

Fixer des objectifs pour une meilleure couverture des besoins en soins de santé

Sophie Cès, Clara Noirhomme – Service d'études MC-CM

Remerciements à Prof. Dr. Chantal Mathieu (KU Leuven), Svetlana Sholokhova, Nicolas Rossignol et Rebekka Verniest (Service d'études MC-CM)

Résumé

Comment transformer le système de soins de santé pour mieux répondre aux besoins de la population en Belgique ? Les multiples défis auxquels le système est confronté incitent à repenser la gouvernance des politiques de soins de santé autour d'objectifs partagés pour mieux soigner la population.

L'identification des problèmes de performance du système de soins de santé est une étape essentielle pour définir des objectifs car les insuffisances peuvent être corrigées grâce à des objectifs spécifiques. Le postulat est que les problèmes de couverture des besoins en soins sont bien documentés mais cette connaissance demeure fragmentée et peu accessible aux décideurs et décideuses politiques.

L'article définit tout d'abord la mission du système de soins de santé et décrit les différents domaines de la performance des soins ainsi que la démarche évaluative pour formuler des objectifs SMART. En utilisant ce cadre d'analyse, l'examen de la littérature concernant deux maladies chroniques – le diabète, et les maladies cardiovasculaires chez les femmes – met en lumière des besoins en soins encore insuffisamment couverts et pour lesquels une meilleure utilisation des soins pourrait générer des gains de santé.

Enfin, l'article recommande que cette démarche de fixation d'objectifs s'inscrive dans un processus de gouvernance plus large, reposant sur un dispositif complet et formalisé, comprenant l'analyse scientifique, la participation collective et l'évaluation dans le cadre de cycles d'amélioration continue de la politique de soins de santé.

Mieux encadrer l'élaboration de la politique en matière de soins de santé est un puissant levier en faveur d'une meilleure couverture des besoins de soins, de la réduction des inégalités de santé et du renforcement de la capacité du système à répondre aux défis actuels et futurs.

Mots-clés : Système de soins de santé, performance, politique de soins de santé, gouvernance, objectif de soins de santé, besoins de soins, santé publique, analyse critique

Introduction

Depuis 1948, **l'accès aux soins de santé est reconnu comme un droit humain fondamental** (Nations Unies, 1948). Or, garantir un accès aux soins à toutes et tous au sens de la Couverture Sanitaire Universelle¹ reste un enjeu majeur au regard des multiples défis actuels et futurs. Le système de santé belge a pu démontrer une certaine résilience lors de la crise sanitaire COVID-19. Toutefois, compte tenu de l'évolution épidémiologique, il est primordial de disposer d'un système de soins de santé robuste qui puisse faire face à l'évolution des besoins de soins de la population tout en préservant les conditions d'accès aux soins et la qualité des soins. En effet, plusieurs facteurs se cumulent et risquent de déstabiliser le système de santé. Le vieillissement démographique a des implications non seulement du côté des besoins de soins mais aussi de l'offre de soins. Son impact est notamment attendu sur les soins de longue durée qui requièrent d'autant plus de main-d'œuvre professionnelle que l'implication future des aidants proches risque de diminuer en raison des modifications sociétales (moindre disponibilité des aidants et de leurs moyens matériels, familles monoparentales, réduction de la surface des habitations, etc. (Belgium.be, Soins aux personnes âgées, 2025)). De façon concomitante, l'augmentation importante de la prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité risque également d'accroître la pression sur les services de soins de santé. Enfin, il est primordial de financer l'innovation technologique et médicale pour développer un système de santé qui puisse garantir aux patient-es l'accès à des soins de qualité.

Ces constats appellent à réformer la gouvernance² de la politique de soins de santé en Belgique pour mieux répondre aux besoins actuels et futurs de la population (INAMI, 2022; Cès, 2022; Schokkaert, et al., 2022).

L'assurance obligatoire de soins de santé est gérée conjointement par les partenaires sociaux (employeur-euses et travailleur-euses), les mutualités, les prestataires de soins et le gouvernement, c'est ce qu'on appelle la concertation sociale. Étant organisé par secteur professionnel, avec des commissions séparées, jusqu'à 2023, il lui était difficile de traiter les problématiques transversales de santé,

telles que l'intégration des soins ou l'accès financier aux soins. Celles-ci dépassent les préoccupations spécifiques à chaque secteur et ne peuvent être intégrées dans les objectifs budgétaires partiels. De plus, l'horizon budgétaire annuel limite le développement d'une politique d'investissement à moyen terme.

Pour remédier à ces lacunes, la loi du 6 novembre 2023 instaure ainsi la fixation d'objectifs prioritaires partagés en vue d'améliorer la performance du système de soins de santé par une allocation plus stratégique des ressources budgétaires. Elle définit un objectif de soins de santé 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 ». Selon cette loi, à chaque dissolution du Parlement, les priorités pour la législature suivante doivent être discutées et réévaluées par le biais d'une consultation étendue des acteurs-rices du système de santé, en s'appuyant également sur les données scientifiques des résultats de performance obtenus. Pour organiser cette concertation et émettre un avis sur les objectifs prioritaires de la prochaine législature, la loi prévoit la création d'une Commission pour les objectifs en matière de soins de santé. Cette commission, ayant un rôle consultatif, transmet ses avis au Conseil général de l'INAMI, qui procède au choix final et aux ajustements des objectifs dans le cadre du budget de l'assurance obligatoire soins de santé. Les travaux de cette commission, qui ont débuté en 2024, nécessitent encore le développement de la méthodologie autour des objectifs. Cet article vient en appui à cette réflexion.

La fixation d'objectifs de santé et de soins de santé permet d'adopter une vision stratégique à moyen et long terme et offre ainsi les outils indispensables à l'orientation et à la coordination des politiques de santé (celles-ci étant l'en-

1 La Couverture Sanitaire Universelle implique que « toutes les personnes aient accès, sans discrimination, à un ensemble de services de santé essentiels nécessaires, déterminés au niveau national, préventifs, curatifs, de réadaptation, palliatifs, et à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas les utilisateur-ices à des difficultés financières en mettant particulièrement l'accent sur les segments de la population, pauvres, vulnérables et marginalisés » (Nations Unies, 2019, p. 1, notre traduction).

2 « Le but de la gouvernance est d'améliorer de façon continue la performance du système de santé et des organisations qui le composent et de pouvoir rendre des comptes sur sa réussite » (Contandriopoulos, 2008, p 196, notre traduction).

semble des politiques publiques ayant un impact sur la santé de la population). Les priorités stratégiques devraient être déterminées sous la forme d'objectifs « SMART »³ lorsque c'est possible (Cès, 2022; INAMI, 2022) afin d'élaborer, dans un cadre budgétaire annuel et pluriannuel, des programmes d'action et de mesurer leurs effets.

Cet article présente la façon dont le travail par objectif peut contribuer à transformer le système des soins de santé. Le but est de proposer un cadre d'analyse pour concevoir et définir des objectifs de soins de santé qui visent une meilleure couverture des besoins en soins de la population de la Belgique. Identifier les problèmes à résoudre est une étape essentielle pour améliorer le système de soins de santé au travers des objectifs prioritaires (Ogbeiwi, 2021). Le point de départ de cet article est le constat qu'il est indispensable d'intégrer la connaissance scientifique existante relative aux dysfonctionnements du système de soins de santé. L'étude porte principalement sur les éléments probants qui permettent d'identifier des problèmes de couverture des besoins de soins et de dresser des pistes quant à l'amélioration possible des soins de santé. L'hypothèse est que cette connaissance, bien que développée, reste fragmentée et peu accessible au niveau des décideurs et décideuses politiques. Dans cet article, notre analyse se concentre exclusivement sur les responsabilités incombant au secteur des soins de santé en Belgique. Nous n'abordons pas le rôle que peuvent jouer d'autres politiques publiques relevant d'autres secteurs dans la préservation de la santé publique (« *Health in All Policies* »⁴).

La première partie souligne le fait que la fixation d'objectifs pour le système de soins de santé requiert préalablement de bien définir la mission des soins de santé et les valeurs défendues. En nous appuyant sur la littérature scientifique, nous expliquons, d'une part, comment définir un système de soins de santé performant et, d'autre part, comment identifier les écarts dans la réalisation de sa mission. Dans une deuxième partie, nous identifions les problèmes de performance du système des soins de santé belge (à l'aide d'une revue de littérature narrative de littérature grise et scientifique) qui pourraient être potentiellement ciblés par des objectifs dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de deux maladies chroniques (en excluant le domaine de la prévention primaire qui vise la prévention de l'apparition de la maladie) : le diabète et les maladies

cardiovasculaires chez les femmes. Le but est d'identifier les manquements dans la couverture des besoins en soins et d'identifier des indicateurs (existants ou non) en vue de la détermination d'objectifs SMART. Enfin, dans une troisième partie, nous discutons du changement de gouvernance qui s'appuie sur une vision stratégique structurée autour d'objectifs pour élaborer la politique en matière de soins de santé. À partir des résultats exposés dans la deuxième partie, nous proposons en premier lieu des recommandations visant à renforcer l'évaluation de la performance du système de soins de santé pour définir des objectifs davantage orientés sur la couverture des besoins encore insuffisamment couverts. Pour conclure, nous intégrons l'étape d'identification des problèmes de performance et de définition des objectifs dans un cycle de gouvernance d'amélioration continue.

1. Cadre d'analyse de la couverture des besoins en soins de santé

À l'avenir, les contraintes écologiques, démographiques, énergétiques et économiques influenceront de plus en plus les décisions politiques. De plus, les progrès médicaux et technologiques auront des impacts imprévisibles à la fois sur les besoins en soins et la mise en œuvre des soins. Les transformations du système de santé dépendront fortement de la manière dont les problèmes seront abordés et des ressources qui y seront consacrées. C'est pourquoi il est crucial d'établir dès à présent des objectifs clairs pour guider la politique en matière de soins de santé dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé afin de garantir un système de soins de santé performant capable de rencontrer les besoins de soins de la population dans un contexte éminemment fluctuant.

