive) :

- La plus importante est la poursuite de l'analyse et de l'élaboration de l'évaluation ex post.

- Les activités du COSS doivent être coordonnées avec les développements autour de l'opérationnalisation spécifique du OS et avec les développements du projet NEED.
- Une forme structurée de coopération avec la commission du contrôle budgétaire doit être mise en place.
- Une procédure de participation plus ambitieuse et plus large doit être mise en place. Des enseignements peuvent être tirés de l'expérience acquise lors de la vaste enquête lancée en 2021 dans le cadre du lancement du processus budgétaire pluriannuel (qui a abouti aux rapports du groupe de travail Quintuple Aim (2022) et du comité scientifique (2022), et finalement même à la création du COSS). Cette vaste enquête a reçu un accueil enthousiaste et plus de 300 fiches ont été soumises. Cependant, en fin de compte, peu de ces éléments ont été pris en compte dans la prise de décision concrète. Comme déjà décrit dans les rapports de l'époque, l'ensemble du processus était probablement insuffisamment structuré, ce qui rendait difficile l'élaboration d'une vision politique cohérente. Dans un avenir proche, nous devons envisager un processus structuré de participation publique qui soit suffisamment ouvert, qui n'entre pas en conflit avec la structure de consultation existante et qui puisse inspirer l'établissement d'un ensemble d'OSS cohérent.

Estimation de l'impact budgétaire : complémentarité des estimations techniques et de PROMES³

Comme l'OSS doit être intégré dans le processus budgétaire, il est essentiel d'estimer son impact budgétaire. Le cycle budgétaire est annuel, mais, pour parvenir à des politiques bien développées, il est toujours approprié d'adopter une perspective pluriannuelle. Jusqu'à présent, les prévisions budgétaires reposaient sur les estimations techniques (ET) préparées par l'administration de l'INAMI. Ces dernières sont avant tout conçues dans le cadre de la préparation du budget de l'année suivante et elles conviennent idéalement à cette fin. La force des ET réside dans le fait qu'elles se basent sur les données les plus récentes et les plus détaillées, qui sont aussi constamment mises à jour. Toutefois, la méthode utilisée est plutôt mécanique et ne tient pas compte, par exemple, des effets comportementaux à long terme ou des changements structurels dans la société. Ces derniers éléments sont néanmoins pris en compte dans le modèle économétrique PROMES (élaboré par le Bureau fédéral du Plan sous contrat avec l'INAMI). PROMES repose sur des estimations économétriques basées sur les données d'utilisation et de dépenses individuelles de l'échantillon permanent construit par l'AIM. Les effets de la demande liés aux changements de la structure par âge de la population et d'autres caractéristiques déterminantes telles que la morbidité et le statut d'assurabilité sont repris de manière détaillée dans le modèle.

³ Une analyse technique plus détaillée de la complémentarité entre les deux approches est reprise au chapitre 5 du rapport du Comité scientifique (2022).

Les avantages et les inconvénients de ces deux approches peuvent être facilement résumés. Les informations utilisées dans les ET sont plus riches, plus détaillées et plus récentes. PROMES utilise les données individuelles de l'échantillon permanent de l'AIM et ne dispose en année T, que des informations jusqu'à T-2. L'INAMI dispose d'informations plus récentes. Pour les postes essentiels, tels que les spécialités pharmaceutiques, il y a également, en plus, une concertation entre l'INAMI et les experts de pharma.be, ce qui permet une meilleure estimation des dépenses pour les médicaments à court terme. À plus long terme, cependant, l'approche des ET atteint ses limites. Pour les projections à court terme, les effets des changements dans l'environnement socio-économique ou dans la composition par âge de la population peuvent être largement négligés. À plus long terme, cependant, cela est beaucoup moins adéquat. PROMES peut alors obtenir un avantage décisif pour les projections à long terme. Ce diagnostic semble conduire à la conclusion évidente qu'il est recommandé de combiner les deux. Les niveaux absolus de PROMES sont ensuite recalibrés pour les années T et T+1 sur les données les plus récentes des ET et l'évolution à partir de l'année T+2 est basculée sur les taux de croissance de PROMES. La Commission COSS suggère de prendre des mesures concrètes à l'avenir pour que cette approche intégrée fasse partie intégrante du processus budgétaire. Il ne faut toutefois pas en tirer des conclusions trop radicales. Par essence, PROMES s'appuie sur des modèles de consommation historiques. Cet exercice est nécessaire, mais il ne peut pas être considéré comme un point de référence normatif.