Comment définir un système de soins de santé performant ? Comment fixer des objectifs ? Après avoir défini la mission du système de soins de santé et décrit les différents domaines de la performance des soins, cette partie décrit la démarche évaluative pour formuler des objectifs SMART.

3 Spécifique (défini, sans ambiguïté), Mesurable (quantifiable par un indicateur), Atteignable (compte tenu des actions possibles, du problème posé), Réaliste (faisable compte tenu de l'échelle de temps), Temporellement défini (avec une échéance temporelle précise).

4 « HiAP est une approche collaborative des politiques publiques à travers les secteurs qui prend systématiquement en compte les implications des décisions sur la santé, recherche des synergies et évite les impacts néfastes sur la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en matière de santé » (Health in All Policies, 2025).

1.1. La définition de la performance du système de soins de santé

1.1.1. Définition de la mission du système de soins de santé

La notion de performance est un terme polysémique qui dépend du contexte et renvoie souvent à l'idée d'optimisation, de rendement, de productivité. Selon Contandriopoulos, la performance « d'un système, d'une organisation est un construit multidimensionnel qui devrait permettre aux différentes parties prenantes de débattre et d'élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques du système ou de l'organisation en fonction de leurs croyances, de leurs connaissances, de leurs responsabilités, de leurs intérêts et de leurs projets, pour contribuer à sa gouvernance » (Contandriopoulos, 2008, p. 198). Cette définition souligne le caractère subjectif de la performance selon le référentiel choisi. Toutefois, selon cet auteur, pour être performant, tout système ou organisation dans le domaine des soins de santé doit être à même d'assurer quatre fonctions :

- L'atteinte des buts, c'est-à-dire la capacité à **réaliser sa mission** (*goal achievement*), principalement la valeur ajoutée sur la santé ;
- L'adaptation, « la capacité de l'organisation à acquérir des ressources financières et humaines, à innover, à se transformer, à **s'adapter aux besoins** de la population [...] » (Contandriopoulos, 2008, p. 197) ;
- La production, c'est-à-dire la capacité à **produire des services de qualité** avec productivité ;
- Le **maintien et la création des valeurs et des normes**, la culture organisationnelle, facilitant ou contraignant la réalisation des trois fonctions précédentes.

Évaluer la performance consiste alors à évaluer si les soins de santé accomplissent effectivement leur mission, l'amélioration de la santé de la population, en mettant en évidence les écarts existants éventuels entre ce qui est réalisé et ce qu'il serait possible d'atteindre, compte tenu de l'état actuel des connaissances cliniques, des valeurs et des normes. Cela revient à répondre à la question suivante : **les services de soins de santé prestés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé couvrent-ils suffisamment l'hétérogénéité des besoins de soins de l'ensemble des sous-groupes qui constituent la population ?**

1.1.2. La notion de besoin de soins

Dans le cadre de notre analyse, la notion de **besoins de soins** réfère **uniquement aux besoins validés cliniquement**⁵, c'est-à-dire les besoins de soins, qu'ils soient perçus ou non par les patient-es, pour lesquels il existe un traitement autorisé et remboursé (Cès, 2021; Maertens de Noordhout, et al., 2024). Cette notion implique la réalisation de deux conditions : d'une part, l'existence d'un problème ou d'un risque de problème de santé somatique et/ou psychique et, d'autre part, l'existence d'un traitement, au sens large (préventif, curatif, palliatifs, etc.) pour améliorer l'état de santé, préserver la qualité de vie ou encore prévenir la dégradation de l'état de santé. Il faut noter cependant que le jugement clinique est également susceptible de varier au cours du temps en fonction des avancées médicales.

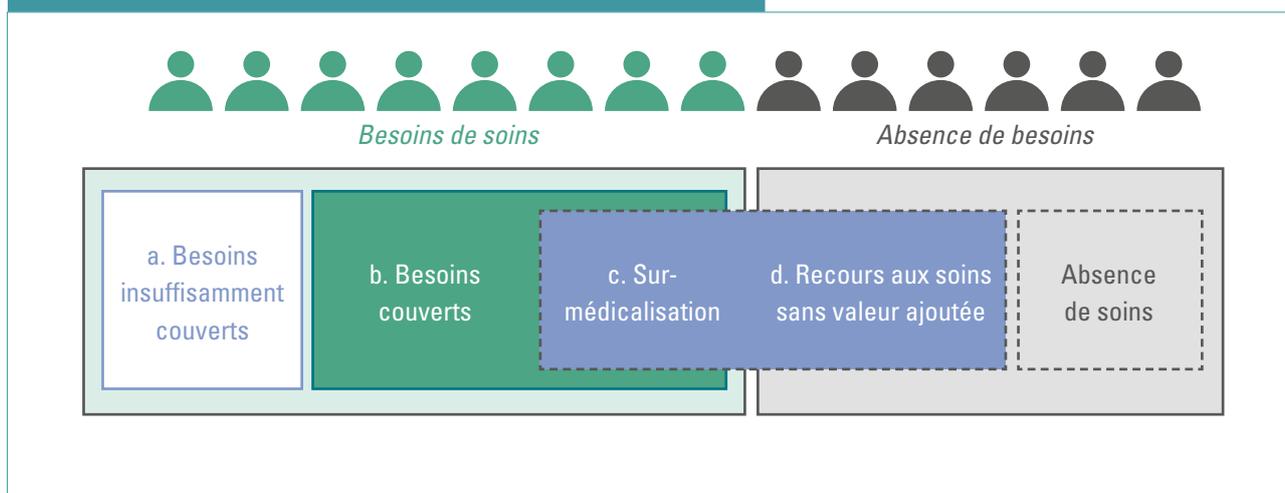
La couverture des besoins en soins peut se résumer sous la forme de différents cas de figure (voir Figure 1). Selon le point de vue clinique, en l'état actuel des connaissances, ces cas de figure sont ceux où les soins de santé :

- a) Couvrent de façon insuffisante les besoins de certains sous-groupes de population pour lesquels il est possible d'identifier des répercussions négatives sur la santé ;
- b) Couvrent de façon suffisante les besoins ;
- c) Couvrent de façon disproportionnée les besoins, c'est-à-dire en prodiguant des soins sans valeur ajoutée avec ou sans répercussion négative sur la santé ;
- d) Couvrent des besoins de soins inexistantes, en prodiguant des soins sans valeur ajoutée avec ou sans répercussions négatives sur la santé.

L'article se focalise principalement sur le problème des besoins de soins de santé validés cliniquement qui sont non ou insuffisamment couverts par le système de soins de santé (a). Ce problème engendre un écart entre « **l'état de santé observé dans la population, compte tenu de l'offre de soins existante et du fait que celle-ci n'est pas forcément utilisée de manière optimale pour des raisons diverses** » et « **l'état de santé réalisable**, c'est-à-dire le meilleur état de santé pouvant être obtenu dans l'hypothèse d'un accès et d'une utilisation optimaux de l'offre de soins existante » (Maertens de Noordhout, et al., 2024, p. 25).

5 Il faut noter que les besoins de soins validés d'un point de vue clinique se distinguent de la notion de besoin développée dans le cadre de l'évaluation « NEED : évaluer les besoins non rencontrés liés à la santé des patients et de la société » (Maertens de Noordhout, et al., 2024). Dans le cadre NEED, la notion de besoin est plus large en incluant les besoins perçus pour lesquels il n'existe pas encore de traitement ou de traitement suffisant pour les couvrir (le traitement réfère aux thérapies et aux mesures de prévention secondaires). Les soins palliatifs et les interventions de soutien (tels que la communication d'information de santé ou encore pour améliorer l'accès aux soins) sont exclus.

Figure 1 : Couverture par le système de soins de santé des besoins validés cliniquement



1.2. L'évaluation de la performance du système de soins de santé

1.2.1. Dimensions de la performance et *Quintuple Aim*

Si le travail par objectif est une innovation dans la gestion du système des soins de santé belge, l'évaluation de sa performance, « *Health System Performance Assessment (HSPA)* », est réalisée régulièrement depuis 2010 par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) (Vlayen, et al., 2010) et étoffée au fur et à mesure des publications. Cette évaluation découle de l'engagement des pays membres de la région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé dans la charte de Tallinn (WHO Regional Office for Europe, 2008).

L'évaluation régulière de la performance réalisée par le KCE vise à soutenir la prise de décision politique. « Un projet de HSPA revêt une importance capitale dans le processus de prise de décision politique. Ce processus consiste traditionnellement à définir un agenda (reconnaître les problèmes et définir des priorités), à formuler une stratégie (proposer des solutions), à prendre une décision (choisir une solution), à mettre cette décision en pratique (implémenter la solution choisie) et enfin à l'évaluer (suivre les résultats) » (Vrijens, et al., 2015, p. 63). La loi du 3 novembre 2023 permet ainsi de formaliser un processus de gouvernance visant à monitorer la

performance du système de soins de santé. Le but est de permettre l'ajustement des politiques de soins de santé pour atteindre des objectifs prioritaires.

Afin d'évaluer la performance des soins de santé, un cadre conceptuel, décrivant les différents domaines à évaluer, est développé et enrichi régulièrement par le KCE, structuré en différentes dimensions : « principes considérés comme essentiels au bon fonctionnement et à la performance d'un système de santé, comme l'accessibilité, la qualité, etc. » (Gerken, et al., 2024a, p. 19). C'est la raison pour laquelle ce cadre constitue un outil incontournable pour mener la réflexion autour de la définition des objectifs pour le système de soins de santé. Il permet de lister de façon détaillée un ensemble de domaines à traiter pour améliorer la performance des soins de santé. Toutefois, bien qu'il soit enrichi de façon régulière, il nous semble nécessaire de détailler une dimension centrale de la performance des soins, celle de l'accessibilité. C'est pourquoi nous proposons d'y ajouter les sous-dimensions que nous avons identifiées pour la définir (Cès, 2021).

Afin de caractériser les manquements dans la couverture des besoins de soins, nous proposons ainsi d'utiliser le cadre conceptuel belge de l'évaluation de la performance du système de soins de santé tel que développé par le KCE, complété par les dimensions de l'accessibilité des soins.

La figure 2 détaille l'articulation des dimensions d'évaluation de la performance et de l'accessibilité entre elles ainsi que le *Quintuple Aim*⁶, un cadre de valeur mis en avant pour guider les politiques de soins de santé depuis 2021. Il faut noter que la gouvernance est une dimension à part et n'est par conséquent pas incluse dans la figure 2. En effet, elle ne traite pas directement de la mise en œuvre des soins, mais plutôt de la manière dont les décisions politiques sont prises : soit « la capacité des décideurs de santé à rendre des comptes, à autonomiser et impliquer la population (*empowerment*), à garantir la transparence, à assurer la présence d'institutions fonctionnelles et aptes à atteindre leurs objectifs et enfin à réagir et à répondre efficacement aux besoins de la population » (Gerken, et al., 2024a, p. 76). Elle réfère au niveau fédéral à la régulation du système de soins de santé dans son ensemble et à son articulation avec les politiques de santé dans les autres secteurs.

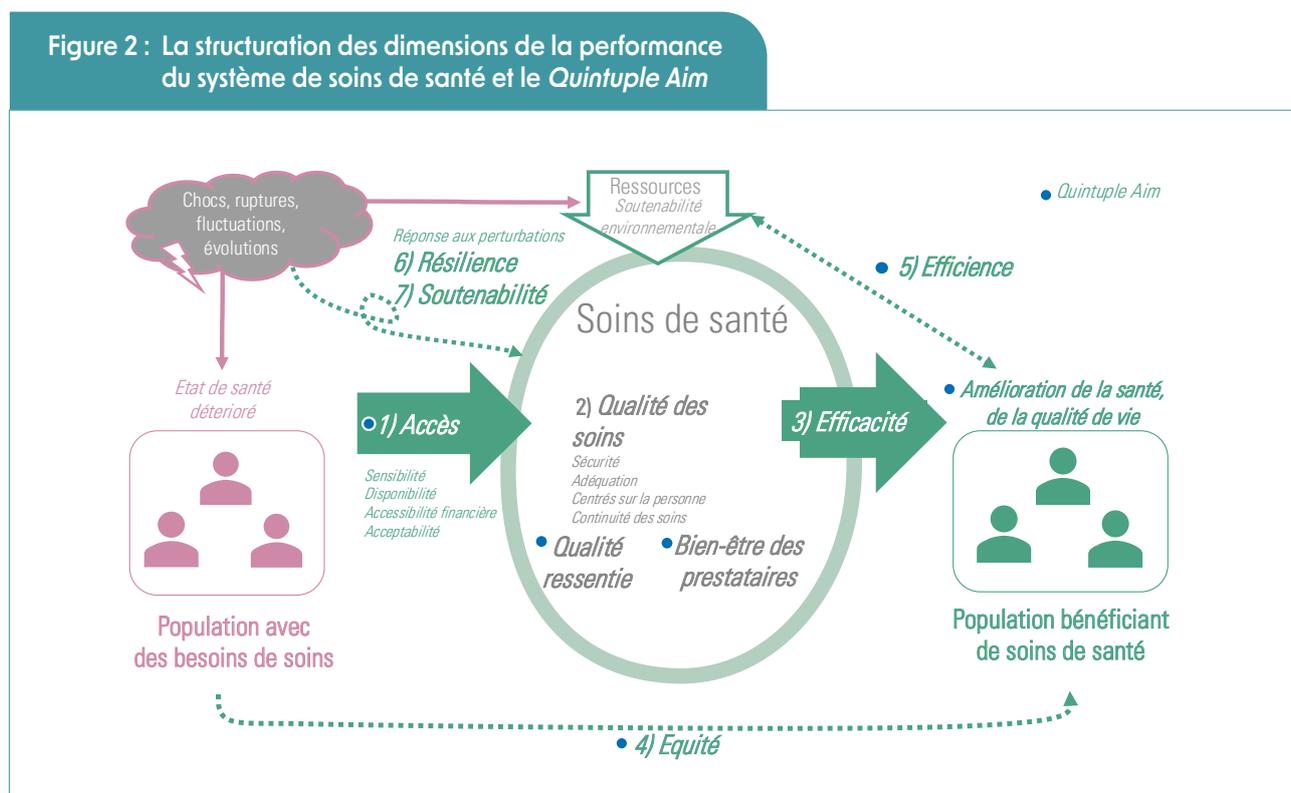
Le KCE a recours à sept dimensions pour évaluer la performance du système de santé, cinq dimensions statiques et deux dimensions dynamiques. Nous distinguons les di-

mensions statiques qui ont trait à la performance du système de soins de santé à un instant particulier dans un contexte défini, des dimensions dynamiques relatives à la capacité d'adaptation du système face à des changements de contexte en raison de diverses fluctuations (épidémie, raréfaction des ressources, évènement climatique extrême, rupture technologique, contexte économique, etc.).

1.2.2. Les dimensions statiques

L'accès aux soins se définit comme l'obtention d'un traitement, au sens large, en cas de besoin de soins objectif d'un point de vue clinique. Ainsi, la première dimension de la performance est celle de l'**accessibilité** des soins, appréhendée au travers de quatre sous-dimensions à partir desquelles les améliorations de l'accès peuvent être réfléchies (Cès, 2021) :

La sensibilité aux besoins de soins correspond à la capacité à identifier les besoins objectifs d'un point de vue clinique (que ce soit par les personnes elles-mêmes et/ou les prestataires de santé) ;



6 Les objectifs du *Quintuple Aim* sont : « [L]a santé de la population (1), la qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance (2), le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées (3), l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité (4) et le bien-être des professionnels de la santé (5) » (INAMI, 2022, p. 55).

- La disponibilité correspond au fait que les services soient atteignables à une distance raisonnable, dans un délai raisonnable, avec une plage horaire suffisamment étendue et avec une prise de contact aisée, par l'ensemble de la population, sans discrimination, et dans les conditions adaptées aux besoins des patient-es (par exemple, en garantissant la communication dans la langue du/de la patient-e ou encore par l'existence d'aménagements pour les personnes à mobilité réduite) ;
- L'accès financier correspond au fait que les contributions personnelles des patient-es soient suffisamment limitées pour, d'une part, ne pas décourager le recours aux soins en cas de besoin et, d'autre part, protéger du risque d'être exposé à des difficultés financières en cas de recours ;
- L'acceptabilité correspond à la capacité à assurer des prestations de soins qui satisfont au besoin de qualité minimum perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé.

La deuxième dimension permettant d'évaluer la performance est la **qualité** des soins. Elle est déterminée par les conditions de délivrance des soins qui peuvent être regroupées autour de quatre sous-dimensions (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006) :

- La sécurité des soins : « la mesure dans laquelle le système ne nuit pas au patient » (Gerkens, et al., 2024a, p. 32).
- L'adéquation des soins : « la mesure dans laquelle les soins de santé fournis sont adaptés aux besoins cliniques, eu égard aux meilleures preuves disponibles à ce point dans le temps » (Gerkens, et al., 2024a, p. 35).
- Les soins centrés sur la personne, c'est-à-dire adaptés à chaque situation : « [...] permet[tent] aux individus de prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leurs soins et de gérer ainsi leur bien-être avec succès » (Gerkens, et al., 2024a, p. 35).
- La continuité des soins : « la mesure dans laquelle les soins de santé dispensés au fil du temps à un utilisateur spécifique sont organisés de façon fluide au niveau d'un prestataire, d'une institution et d'une région et entre ces acteurs, ainsi que la mesure dans laquelle le cours de la maladie est couvert dans son entièreté » (Gerkens, et al., 2024a, p. 41).

Il est important de noter qu'il existe une interdépendance importante entre ces dimensions. Par exemple, un faible

niveau de qualité perçue des soins a un impact sur l'accès financier, les patient-es étant moins enclins à supporter des frais lorsque la qualité perçue n'est pas satisfaisante. De la même façon, des difficultés d'accès à certains soins (entraînant le report ou le renoncement partiel) ont un impact sur le traitement qui sera effectivement reçu, celui-ci étant susceptible d'être revu en fonction de considérations autres que cliniques (par exemple en fonction de contrainte de transport ou encore du coût à charge des patient-es) (Cès & Baeten, 2020).

Troisièmement, la performance peut être évaluée au regard de l'impact du système de soins de santé sur la santé de la population, soit de **l'efficacité** des soins, qui est « le degré d'obtention de résultats désirables, moyennant la mise à disposition correcte de services de soins de santé basés sur des données scientifiquement validées à toute personne susceptible d'en retirer un bénéfice, mais pas à celles qui n'en retireraient aucun bénéfice » (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006; Gerkens, et al., 2024a, p. 28).

L'équité dans l'accès ou le recours aux soins⁷ est la quatrième dimension qui permet d'évaluer la performance. Ce concept découle de la Couverture Sanitaire Universelle¹ et réfère à un jugement normatif sur les inégalités. L'équité horizontale signifie « que les personnes ayant des besoins en soins identiques reçoivent un même (accès au) traitement, sans qu'il soit tenu compte d'autres caractéristiques comme leur revenu, leur niveau d'éducation, leur lieu de résidence, leur origine, etc. » (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020, p. 11).

Cinquièmement, la notion d'**efficience** relie l'efficacité aux ressources engagées dans les soins : « [elle] touche à la relation entre les intrants investis dans le système (cf. les indicateurs de soutenabilité tels que les ressources financières, le personnel et les infrastructures) et les extrants intermédiaires (cf. les indicateurs d'accessibilité et de qualité tels que les délais d'attente, etc.) ou les résultats de santé finaux (cf. les indicateurs d'état de santé tels que les années de vie gagnées) [...] » (Gerkens, et al., 2024a, p. 79).

La mission principale des soins de santé est d'améliorer la santé de la population en couvrant l'ensemble des besoins en soins, c'est l'objectif de Couverture Sanitaire Universelle¹. Celle-ci se réalise lorsque les conditions d'accès aux soins - déterminées par la sensibilité, la disponibilité, l'accessibilité financière et l'acceptabilité des soins - per-

7 Les inégalités de santé ne sont pas traitées directement dans cet article. D'autre part, la question de l'équité verticale (des besoins de soins différents reçoivent des traitements différents adaptés) n'est pas plus traitée dans cet article.

mettent à toutes et tous d'accéder aux soins de qualité, c'est-à-dire en garantissant la sécurité, l'adéquation, les soins centrés sur la personne et la continuité des soins. Le résultat est évalué au travers de l'efficacité, l'équité et l'efficience.