L'estimation des incidences budgétaires est également essentielle, tant pour l'estimation ex ante du coût des nouvelles initiatives et des initiatives d'amélioration de l'efficacité des « soins appropriés » que pour leur évaluation ex post. Il est essentiel, dans ce cadre, d'évaluer les effets dynamiques (par exemple, les mesures et effets ponctuels/temporaires ou les mesures ayant un impact budgétaire structurel, un investissement initial qui peut se traduire par des gains d'efficacité à un stade ultérieur) et les effets sur les secteurs autres que celui dans lequel la mesure peut initialement être située. Pour cet exercice pluriannuel, qui tient compte des effets dynamiques et des interactions entre les différents secteurs, les ET sont insuffisantes. En principe, un modèle tel que PROMES serait plus approprié pour cela, car il offre la possibilité de simuler les effets des mesures et de comparer la projection résultante avec le scénario business « as usual ». Toutefois, cela nécessiterait d'étendre le modèle en intégrant des facteurs d'offre supplémentaires plus sophistiqués et le comportement des demandeurs et des prestataires.

Ni les ET ni PROMES ne sont donc des outils optimaux pour calculer le coût réel des initiatives (ex ante ou ex post). À cette fin, il convient de développer l'expertise nécessaire. Les audits déjà mis en place par l'INAMI constituent un premier pas nécessaire dans cette direction, mais ils doivent être développés davantage afin d'analyser l'impact des variables fondamentales sous-jacentes. La Commission COSS propose de renforcer la coopération entre l'INAMI et le Bureau fédéral du Plan. Des synergies peuvent également être recherchées avec les projections de maladies de Sciensano.

La Commission COSS souhaite continuer à participer à ces efforts à l'avenir, car ils sont essentiels pour proposer des OSS prioritaires dans un cadre budgétaire réalisable et pour évaluer leur impact. Dans ce contexte, il est également recommandé de travailler en étroite coopération avec la Commission de contrôle budgétaire.

RÉFÉRENCES

- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). Performance du système de santé belge : Évaluation de l'équité – Synthèse *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). *KCE Reports*, 334A. doi:10.57598/R334AS
- Busse, R. et Wismar, M. (2002). Health target programmes and health care services—any link? *Health Policy*, 59, 209–221. doi:10.1016/s0168-8510(01)00179-8
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, ... Meeus, P. (2024). Performance du système de santé belge : rapport 2024. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). *KCE Reports*, 376A.
- Grammens, T., Cornelissen, L. (2021) Jaarrapport VPD 2021, Vaccinatiegraad. Sciensano.
- Martini, J. et Davesne, A. (2024). Health and health care targets. *OSE Research Papers*.
- Obyn, C., Cordon, A., Kohn, L., Devos, C., & Léonard, C. (2017). Étapes exploratoires vers la formulation d'objectifs pour le système de santé belge. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). *KCE Reports*, 292.
- OCDE. (2024). *Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé*. OCDE. doi:10.1787/107182c8-en
- INAMI (2024). *60 ans de l'INAMI, nos balises pour l'avenir*.
- Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. *Health literacy in Europe : comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. Eur J Public Health. 2015;25(6):1053-8.
- Vammalle, C., Penn, C. et James, C. (2023). Applying good budgeting practices to health. *Revue de l'OCDE sur la gestion budgétaire*, 23.
- van Herten, L. M., & Gunning-Schepers, L. J. (2000). Targets as a tool in health policy, part I: Lessons learned. *Health Policy*, 53, 1–11. doi:10.1016/s0168-8510(00)00081-6
- Van Herten, L. M., & Gunning-Schepers, L. J. (2000). Targets as a tool in health policy. Part II: Guidelines for application. *Health Policy*, 53, 13–23. doi:10.1016/s0168-8510(00)00082-8
- Vrijens, F., Renard, F., Camberlin, C., Desomer, A., Dubois, C., Jonckheer, P., ... Meeus, P. (2015). Performance du système de soins de santé belge : rapport 2015. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). *KCE Reports*, 259A.
- Groupe de travail « Quintuple Aim » (2022). *Rapport final du groupe de travail Quintuple Aim (QA) : Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé assorti d'objectifs en matière de soins de santé* INAMI.
- Comité scientifique. (2022) *Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé assorti d'objectifs en matière de soins de santé* INAMI.
- Wismar, M., & Busse, R. (2002). Outcome-related health targets—political strategies for better health outcomes. *Health Policy*, 59, 223–241. doi:10.1016/s0168-8510(01)00180-4