1.2.3. Les dimensions dynamiques

La définition de Contandriopoulos de la performance préfigure deux autres domaines de la performance des systèmes de soins de santé, **la résilience et la soutenabilité** (sixième et septième dimensions à la Figure 2).

La **résilience**, analysée comme une dimension à part entière, est définie comme : « sa capacité à (a) prévoir les chocs, (b) les absorber et (c) s'y adapter (...) d'une manière qui permette (i) de continuer à fournir les prestations requises, (ii) de revenir le plus rapidement possible à un niveau de performance optimal, (iii) d'adapter sa structure et ses fonctions afin de se renforcer et (iv) (éventuellement) de limiter sa vulnérabilité à des chocs futurs similaires et à des changements structurels » (Gerken, et al., 2024a, p. 97).

La notion de **soutenabilité** est proche de la résilience et porte à la fois sur les moyens et la finalité. Différentes définitions peuvent être proposées :

- « La soutenabilité du système peut se définir comme sa capacité à être financé durablement par les recettes publiques, à fournir et à maintenir la main-d'œuvre (par exemple, grâce à l'éducation et à la formation), l'infrastructure et les équipements nécessaires, à se montrer innovant, à répondre aux besoins émergents et à réduire son impact environnemental » (Gerken, et al., 2024a, p. 65).
- Une définition plus complète peut être proposée : « la capacité d'un système de santé à maintenir ses fonctions essentielles – offre de services, approvisionnement de ressources humaines et matérielles, financement et gestion – tout en intégrant les principes de financement équitable, d'équité d'accès aux soins et d'efficacité dans l'objectif d'améliorer la santé des populations et de couvrir leurs besoins » (Or, Gandré, & Wharton, 2022, p. 8). Cette définition inclut le fait que les principes fondateurs du système de santé ne puissent être remis en question. Elle souligne ainsi l'importance de préserver les conditions de la Couverture Sanitaire Universelle.

La soutenabilité environnementale est considérée comme une sous-dimension de la soutenabilité, qui « [...] se définit comme la capacité du système à limiter les impacts négatifs sur l'environnement et à tirer parti des opportunités de le restaurer et de l'améliorer au profit de la santé et du bien-être des générations actuelles et futures » (Gerken, et al., 2024a, p. 78).

Le système doit s'adapter pour garantir la couverture des besoins en cas de perturbation externe, quelle que soit sa nature, économique, sanitaire, politique, démographique, sociale, environnementale, etc. Celle-ci impacte potentiellement les ressources définies au sens large (tout intrant nécessaire à la production des soins tels que les ressources humaines, énergétiques, bâtiments, etc.) et les besoins en soins de la population, c'est le domaine de la soutenabilité et de la résilience.

Résilience et soutenabilité sont intrinsèquement liées.

Par exemple, si les infrastructures de soins ou le nombre de professionnel·les de santé se révèlent insuffisants en temps normal, les soins de santé seront d'autant plus limités pour absorber une augmentation rapide des besoins de soins de la population. Ces deux notions renvoient au problème de l'adaptabilité du système de soins de santé face à des perturbations affectant potentiellement de façon concomitante les besoins de soins et les conditions de mise en œuvre des soins (par exemple avec la raréfaction de ressources au sens large). La crise sanitaire est un exemple marquant de perturbation majeure des besoins de soins à laquelle les systèmes de soins de santé européens ont dû faire face avec des capacités inégales, en particulier en matière de disponibilité des unités de soins critiques, de répartition géographique et d'effectifs des professionnel·les de santé (Sagan, et al., 2024). La soutenabilité aussi implique l'anticipation des fluctuations futures, par exemple celles liées à l'évolution démographique, aux facteurs environnementaux, socio-économiques, etc. Lorsque les perturbations ne sont pas prévisibles, il est possible de mettre en œuvre les conditions favorisant la robustesse du système de soins de santé, que ce soit pour un risque particulier, par exemple en cas d'aléas climatiques extrêmes, ou encore face à un ensemble de risques pour lesquels il est possible d'adopter une approche commune (Witter, et al., 2023).

1.3. Les problèmes de couverture des besoins de soins

Utiliser le cadre proposé des dimensions de la performance du système de santé permet d'identifier de manière exhaustive les problèmes de performance relatifs à la couverture des besoins en soins (voir Figure 3). Celle-ci dépend avant tout des conditions d'accessibilité aux soins et de la qualité des soins délivrés. C'est la raison pour laquelle nous nous appuyons ici principalement sur ces deux dimensions principales. Une insuffisance dans la couverture des besoins dans l'une de ces dimensions est susceptible d'engendrer des problèmes d'efficacité, d'efficience et d'équité.

1.3.1. Types de besoins insuffisamment couverts

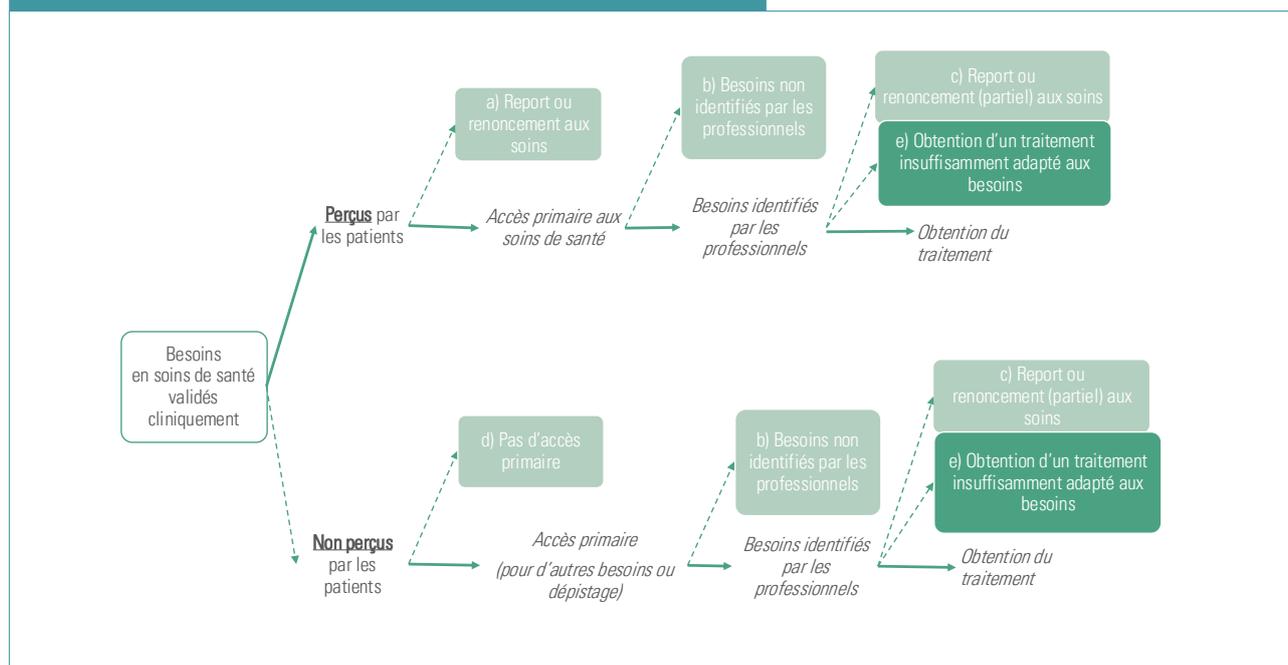
Différents types de besoins insuffisamment couverts peuvent être identifiés :

a) La personne perçoit un besoin de soins, mais elle est contrainte de reporter ou renoncer aux services de santé, par exemple en raison de difficultés financières, d'indisponibilité des services ou d'autres motifs non justifiables au regard du principe de la Couverture Sanitaire Universelle ;

- b) Le besoin de soins n'est pas identifié parce que le diagnostic n'est pas établi par un-e professionnel-le de santé, que le problème soit ressenti ou non par la personne, par exemple en cas de maladie rare ;
- c) Bien que le diagnostic soit posé, la personne est contrainte de reporter ou renoncer (partiellement) au traitement pour des motifs non justifiables au regard du principe de la Couverture Sanitaire Universelle ;
- d) La personne ne perçoit pas son besoin de soin et n'a pas de contact avec un-e professionnel-le de santé (accès primaire) ;
- e) Le diagnostic est établi mais le traitement proposé n'est pas : fourni avec un niveau de sécurité suffisant (conditions de traitement au sens large, par exemple le niveau d'hygiène, interactions médicamenteuses), ou adéquat au regard des recommandations cliniques, ou suffisamment centré sur la personne ou encore délivré avec une continuité des soins suffisante.

Les quatre premiers cas de figure relèvent de problèmes d'accessibilité aux soins tandis que le dernier relève des autres sous-dimensions de la performance du système de soins de santé relatives aux conditions de délivrance des soins de santé, c'est-à-dire la qualité des soins. Dans la réalité, ces problèmes peuvent se combiner par exemple en cas de retard de diagnostic combiné avec un traitement inadéquat.

Figure 3 : Différents types de besoins de soins insuffisamment couverts



1.3.2. Critères de sélection des domaines d'amélioration potentiels des soins de santé

Il est stratégiquement nécessaire de sélectionner les problèmes de performance qui doivent être corrigés en priorité et ainsi visés par des objectifs.

Le premier critère de sélection est l'**objectivation d'un point de vue scientifique du problème de performance** (Martini & Davesne, 2024). La question à laquelle on veut répondre ici est : le problème de performance est-il suffisamment documenté ? Avons-nous assez d'information ?

Le deuxième critère porte sur **la couverture des besoins de soins et les gains de santé potentiels à court ou moyen terme**. La question posée est la suivante : est-ce que la prise en charge actuelle des problèmes de santé dans le cadre de l'assurance soins de santé entraîne un écart entre l'état de santé observé et « l'état de santé réalisable [...] dans l'hypothèse d'un accès et d'une utilisation optimaux de l'offre de soins existante » (voir partie 1.1.2.) ? Si la réponse est positive, cela signifie qu'une meilleure couverture des besoins de soins permettrait d'atteindre de meilleurs résultats de santé publique.

Cela suppose de **pouvoir documenter l'écart entre l'état de santé observé et l'état de santé réalisable grâce aux soins au travers d'indicateurs ou de façon qualitative dans une acception large de la santé**, au-delà des considérations purement cliniques, c'est-à-dire en incluant la qualité de vie dans toutes ses dimensions. Les exemples cités dans le cadre de cette étude sont principalement analysés d'un point de vue quantitatif. La question qui se pose est la suivante : le problème de performance identifié dans les soins de santé implique-t-il des conséquences négatives sur la mortalité⁸, la morbidité⁹, les facteurs de risques de santé modifiables par les soins de santé et la qualité de vie (vie familiale, professionnelle, loisirs, sociale, scolarité, etc.) ?

En fonction des domaines, l'écart de performance peut être plus ou moins difficile à établir (comparaisons internationales, entre groupes populationnels, géographiques, comparaison avec les recommandations cliniques, retour d'expériences de terrain¹⁰, etc.). La mesure d'un écart im-

plique nécessairement la notion de seuil. Au-delà de quel seuil est-il bénéfique de mener des actions ? Cette question ne trouve pas nécessairement de réponse univoque, surtout lorsque le problème est complexe. Il s'agit alors davantage de réunir un faisceau d'indices qui démontrent que les besoins de soins seraient mieux couverts avec un gain de santé significatif en introduisant des changements dans l'organisation des soins (au sens large).

1.4. Les objectifs de soins de santé

1.4.1. Différents types d'objectifs

L'identification des possibilités d'amélioration dans la couverture des besoins de soins constitue le point de départ pour formuler ensuite les objectifs de soins de santé qui visent explicitement la réalisation d'une meilleure couverture des besoins. Toutefois, pour être en mesure de déterminer des objectifs de soins de santé, il est nécessaire d'explicitier préalablement la méthodologie de l'approche par objectif.

On peut distinguer différents types d'objectifs de soins de santé (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017; Martini & Davesne, 2024).

Les objectifs stratégiques

- **Les objectifs de résultat finaux** portent sur l'état de santé ou la qualité de vie. Lorsqu'il s'agit de renseigner sur l'amélioration des soins de santé, ces types d'objectifs posent plusieurs problèmes pour différentes raisons. D'une part, ils peuvent être difficiles à interpréter en raison des multiples causes possibles d'un changement observé car celles-ci ne sont pas uniquement liées au système de soins de santé. D'autres facteurs peuvent également contribuer à modifier l'état de santé de la population, par exemple, les conditions de vie, facteurs environnementaux, etc. D'autre part, s'agissant d'un proxy de l'état de santé déterminé à partir des données d'utilisation des soins de santé, il est possible qu'une variation de l'indicateur ne puisse être interprétée de façon univoque car les causes peuvent être multiples et combinées. Par exemple, une augmentation de la proportion

8 « Un décès est dit « évitable grâce au système de soins » lorsque, à la lumière des connaissances médicales au moment du décès, la plupart des décès dus à cette cause auraient pu être évités grâce à des interventions de soins de santé efficaces et en temps opportun, y compris la prévention et le traitement secondaires » (Gerkens, et al., 2024a).

9 « L'incidence d'une maladie correspond au nombre de nouveaux cas survenus pendant une période donnée dans une population déterminée, tandis que la prévalence correspond au nombre de cas observés dans une population déterminée à un moment donné » (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010, p. 18).

10 Il est possible que l'écart de performance soit identifié sur le terrain mais que l'indicateur pour le mesurer n'existe pas.

des personnes ayant recours à un traitement pour le diabète peut être attribuable à la fois à une amélioration du dépistage et à une augmentation de la prévalence du diabète. Enfin, les actions entreprises pour améliorer l'état de santé sont susceptibles d'avoir un impact à moyen terme seulement (Gregg, et al., 2023).

- **Les objectifs de résultats intermédiaires** portent sur les déterminants de la santé pour atteindre les objectifs de résultat finaux (par exemple la littératie en santé ou encore le contrôle de la pression artérielle), pour lesquels un lien de causalité avec un résultat de santé est bien démontré.

Les objectifs opérationnels

- **Les objectifs de processus** portent sur la façon dont les soins sont délivrés afin d'atteindre les objectifs de résultat. Les objectifs de processus sont utiles pour monitorer à court terme l'implémentation des programmes.
- **Les objectifs de structure et d'organisation** portent sur des modifications de la législation, les infrastructures, les ressources humaines, etc.

Ces objectifs peuvent être définis au niveau macro (national), méso (au niveau des organisations de soins) et au niveau micro (prestataires de soins).

1.4.2. Indicateurs valides et fiables pour la formulation d'un objectif SMART

Pour pouvoir évaluer si l'objectif sera effectivement atteint, il faut veiller également à ce que les indicateurs utilisés pour formuler des objectifs SMART³ valident plusieurs critères (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005) :

- Le critère de sélection le plus simple est celui de la **disponibilité**. L'indicateur existe-t-il déjà ? S'il n'existe pas, les données nécessaires au calcul existent-elles ? De nouvelles données doivent-elles être collectées et à quel coût ? Le coût additionnel doit être suffisamment justifié par l'utilité de l'indicateur.
- La **fiabilité** est un autre critère important à prendre en compte. L'indicateur mesure-t-il « fidèlement un phénomène, c'est-à-dire sans trop de variation aléatoire » (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005, p. 60) ? Un indicateur fiable explicite la collecte des données et le numérateur et le dénominateur utilisés, afin d'éviter autant que possible la subjectivité.

- La **validité** est le fait que l'indicateur mesure effectivement le phénomène étudié, c'est-à-dire qu'il assure une cohérence entre ce qui est réellement mesuré et ce qui est défini théoriquement.

Une variation de l'indicateur doit être attribuable de façon suffisamment robuste et univoque aux soins de santé même si le lien de causalité est toujours sujet à caution. Une augmentation de la prévalence (autodéclarée ou calculée à partir de données administratives de consommation de soins) peut par exemple aussi bien être le bon résultat d'actions favorisant un meilleur dépistage ou encore un meilleur accès financier que le résultat d'une dégradation de l'état de santé, voire les deux de façon concomitante. Le manque de validité est aussi possible lorsque la population de référence n'est pas adéquate d'un point de vue théorique. Par exemple, évaluer l'efficacité des soins chroniques à prévenir des complications graves à partir du nombre d'hospitalisations nécessite que ce nombre soit rapporté au sous-groupe de patient-es effectivement atteint-es de la maladie chronique et non pas de la population dans son entièreté. Si ce taux est rapporté à l'ensemble de la population, c'est-à-dire en incluant les personnes qui ne sont pas atteintes par la maladie, alors une variation pourrait aussi indiquer une évolution de la prévalence. La construction de nouveaux indicateurs pour la formulation d'objectifs SMART doit pouvoir remplir les deux critères, fiabilité et validité.

1.4.3. La valeur cible

Pour la formulation d'objectifs SMART³, il est nécessaire que l'indicateur sélectionné montre un écart avec ce qui est théoriquement atteignable par le système de soins de santé. C'est la notion de seuil évoqué plus haut (partie 1.3.2.) au-delà duquel il est souhaitable d'intervenir pour améliorer les soins. **Un objectif SMART consistera à proposer une réduction de l'écart sous la forme d'une valeur cible**. S'il existe différentes méthodes pour déterminer une valeur cible, il faut veiller à ce que la valeur cible soit suffisamment réaliste pour engager les parties prenantes. C'est pourquoi la réflexion doit s'appuyer sur la valeur actuelle de l'indicateur. Il serait en effet irréaliste de proposer une valeur cible sans tenir compte de la valeur de référence.

La valeur cible à atteindre peut être choisie de différentes façons (Gregg, et al., 2023) :

- En valeur absolue ou relative à partir de la valeur de référence (*baseline*) ;
- Par le calcul d'une évolution minimale statistiquement significative ;
- Par rapport à une tendance observée de référence (soit dans la continuité, soit en proposant un pourcentage d'amélioration relativement à la tendance observée) ;
- En cohérence avec les recommandations cliniques ;
- Par consensus et le recours à des critères multiples ;
- S'agissant de biomarqueur (par exemple la proportion du groupe cible avec une pression artérielle inférieure à un certain niveau), le niveau souhaitable doit également faire l'objet d'une analyse (souvent en lien avec les recommandations cliniques et les risques associés pour la santé) ;
- En appliquant le meilleur résultat observé dans les sous-groupes de population.

Il est essentiel d'évaluer dans quelle mesure le système de soins de santé couvre suffisamment les besoins en soins de la population. Lorsque des insuffisances dans la réalisation de cette mission existent, cela engendre un état de santé moins bon que ce qui serait réalisable théoriquement compte tenu des connaissances médicales actuelles. Différentes dimensions sont définies pour évaluer la performance du système à couvrir les besoins de soin. L'accessibilité et la qualité des soins sont les dimensions principales qui permettent de détecter des insuffisances dans la couverture des besoins. Le système échoue à couvrir les besoins cliniques validés en cas de problèmes d'accès et/ou de qualité des soins. L'efficacité, l'équité et l'efficience, des dimensions plus transversales, permettent de mesurer l'impact de ces problèmes. La définition d'objectifs constitue une stratégie permettant de corriger en priorité certains problèmes de performance.

Ce cadre est testé pour analyser la prise en charge du diabète et des maladies cardiovasculaires de façon à expliciter la démarche de fixation des objectifs d'amélioration de la performance des soins.

2. Meilleure couverture des besoins de soins pour les maladies chroniques

Afin de montrer comment une évaluation de la performance du système des soins de santé peut être mise en œuvre, nous étudierons ici deux cas de prise en charge¹¹ des personnes atteintes d'une maladie chronique en Belgique en appliquant le cadre d'analyse précédemment expliqué. En raison de l'évolution épidémiologique rapide de ces deux dernières décennies, les maladies chroniques¹² constituent un domaine prioritaire au niveau politique depuis 2021¹³.