APPENDIX 1. ANALYSE VAN DE KCE STUDIE

QUALITY OF CARE – 1.EFFECTIVENESS OF CARE “the degree of achieving desirable outcomes, given the correct provision of evidence-based healthcare services to all who could benefit but not those who would not benefit”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Five-year survival rate following a diagnostic for colon and rectal cancer (=> advances in public health interventions: greater awareness of the disease, improvement of screening programmes + improved treatments) Treatable mortality for men	Avoidable hospital admissions for asthma and diabetes (=> improvement in the quality of primary care) Five-year relative survival after colorectal cancer for stage III patients. Case-fatality rates after AMI have decreased Postoperative mortality rate after surgery for colon cancer
Negative	Diabetes and COPD hospital admissions (=> poor effectiveness of first-line care, as well as to poor coordination or continuity of care). 5-year survival rates for breast cancer	
QUALITY OF CARE – 2.SAFETY OF CARE “the degree to which the system does not harm the patient”		
Outcome	International comparison	Evolution over time

Positive		Incidence of healthcare-associated MRSA (Possible result of national recommendations to control MRSA)
Negative	Prevalence of healthcare-associated infections in hospitalised patients Overall perceptions of patient safety in hospitals	
QUALITY OF CARE – 3. APPROPRIATENESS OF CARE “the degree to which provided healthcare is relevant to the clinical needs, given the current best evidence”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		Amount of global imaging of the spine
Negative	Diabetes: -Insulin treatment: bottleneck is consultation with the ophthalmologist - Glucose-lowering drugs other than insulin: bottleneck is microalbuminuria testing (Due to new guidelines or problem of care coordination (between medical specialists) or of accessibility of care (such as long waiting time)?) Antibiotics consumption Preventive care: breast cancer screening Mental healthcare & care for older people: inappropriate prescription of medication (antidepressants)	Caesarean section rates

QUALITY OF CARE – 4.CONTINUITY OF CARE “the extent to which healthcare for specified users, over time, is smoothly organised within and across providers, institutions and regions, and to which extent the entire disease trajectory is covered”		
Outcome	National results	Evolution over time
Positive	Proportion of patients under a diabetes care model for patients using oral antidiabetics or non-insulin injectable solutions	Amount of insured people with a GMR Multidisciplinary team meetings as the predominant model of cancer management
Negative		Having a contact with a GP within the week after hospital discharge
QUALITY OF CARE – 5. PEOPLE – CENTERED CARE “the extent to which the healthcare system empowers individuals to make informed decisions regarding their health and care, enabling them to successfully manage their well-being”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Time spent during consultations with specialists or generalists Involvement in care decisions Discussions about key health management points with physicians Satisfaction with the most recent consultation	Patient experience in inpatient setting
Negative	Presence of a care plan that takes patients' needs into account Quality of the information received to help the patient at least take charge of his or her health and well-being	
ACCESSIBILITY OF CARE – 1. FINANCIAL ACCESS TO HEALTHCARE “the ease with which health services are reached by the population in terms of physical access, costs, time, and availability of qualified personnel”		

Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Share of activity by conventioned GPs Incidence of catastrophic health spending among households in the poorest quintile Unmet needs for medical care due to financial reasons	Rate of catastrophic health spending* in Belgium. *Catastrophic health spending is an indicator to assess financial hardship. It refers to OOP payments that are greater than 40% of a household's capacity to pay for healthcare, with capacity to pay defined as total household consumption minus a standard amount to cover basic needs (food, housing, and utilities) Share of the population that experienced unmet needs
Negative	OOP payments for dental care, outpatient care, inpatient care (due to supplements + main drivers for catastrophic health spending) Gap in OOP payments between high and low incomes further increasing Outpatient consultations of medical specialists performed by conventioned medical specialists Gap in incidence of unmet needs between the richest and poorest income quintiles	Amount of OOP payments Outpatient consultations of medical specialists performed by conventioned medical specialists Share of outpatient activity by conventioned dentists
ACCESSIBILITY OF CARE – 2. HEALTH WORKFORCE DISTRIBUTION “the ease with which health services are reached by the population in terms of physical access, costs, time, and availability of qualified personnel”		
Outcome	International comparison	Evolution over time

Positive	Number of practising nurses per 1 000 population	Number of practising nurses per 1 000 population The density of practising dentists per 1000 population
Negative	Increase in, and density of practising physicians per 1000 population Number of patients / residents per nurse in hospitals and nursing Share of dentists acceding to the agreement	Share of dentists acceding to the agreement
ACCESSIBILITY OF CARE – 3. HEALTH SERVICES DISTRIBUTION “the ease with which health services are reached by the population in terms of physical access, costs, time, and availability of qualified personnel”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Unmet needs for medical care due to geographic reasons Delay in healthcare due to distance/transport problems (low income!) Unmet medical needs + delay in healthcare due to waiting time Mortality rate among people on a waiting list for organ transplant	Unmet needs for medical care due to geographic reasons
Negative		Delay in healthcare due to distance/transport problems % of patients: wait > two weeks for a medical specialist appointment % of patients: wait a day or more for a GP appointment Number of GPs not accepting new patients
SUSTAINABILITY OF THE HEALTH SYSTEM – 1. FINANCIAL SUSTAINABILITY “the system’s capacity to remain durably financed by public sources; to provide and maintain workforce, infrastructure and equipment; to be innovative; to be responsive to emerging needs, and to reduce its environmental impact”		

Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		
Negative		Projected future increase in public expenditure on medicines
SUSTAINABILITY OF THE HEALTH SYSTEM – 2. HEALTH WORKFORCE CAPACITY “the system’s capacity to provide and maintain (in the future) a sufficient and qualified health workforce”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Nursing graduates per 100 000 population	Recruitment of foreign-trained physicians Percentage of medical graduates becoming GPs Proportion of physicians aged 55 years and over Proportion of foreign-trained nurses among all nurses licensed to practice in Belgium Practising nurses aged 50 years and over
Negative	Many foreign medical students (physician and nurses) complete their studies in Belgium and then return to their country Proportion of physicians aged 55	Number of new nursing graduates Percentage of nursing graduates with a bachelor’s degree Expected increase in number of FTEs nurses active in the hospital sector is insufficient to ensure sustainable safe patient-to-nurse ratios in hospitals
SUSTAINABILITY OF THE HEALTH SYSTEM – 3. HEALTH TECHNOLOGIES AND INFRASTRUCTURE “the system’s capacity to provide and maintain (in the future) sufficient infrastructure and (innovative) health technologies, including health products, medical equipment and information technology (eHealth)”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		share of GPs meeting the thresholds for a selection of 6 eHealth services eligibles for the integrated practice premium