En effet, nous observons une augmentation importante de la proportion de personnes (de plus de 15 ans) qui déclarent être atteintes d'au moins une maladie ou une affection chronique, pour atteindre 29% en 2018, soit une augmentation de 17% par rapport à 2001¹⁴. Les personnes dont les revenus sont les plus bas (premier quintile de revenu) subissent de façon encore plus rapide une dégradation importante de leur état de santé puisqu'on observe une augmentation de 52% entre 2001 et 2018 de personnes atteintes d'affections chroniques (autodéclaré).

Les pertes de santé sont également inégalement réparties au sein de la population. Certains groupes tels que les femmes, les personnes âgées ou encore les personnes moins favorisées subissent ainsi une détérioration plus importante de la santé en cas de maladie chronique (Van Wilder, et al., 2022). Il est donc essentiel d'identifier ces disparités et les possibles insuffisances dans la prise en charge afin de réduire le fardeau des maladies chroniques.

11 Le domaine de la prévention primaire n'est pas abordé directement dans l'analyse.

12 Bien qu'il n'existe pas de définition à proprement parler de maladie chronique en Belgique : « une maladie chronique peut être définie comme un problème de santé qui dure "longtemps" » (Maertens de Noordhout, et al., 2022, p. 17).

13 En mars 2021, une *task force* Objectifs de soins de santé, une *task force* Soins appropriés (Appropriate Care), une *task force* Cadre pluriannuel dynamique, un Comité scientifique et un Comité de pilotage global ont été lancés afin de développer une méthodologie concrète pour l'intégration des objectifs de santé dans les choix de l'assurance soins de santé et d'élaborer un plan de soins efficace. Cette concertation a donné lieu à un rapport en 2022 (INAMI, 2022).

14 Voir <https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey/hisia#health-and-quality-of-life>.

2.1. Le diabète

2.1.1. Fardeau de la maladie

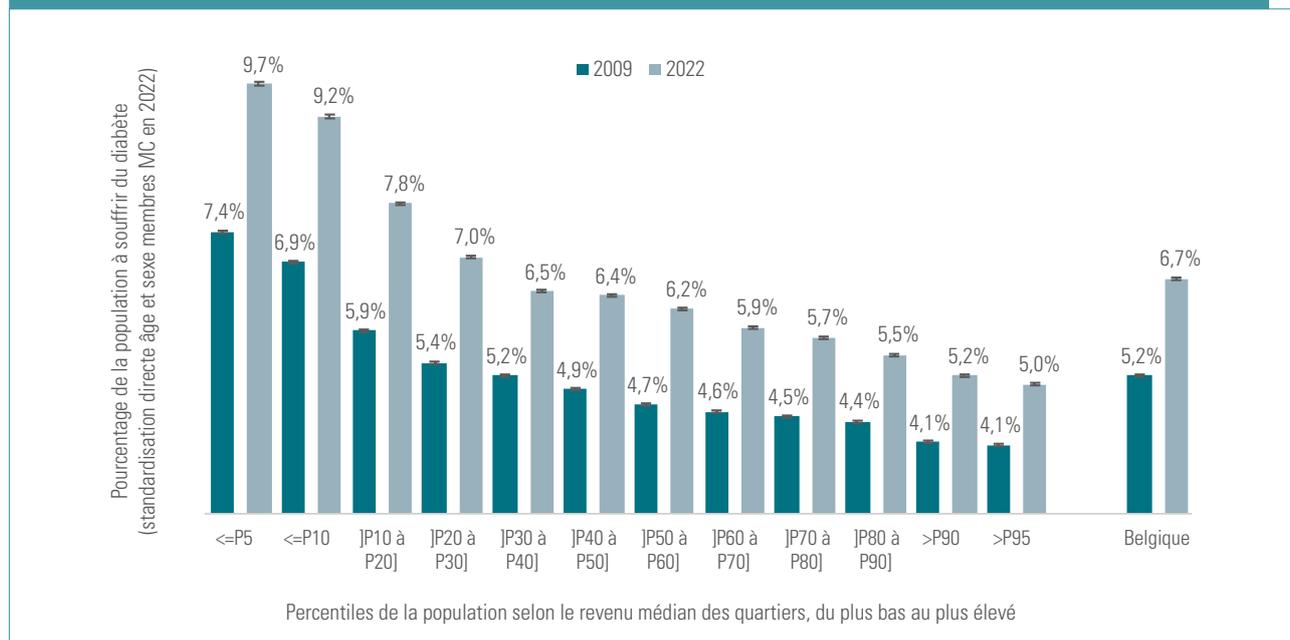
Le diabète¹⁵ est une maladie chronique qui se caractérise par l'incapacité à réguler l'excès de glucose. Une mauvaise prise en charge provoque des problèmes de santé aigus liés à l'hyperglycémie (fatigue, irritabilité, urines fréquentes, soif intense, mycoses à répétition, cicatrisation lente des plaies, troubles de la vision, acidocétose) ou liés à l'hypoglycémie (faiblesse musculaire, tremblements, palpitations, troubles de la vision). L'hyperglycémie a des répercussions importantes sur la santé à terme telles que des maladies cardiovasculaires, des atteintes aux nerfs, une perte de vue ou encore l'insuffisance rénale. Le diabète est une maladie chronique pour laquelle il existe des stratégies de traitement efficaces. Les complications associées peuvent être prévenues grâce à une prise en charge adaptée (Gregg, et al., 2023).

2.1.2. Gradient social

En 2022, 6,7% de la population bénéficie d'une prise charge pour le diabète (méthodologie utilisée par l'Agence Inter-mutualiste pour identifier les patient-es diabétiques¹⁶ appliquée aux données de la MC pondérées selon la structure de la population belge). En 2009, la prévalence était de 5,2%, soit une croissance de 22% entre 2009 et 2022 (voir Figure 4).

Un fort gradient social s'observe pour la prévalence du diabète diagnostiqué (standardisée par âge et sexe), qui se renforce avec le temps. En 2009, l'écart de prévalence est de 83% entre les quartiers les plus pauvres et ceux les plus riches¹⁷ : 7,4% dans le percentile 5 et 4,1% dans le percentile 95. En 2022, cet écart progresse et passe à 93%, soit une prévalence près de deux fois plus élevée dans les quartiers pauvres (9,7% dans le percentile 5) que

Figure 4 : Évolution du diabète (diagnostiqué¹⁸) en Belgique entre 2009 et 2022 en fonction du revenu fiscal médian du quartier dans lequel les personnes résident (source : données de la MC pondérées selon la structure d'âge, de sexe, de province et de statut BIM de la population belge)



15 L'analyse réfère principalement au diabète de type 2 (sauf lorsque la distinction est explicitement mentionnée) qui est le plus répandu (estimé entre 85% et 90% selon l'association belge du diabète : <https://www.diabete.be/le-diabete-2/diabete-de-type-2-13/definition-61#gsc.tab=0>).

16 « La prévalence du diabète (de type 1 ou 2) diagnostiqué est estimée sur base du nombre d'assurés ayant reçu des antidiabétiques (code ATC A10) ou ayant une autre nomenclature de référence du diabète (convention du diabète, passeport du diabète, trajectoire de soins du diabète) » (https://atlas.aim-ima.be//info/metadataPDF/METADATA_002_001_FR.pdf).

17 Il s'agit du revenu fiscal médian par déclaration fiscale des secteurs statistiques en 2022 (Source : Statbel). A noter que les déclarations fiscales sans revenu ne sont pas incluses dans le calcul.

18 La méthodologie utilisée pour identifier les patient-es diabétiques est celle appliquée pour l'évaluation de la performance du système de soins de santé belge (Gerkens, et al., 2024b, p. 123) : personnes de plus de 18 ans avec des codes ATC= A10A ou ATC=A10B (avec un seuil minimum de dose journalière) et avec des conditions d'exclusion pour ne pas surévaluer le non-recours (ne pas être membre de la Mutualité chrétienne en continu au cours de la période étudiée et décès au cours de la période).

dans les quartiers les plus riches (5%, percentile 95). Ainsi, on observe une augmentation de 31% de la prévalence entre 2009 et 2022 dans les quartiers les plus pauvres (de 7,4% à 9,7% dans le percentile 5), et de 23% dans les quartiers les plus riches (de 4,1% à 5% dans le percentile 95). Il est interpellant d'observer une augmentation rapide de la prévalence dans les quartiers plus favorisés car les conditions de vie y sont à priori plus favorables pour la santé. Plus remarquable encore, une progressivité selon le niveau richesse du quartier est également observée : la prévalence augmente à mesure que le revenu du quartier de résidence diminue. Ces disparités sont susceptibles d'être encore plus accentuées dans la réalité en raison du risque de sous-dépistage dans les quartiers défavorisés et du fait que les personnes ne sont pas classées en fonction de leurs revenus individuels, mais en fonction du revenu fiscal médian de leur lieu de résidence.