		acute care bed days per capita
Negative		number of notifications of temporarily unavailable packs of medicines for human use with a critical impact (mostly Immunoglobulins)
SUSTAINABILITY OF THE HEALTH SYSTEM – 4. GOVERNANCE “the capacity of health decision makers to ensure accountability and agency, transparency, provide fit-for-purpose institutions and be responsive to the needs of the population”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Satisfaction of the Belgian population with the healthcare system	Level of trust in the healthcare system in Belgium
Negative	data availability of health-related SDGs for at least one year	
SUSTAINABILITY OF THE HEALTH SYSTEM – 5. ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY “the system’s capacity to minimize negative impacts on the environment and leverage opportunities to restore and improve it to the benefit of the health and well-being of current and future generations”		
	International comparison	
	NA	
	NA	
EFFICIENCY OF THE HEALTHCARE SYSTEM “the relation between inputs (i.e. financial resources, workforce, infrastructure) and intermediate outputs (i.e. waiting times, etc.) or ultimate health outcomes (i.e. the life years gained)”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		Shift from inpatient (at least one night) to one-day surgical hospitalisations Use of low-cost medication Length of stay for a normal delivery Degree of substitution of biological treatments with biosimilars

		Use of alternative dialysis techniques
Negative	Degree of substitution of biological treatments with biosimilars	
INEQUITY AND INEQUALITY – 1. SOCIOECONOMIC INEQUALITIES IN USE OF HEALTH SERVICES “even distribution of health and healthcare across the society”		
Outcome	National observations	Evolution over time
Positive	Continuity of care in disadvantaged groups	Unmet needs for medical and dental care due to costs in disadvantaged groups
Negative	Unmet needs for medical and dental care due to costs in disadvantaged groups Share of households that face catastrophic out-of-pocket (OOP) payments in the poorest quintile Delay in getting healthcare due to distance or transport issues or postponement of care due to waiting time in low-income patients Use of preventive care in disadvantaged groups (even if free)	
INEQUITY AND INEQUALITY – 2. SOCIOECONOMIC INEQUITIES IN USE OF HEALTH SERVICES “equal (access to) care for people with the same healthcare needs, irrespective of other characteristics such as income, educational attainment, place of residence, race, etc.”		
Outcome	National observations	Evolution over time
Positive		
Negative	Financial situation more important driver of inequities than education	

	Use of specialist care in disadvantaged groups (low) Use of emergency care in disadvantaged groups (high) Regular (preventive) dental care in disadvantaged groups (especially for children)	
HEALTH SYSTEM RESILIENCE “the capacity of a health system to (a) proactively foresee, (b) absorb, and (c) adapt to shocks (...) in a way that allows it to (i) sustain required operations, (ii) resume optimal performance as quickly as possible, (iii) transform its structure and functions to strengthen the system, and (iv) (possibly) reduce its vulnerability to similar shocks and structural changes in the future”		
Outcome		
Positive	persons aged 65 years or more were vaccinated with primary course vaccination (and booster)	
Negative	Increase in ICU bed capacity was difficult to manage due to a lack of nurses with ICU expertise Share of healthcare professionals considering leaving the profession Shortage of staff resulting from absence of healthcare professionals, in particular nurses working in hospital services	

	Hospital beds closures due to staff absences or force majeure	
PREVENTIVE CARE “the ability to reduce or suppress the occurrence of a disease, or to detect the occurrence of a disease at early stage, in order to initiate treatment as early as possible to limit the consequences”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		Infant vaccination
Negative	Second dose of measles vaccination National coverage for HPV vaccination for girls under 15 years Breast cancer screening Colorectal cancer screening Regular contacts with a dentist Vaccination against influenza in older people Preventable mortality (especially men)	
MENTAL HEALTHCARE “services devoted to treating and supporting patients with mental illnesses or impairments”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		number of psychiatric hospitalisation days decreased
Negative	density of practising psychiatrists rates of antidepressant use	percentage of emergency room visits in general hospitals for social, mental or psychic reasons (did not decline) number of involuntary committals in psychiatric hospitals
CARE FOR OLDER PEOPLE “Healthcare targeted at people aged 65 years and over”		
Outcome	International comparison	Evolution over time

Positive	bed capacity in homes for older people	Use of anticholinergic drugs in people over 65years old (but still needs to decrease more)
Negative	use of antipsychotics and antidepressants in homes for older people	practising geriatricians (growth is too low)
CARE AT THE END OF LIFE “Healthcare focused on improving quality of life for the patients and their families when the end of life is near and recovery is no longer possible”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		Appropriateness of end-of-life care
Negative		Inappropriateness of end-of-life care

ANNEXE 2. REGROUPEMENT DES INDICATEURS EN FONCTION DES OBJECTIFS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Objectifs en matière de soins de santé	Exemples d'indicateurs partiels tirés du rapport de performance
OSS2. Augmentation de l'efficacité	• <i>Réduction de l'imagerie médicale inappropriée : rachis lombaire</i> • <i>Plus miser sur l'utilisation des biosimilaires</i> • Optimisation du comportement prescripteur dans les soins de première ligne ○ <i>Réduction de la prescription d'antibiotiques (au moins une fois par an) ou d'antibiotiques de deuxième ligne</i> ○ <i>Réduction de l'utilisation des antidépresseurs</i> ○ <i>Réduction de l'utilisation des anticholinergiques chez les personnes âgées</i> ○ <i>Réduction de l'utilisation des antipsychotiques et des antidépresseurs dans les centres de soins résidentiels</i>
OSS3. Meilleure organisation des soins de première ligne et harmonisation des différentes lignes de soins	<u>Objectifs à court terme</u> avec des exemples d'indicateurs spécifiques potentiels tirés du rapport de performance • Amélioration de la continuité et de la coordination des soins ○ <i>Augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques bénéficiant d'un suivi approprié (y compris les patients diabétiques avec une convention/un processus de démarrage chez les patients traités avec des médicaments antidiabétiques non insuliniques).</i>

	○ <i>Augmentation du nombre de personnes qui ont un pharmacien de référence et qui sont éligibles</i> ○ <i>Augmentation du nombre de personnes qui ont un contact avec un médecin généraliste dans les 7 jours suivant leur admission à l'hôpital</i> ○ <i>Augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques disposant d'un plan de soins</i> ○ <i>Augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques disposant d'un trajet de soins</i> ○ <i>Élargissement des groupes cibles pour lesquels il existe un trajet de soins</i> <u>Objectifs à long terme</u> avec des exemples de quelques indicateurs spécifiques potentiels • Réduire le nombre d'hospitalisations évitables ○ <i>Réduction des hospitalisations pour BPCO chez les adultes</i> ○ <i>Réduction des hospitalisations pour des complications du diabète chez les adultes</i>
OSS4. Des soins centrés sur la personne et une implication accrue des patients	• Amélioration de la dispense d'information aux patients ○ <i>Augmentation du nombre de patients déclarant recevoir des informations utiles et disposer d'un plan de soins répondant à l'ensemble de leurs besoins en matière de santé et de bien-être.</i> ○ <i>Augmentation du nombre de patients qui déclarent recevoir des informations utiles lorsqu'ils en ont besoin, pour les aider à gérer leur santé et leur bien-être.</i>

	• Augmentation de l'utilisation des mesures de résultats et des expériences rapportés par les patients
OSS5. Meilleure accessibilité des soins	• Augmenter l'accessibilité financière des soins de santé ○ <i>Maîtriser les dépenses personnelles de santé (en % du budget total du ménage)</i> ○ <i>Augmenter le volume de l'activité ambulatoire des spécialistes « conventionnés »</i> • Garantir des soins de santé accessibles à l'ensemble de la population ○ <i>Éliminer les disparités socio-économiques et régionales dans le suivi du diabète</i> ○ <i>Éliminer les disparités socio-économiques dans l'utilisation des antidépresseurs</i> ○ <i>Éliminer les disparités socio-économiques dans l'utilisation d'un traitement à court terme d'antidépresseurs</i> • Augmenter la disponibilité d'un personnel de santé qualifié en nombre suffisant et de services de soins de santé appropriés. ○ <i>Réduction du nombre de signalements faisant état de l'indisponibilité temporaire de médicaments à usage humain ayant un impact critique</i> ○ <i>Augmenter l'utilisation des biosimilaires moins chers</i> ○ <i>Augmenter le pourcentage de professionnels de la santé qui estiment qu'il y a suffisamment de personnel dans les hôpitaux pour faire face à la charge de travail et que l'horaire de travail</i>