Une étude récente en Belgique montre également que dans le cas du diabète, le statut socio-économique est un facteur important d'inégalité (Van Wilder, et al., 2022). Pour le groupe de statut socio-économique intermédiaire, une perte de 2,2 fois plus d'années de vie pondérées par la qualité (QALY) est observée relativement au groupe le plus favorisé. Les moins favorisés, quant à eux, subissent la plus grande perte de QALY avec 4,4 fois plus d'années de

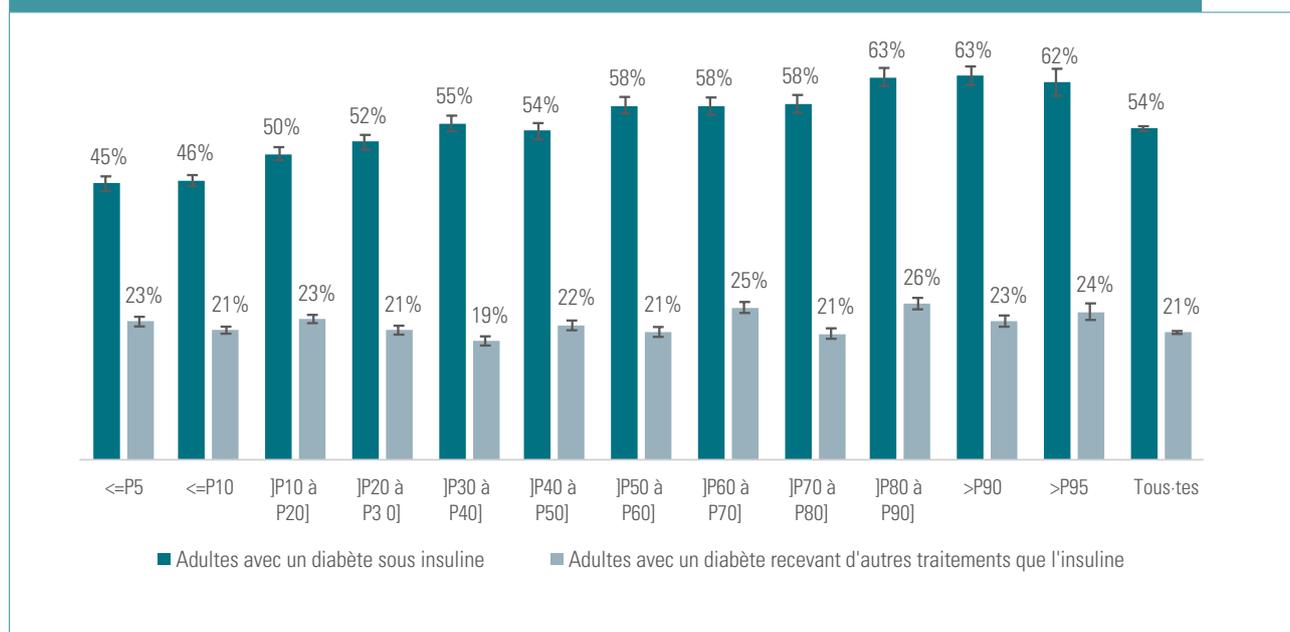
vie pondérées par la qualité perdues en comparaison avec le groupe le plus favorisé.

2.1.3. Besoins de soins insuffisamment couverts

Malgré la hausse rapide de la prévalence observée entre 2009 et 2022, 30% de personnes diabétiques ne seraient pas diagnostiquées (estimation basée sur des prélèvements urinaires et sanguins (Belgium.be, 2024b)). Cela suggère que l'accessibilité des soins du diabète en Belgique ne serait pas encore optimale. Il faut souligner également que les sous-groupes moins favorisés, davantage touchés par la maladie, risquent d'être encore moins bien dépistés en raison d'un accès plus limité aux soins (Cès & Baeten, 2020).

Concernant la prise en charge, le suivi s'améliore (Gerkens, et al., 2024a) mais il pourrait être meilleur au regard de la fréquence parfois insuffisante des examens de suivis. Or, les examens de suivi sont essentiels car ils sont associés à une diminution significative de la mortalité (Holman, et al., 2021). Il est possible de mesurer la part des patient-es diabétiques de plus de 18 ans, diagnostiqué-es de type 1 ou 2, qui bénéficient d'un suivi adéquat, celui-ci étant défini par la réalisation de cinq tests (créatinine, bilan lipidique, l'HbA1c ou hémoglobine glyquée, l'albumine, examen ophtalmologique) sur 15 mois (voir Figure 5).

Figure 5 : Proportion de patient-es diabétiques en 2022 pour lesquels le suivi est approprié entre janvier 2023 et mars 2024 (méthodologie KCE¹⁹ appliquée aux données MC pondérées selon structure de population belge en 2022, standardisation selon l'âge et le sexe)



19 Pour identifier les patient-es qui ont bénéficié d'un suivi adéquat sur 15 mois, la méthodologie de l'évaluation de la performance du système de soins de santé belge a été appliquée (Gerkens, et al., 2024b, p. 122).

Une différence importante est observée selon le niveau de revenu des quartiers de résidence des patient-es (2022). Dans les quartiers les plus riches, la part des patient-es sous insuline avec un suivi adéquat est beaucoup plus élevée : 63% de patient-es ont un suivi approprié (percentile 90) tandis que dans les quartiers les plus pauvres, c'est uniquement le cas pour 46% des patient-es (percentile 10). Il n'y a pas de différence importante selon le niveau de revenu des quartiers de résidence pour les patient-es diabétiques qui prennent d'autres médicaments que l'insuline.

En 2021, globalement, 86% des adultes diabétiques sous insuline ont été enregistrés dans l'un des protocoles de soins pour le diabète (passeport diabète, trajets de soins « maladies chroniques » et convention en matière d'autogestion du diabète pour les patient-es les plus complexes²⁰). Ce résultat est élevé mais il signifie en creux que 14% des personnes diabétiques sous insuline n'en ont pas bénéficié (les différences selon le statut BIM restent faibles). Des disparités importantes sont observées : ce chiffre monte à 19% à Bruxelles, 30% pour les personnes qui vivent en institution (Gerkens, et al., 2024a).

Pour les personnes avec un traitement autre que l'insuline, la proportion de patient-es qui ont bénéficié d'un protocole de soins pour le diabète (un passeport/pré-trajet de soins ou trajet de soins) reste faible avec seulement 26.6% en 2021 (la Wallonie étant la région où la proportion est la plus faible proportion avec 17,7%). Les faibles différences observées selon le niveau socio-économique montrent qu'il s'agirait sans doute moins d'un problème d'accessibilité mais plutôt un problème d'adéquation des soins.

2.1.4. Évolution des complications

Le nombre d'hospitalisations liées aux complications du diabète (en cas de diabète incontrôlé ou de complications liées au diabète)²¹ reste élevé avec 136,4 en 2021 par comparaison avec la moyenne européenne²² (EU-17 pays, 104 par 100.000 habitants, âgés de 15 ans et plus, standardisé par âge et sexe). Néanmoins, entre 2010 et 2020, une diminution est observée (non standardisée par âge et sexe) sauf pour l'année 2021 (dernière année disponible) (Gerkens, et al., 2024b).

Chez les personnes diabétiques, l'incidence des amputations des extrémités basses a diminué entre 2009 et 2018 (standardisée par âge et sexe, entre 24 et 29% (Lauwers, et al., 2022; Claessen, et al., 2018)). Cette diminution a été plus importante chez les femmes que chez les hommes. Les amputations majeures ont diminué de façon significative (45%) sur la même période tandis que les amputations mineures n'ont pas diminué de façon significative (Lauwers, et al., 2022). Cette tendance s'observe également chez les pays voisins. La différence importante observée de risque d'amputation entre les femmes et les hommes pourraient être expliquée par différents facteurs de risque, cardiovasculaires, psychosociaux (Vanherwegen, Lauwers, Lavens, Doggen, & Dirinck, 2023). Le taux d'amputation secondaire est de 31,3% après une amputation mineure et de 18,4% après une amputation majeure (Lauwers, et al., 2022). Ce chiffre global masque une réalité plus contrastée car certains groupes vulnérables sont plus à risque de subir plusieurs amputations.

Les différences de risques d'amputation sont en effet bien objectivées à partir des données des membres adultes MC pour les personnes BIM et non BIM (voir Figure 6). Un taux supérieur d'amputation est observé chez les personnes diabétiques bénéficiaires de l'Intervention Majorée (entre 2022 et 2024) :

- Chez les patient-es sous insuline 1,4% des patient-es BIM diabétiques ont subi au moins une amputation pour seulement 0,8% de patient-es non BIM. Même si la proportion est faible, elle est presque deux fois supérieure chez les patient-es BIM diabétiques relativement à celle des patient-es non BIM ;
- Chez les patient-es diabétiques qui ne sont pas sous insuline, malgré une proportion faible, une différence est observée : 0,23% chez les personnes non BIM et 0,34% chez les personnes BIM.

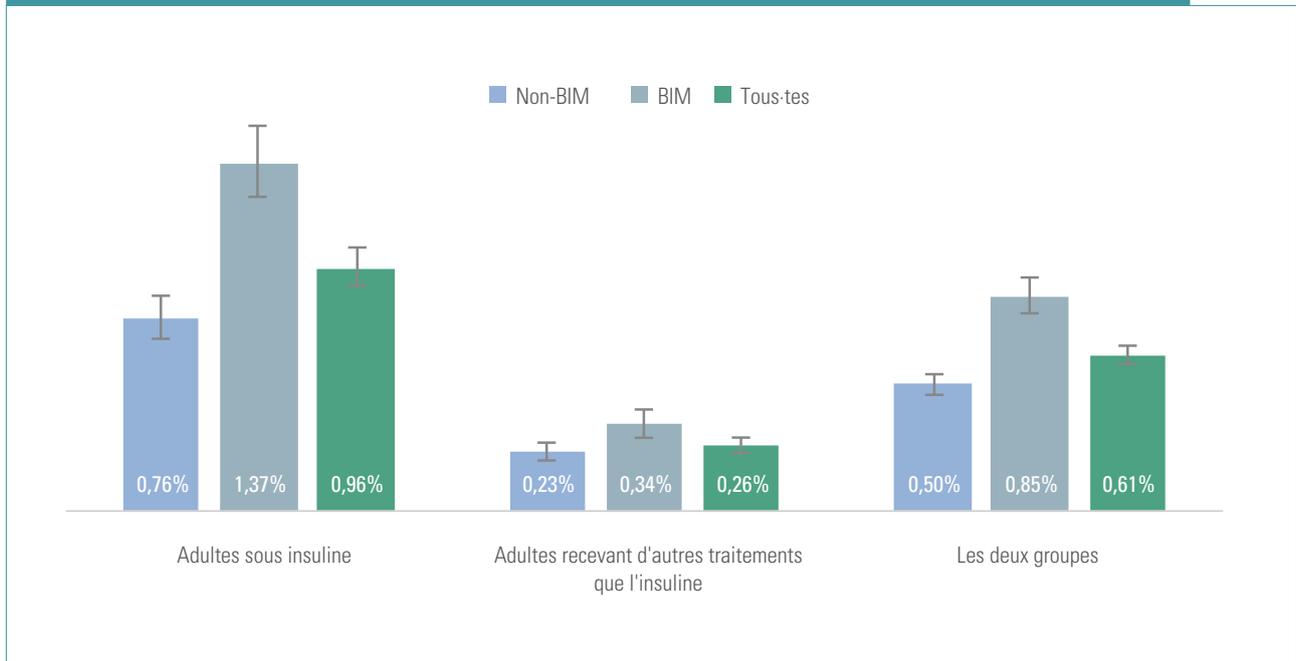
De plus, des assistant-es sociaux qui travaillent à l'hôpital rapportent que les personnes socio-économiquement défavorisées sont plus fréquemment amputées à plusieurs reprises à cause d'un manque de soins de plaie trop coûteux pour les patient-es (Cès & Baeten, 2020). Ces complications sont dramatiques pour les patient-es et re-

20 Voir <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/maladies/diabete-remboursement-des-differentes-prises-en-charge#autres-programmes-d-accompagnement-specifiques>.