	<i>permet d'assurer les meilleurs soins aux patients.</i> ○ <i>Réduire le nombre de patients ayant un délai d'attente de plus de deux semaines pour un rendez-vous chez un spécialiste médical ou paramédical</i> ○ <i>Réduire le nombre de patients dont le délai d'attente pour un rendez-vous chez le médecin généraliste est d'un jour ou plus</i>
OSS6. Réforme des professions de la santé et bien-être des professionnels	• <i>Diminuer le pourcentage des professionnels du secteur de l'aide et des soins qui envisagent de quitter la profession</i> • <i>Réduire le nombre de fermetures de lits d'hôpitaux</i> • <i>Augmenter le nombre de postes d'infirmiers pourvus</i>
OSS7. Miser plus sur la prévention et le dépistage	• Augmenter le taux de vaccination ○ <i>Vaccination contre la rougeole chez les adultes</i> ○ <i>Vaccination contre la grippe</i> ○ <i>Vaccination contre le HPV chez les filles</i> • Augmenter le taux de dépistage ○ <i>Dépistage du cancer du sein (dans le cadre du programme organisé)</i> ○ <i>Dépistage du cancer du col de l'utérus</i> ○ <i>Dépistage organisé du cancer colorectal</i> ○ <i>Surpoids</i> ○ <i>Formes de diabète pouvant être détectées à un stade précoce</i> • Réduire la mortalité évitable par la prévention • Réduire les infections associées aux soins dans les hôpitaux

	• S'attaquer aux déterminants de la santé ○ Réduire le tabagisme ○ Réduire l'obésité et la surcharge pondérale ○ Réduire les admissions en acidocétose lors du diagnostic du diabète de type 1 ○ Réduire la consommation d'alcool ○ Stimuler une activité physique suffisante ○ Encourager des habitudes alimentaires saines ○ Améliorer les compétences de santé : ○ Améliorer la qualité de l'air
OSS8. Secteurs méritant une attention particulière	<u>Soins bucco-dentaires :</u> • Visites régulières chez le dentiste (population >3 ans) • Réduire les inégalités socio-économiques dans les contacts réguliers avec le dentiste • Réduire les inégalités socio-économiques dans les contacts préventifs réguliers avec un dentiste • Augmenter le nombre de dentistes qui adhèrent à l'accord sur les tarifs nationaux <u>Soins de santé mentale</u> • S'engager à améliorer la collecte et l'utilisation des données au sein des services de santé mentale • Optimisation du comportement prescripteur dans les soins de santé mentale

Annexe 3. SCORE DES OSS PROPOSÉS AU NIVEAU QUINTUPLE AIM

Légende :

Q1 = Qualité des soins

Q2 = Santé de la population

Q3 = Rentabilité

Q4 = Équité et accessibilité

Q5 = Bien-être des professionnels

Q6 = Durabilité écologique

Code couleur :

Vert foncé = effet important

Vert clair = effet/impact faible

OSS1. Meilleure utilisation des données						
Objectifs	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6
Des mesures supplémentaires doivent être prises pour encourager la numérisation, la collecte, le partage et l'utilisation de données (y compris au niveau de chaque patient).						
Des efforts doivent être faits pour accélérer la mise en œuvre du Belgian integrated health record (BIHR).						
Une stratégie coordonnée doit être développée pour réduire le risque de cyberattaques.						

OSS2. Augmentation de l'efficacité						
Objectifs	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6
Des améliorations spécifiques en vue de soins efficaces et appropriés doivent être recherchées en permanence.						
Un dialogue doit être engagé sur les grandes différences entre les pratiques médicales, à avec pour objectif final de réduire ces variations.						

OSS3. Meilleure organisation des soins de première ligne et harmonisation des différentes lignes de soins						
Objectifs	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6
Il convient de s'efforcer de mettre en place des équipes pluridisciplinaires de première ligne, qui travaillent également en bonne intelligence avec les acteurs de la deuxième ligne.						
Il faut accorder plus d'attention à l'application des principes de population management, qui tiennent également compte des déterminants sociaux, écologiques et des aspects de digitalisation de la santé.						
En particulier pour les patients souffrant de maladies chroniques et de multimorbidité, des plans de soins individuels doivent être élaborés, avec une répartition claire des tâches au sein de l'équipe de soins et en tenant compte des objectifs de vie du patient concerné.						

OSS4. Des soins centrés sur la personne et une implication accrue des patients						
Objectifs	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6
Il faut s'engager à utiliser régulièrement des outils d'évaluation standardisés (CIF, BelRAI, PREMS, PROMS, PRIMS). Il faut rechercher la combinaison de ces différents outils qui peut être mise en œuvre au mieux, en tenant également compte de la charge administrative pesant sur les prestataires de soins.						
Les patients devraient pouvoir consigner leurs objectifs de vie dans leur dossier personnel.						
Il convient d'intensifier les efforts visant à améliorer la littératie en santé de la population.						

OSS5. Meilleure accessibilité des soins						
Objectifs	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6
Pour améliorer l'accessibilité financière, les suppléments doivent être limités. Pour ce faire, il est essentiel d'augmenter le taux de conventionnement en réformant le système de conventionnement.						
La disponibilité géographique d'un personnel qualifié suffisant représente un défi croissant, pour l'accessibilité, et surtout pour la répartition géographique inégale du taux de conventionnement des prestataires de soins. Cette préoccupation doit être reprise dans la réorganisation des soins (voir OSS6).						
La disponibilité des médicaments essentiels doit faire l'objet d'une attention constante.						
Les différences de qualité et d'adéquation des soins entre les groupes socio-économiques doivent être éliminées.						

OSS6. Réforme des professions de la santé et bien-être des professionnels						
Objectifs	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6
Le potentiel qu'offrent les nouvelles possibilités techniques (par exemple, la télésurveillance) doit être exploré activement.						
La simplification administrative reste nécessaire pour réduire la charge de travail des professionnels et créer un espace de contact direct avec les patients.						
Des efforts doivent être consentis pour déployer le personnel de manière flexible dans des équipes de soins structurées, en brisant les cloisonnements existants entre les qualifications formelles, et cela, pour permettre une bonne collaboration qui soit aussi fluide tout en maintenant la qualité des soins.						

OSS7. Miser plus sur la prévention et le dépistage						
Objectifs	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6
La politique doit se concentrer sur la détection précoce et la vaccination axée sur les groupes cibles.						
Il faut réduire la prévalence des infections associées aux soins chez les patients hospitalisés.						
Les facteurs liés au mode de vie (tabagisme, alimentation, activité physique) sont parmi les principaux facteurs de risque prioritaires pour la santé. Divers instruments politiques doivent être utilisés pour promouvoir des modes de vie plus sains.						
Il faut tenir compte des différences socio-économiques dans l'efficacité de la prévention et du dépistage.						
En particulier au niveau de la prévention et du dépistage, la coopération et le partage des données entre les entités fédérale et fédérées doivent être ancrés dans des accords clairs.						

OSS8. Secteurs méritant une attention particulière						
Objectifs	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6
Soins bucco-dentaires						
Les visites régulières et préventives chez le dentiste doivent être encouragées, notamment en améliorant leur accessibilité financière.						
Il faut aussi créer, dans l'ensemble des prestations assurées, un espace pour des soins dentaires et bucco-dentaires plus spécialisés.						

Les soins dentaires et bucco-dentaires doivent être intégrés dans la réorganisation globale des soins de première ligne, comme décrit au point OSS3.						
Soins de santé mentale						
Les investissements dans les soins de santé mentale doivent se poursuivre, l'objectif ultime étant de mettre en place une offre intégrée de soins ambulatoires et résidentiels.						
Les réseaux SSM jouent un rôle important dans le développement des soins intégrés. Dans les soins de première ligne, les SSM doivent devenir un élément important dans la mise en place des équipes multidisciplinaires visées sous l'OSS3.						
L'extension des SSM doit se faire en étroite coopération avec les entités fédérale et fédérées.						