21 L'indicateur d'admission pour des complications liées au diabète est basé sur la somme de trois indicateurs : les admissions pour des complications à court terme (acidocétose, hyperosmolarité), pour des complications à long terme (rénale, œil, neurologique, circulatoire ou autre non spécifiée) et pour le diabète non contrôlé (Gerkens, et al., 2024b, p. 42).

22 Une limite à la comparaison internationale est qu'un taux d'admission plus faible pourrait refléter une prévalence du diabète moindre et non pas une meilleure prise en charge car il n'est pas rapporté à la population diabétique.

Figure 6 : Proportion de patient-es diabétiques (de plus de 18 ans, y compris les personnes décédées sur la période) qui ont subi au moins une amputation entre 2022 et 2024 (Source : Données MC pondérées selon la structure de population belge en 2022, standardisation selon l'âge et le sexe)



présentent potentiellement un problème d'efficacité en raison du coût élevé de prise en charge évitable grâce à un meilleur accès aux soins.

2.1.5. Impact de la maladie sur le fardeau financier des soins

À partir des données des membres MC, il est possible d'estimer le fardeau financier que représentent les coûts à charge des patient-es diabétiques en comparant les frais de soins avec les personnes non-diabétiques. Les contributions personnelles « comprennent les tickets modérateurs, les suppléments (facturation supplémentaire au-delà du tarif défini dans la nomenclature) et les paiements directs des produits et services non couverts » (Gerkens, et al., 2024a, p. 52). En dehors des hospitalisations, les frais pour des produits et services non couverts par l'assurance obligatoire soins de santé ne sont pas connus et ne sont pas inclus dans l'estimation. Il s'agit donc d'une estimation plancher du coût de la maladie.

Le coût total moyen à charge des patient-es²³ (données 2023-2024 sur 15 mois pour l'ensemble des patient-es détectés en 2022²⁴) est de :

- 880 euros pour les patient-es non-BIM diabétiques sous insuline sur 15 mois, contre 624 euros pour les patient-es non-diabétiques non-BIM, soit 256 euros de différence attribuable au diabète. 25% des patient-es diabétiques supportent un coût total supérieur à 960 euros (versus 657 euros pour les personnes non diabétiques).
- 583 euros pour les patient-es BIM diabétiques sous insuline, contre 426 euros pour les patient-es BIM non-diabétiques, soit un surcoût attribuable au diabète de 157 euros. 25% des patient-es BIM diabétiques sous insuline supportent un coût total supérieur à 644 euros (versus 435 euros pour les personnes BIM non-diabétiques).

Les frais de prise en charge (minimum estimé sans prise en compte des frais non remboursés non enregistrés) se cumulent et représentent un poids financier important, en

23 Tickets modérateurs nets (après application du Maximum à Facturer) et suppléments enregistrés dans le cadre de l'exécution de l'assurance obligatoire (enregistrement partiel). Les soins non-remboursés par l'assurance obligatoire ne sont pas repris dans l'analyse. Il s'agit donc d'une sous-estimation du montant total payé par les patient-es.

24 Patient-es de plus de 18 ans en 2022, à l'exclusion des patient-es décédés au cours de la période 2022-2024, des patient-es qui ne sont pas membres de la MC au cours de la période en continu. Appariement 1:2 du groupe de contrôle (dont sont exclues toutes les personnes ayant eu recours à des prestations/médicaments liés au diabète entre 2021 et 2025) en fonction de l'âge, du sexe, de la province et du statut BIM.

particulier pour les personnes BIM. Ce statut permet de réduire le coût mais de façon limitée.

2.1.6. Pistes d'amélioration

Le diabète est un problème de santé publique dont la prévalence est importante. Il est encore insuffisamment dépisté alors même qu'il risque de se renforcer dans les années à venir. Un fort gradient socio-économique est observé : la prévalence du diabète augmente de façon importante à mesure que le niveau socio-économique décroît, avec une perte de QALY plus importante que dans le groupe le plus favorisé. Or, pour les personnes défavorisées, le risque d'une prise en charge insuffisante augmente : probabilité moindre de bénéficier d'un suivi régulier et complet, avec un risque plus élevé de graves complications en raison notamment d'un moindre accès aux soins. Ainsi, chez les personnes moins favorisées socio-économiquement, une prise en charge adaptée est susceptible de mieux rencontrer leurs besoins de soins plus importants. À partir de ces constats, il est possible de proposer des améliorations formulées sous la forme d'objectifs (à atteindre d'ici cinq ans) à titre d'illustration :

- a) **Objectif de résultat final** : diminution de l'incidence des hospitalisations liées aux complications du diabète chez les personnes diagnostiquées et en fonction du statut socio-économique : diminution pour l'ensemble du groupe de personnes diabétique et suppression de l'écart entre les groupes socio-économiques, par exemple, les groupes moins favorisés (< au percentile 50) atteignent la valeur du percentile 80-90 ? (Valeur cible à déterminer en fonction de la valeur de l'année de référence selon les groupes socio-économiques).
- b) **Objectifs de résultat intermédiaire** : atteindre 80% de contrôle glycémique (HbA1c < 8%) et de la pression artérielle (< 140/90) chez les personnes diagnostiquées (Organisation Mondiale de la Santé (Gregg, et al., 2023)).
- c) **Objectifs opérationnels de processus** : **Amélioration de l'accessibilité des soins selon le principe de l'universalisme proportionné²⁵** :

- Améliorer la sensibilité aux besoins de soins par un dépistage précoce, en particulier dans les groupes les plus à risques ;
- Améliorer l'accès financier : réduction des contributions personnelles pour le suivi du diabète supportés par les patient-es.

Amélioration des conditions de délivrance des soins :

La qualité des soins peut être améliorée en rendant les soins plus adéquats afin d'assurer des examens réguliers dans une proportion plus importante, en particulier chez les personnes non insulino-dépendantes :

- Augmentation de la proportion de personnes diabétiques sous insuline qui réalise les examens de suivi sur une période 15 mois : de 54% en 2022 à 75% d'ici cinq ans et réduction de l'écart observé entre les sous-groupes de population selon le niveau socio-économique pour passer à maximum 10 points²⁶ d'écart (comparativement à 18 points d'écart en 2022) ;
- Augmentation de cinq points de la proportion de personnes sous insuline qui bénéficient d'un protocole de soins pour le diabète pour atteindre 91% (86% en 2021) ;
- Augmentation de 20 points du pourcentage de patient-es diabétiques, traités autrement que par insuline, qui bénéficient d'un protocole de soins pour atteindre 46% (26,6% en 2021).

2.2. Les maladies cardiovasculaires chez les femmes

En 2020, l'incidence de l'infarctus du myocarde (destruction du muscle cardiaque dû à l'obstruction d'une artère coronaire), ajustée par âge, est moins élevée chez les femmes (91/100.000) que chez les hommes (135/100.000) (Belgium.be, 2024a). La prévalence autodéclarée de l'angine de poitrine (provoquée par un rétrécissement des artères coronaires) est quant à elle de 2,5% chez les femmes et de 5,9% chez les hommes de plus de 65 ans²⁷. Les maladies cardiovasculaires (qui recouvrent un ensemble de pathologies) représentent la première cause de mortalité chez les femmes (24,9% en 2022 (Statbel, 2025)).

25 Ce principe propose de moduler les interventions selon le gradient social de santé pour répondre aux besoins différents des sous-groupes de la population : « Les actions devraient être universelles, mais avec une intensité et une échelle proportionnelle au niveau de désavantage » (Francis-Oliviero, Cambon, Wittner, Marmot, & Alla, 2020).

26 Le point correspond à la différence arithmétique entre deux pourcentages : par exemple, si un taux passe de 20% à 30%, cela correspond à une différence de 10 points.

27 Voir <https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey/hisia#health-and-quality-of-life>.

2.2.1. Besoins de soins insuffisamment couverts

Si le taux de mortalité après infarctus aigu du myocarde à 30 jours dans la population générale s'est globalement amélioré entre 2000 et 2014 (Gerkens, et al., 2024b), deux études ont montré que le risque de mortalité après intervention coronarienne percutanée est significativement plus élevé chez les femmes en Belgique, après ajustement des facteurs de risque de mortalité (en particulier l'âge). On observe ainsi un risque de mortalité accru de 35% à l'hôpital après une intervention coronarienne percutanée chez la femme comparativement aux hommes (Lempereur, et al., 2016). Une autre étude montre une différence de risque de mortalité de presque 50% chez les femmes en cas d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST comparativement aux hommes (Gevaert, et al., 2014). Ce type de résultat avait déjà été montré en 2005 en Belgique (mortalité ajustée en fonction de l'âge (Van Brabant, et al., 2005)).

Comment expliquer un pronostic moins favorable pour les femmes ? Différents facteurs se combinent pour expliquer la différence de risque mortalité observée chez les femmes après intervention coronarienne percutanée, en premier lieu les facteurs influençant le délai d'obtention du traitement de l'infarctus du myocarde.

Le délai de prise en charge est un des facteurs les plus déterminants de la survie dans le cas d'occlusion complète de l'artère coronaire (60 à 90 minutes après le premier contact (Beauloye, 2017)). Or, les femmes reconnaîtraient plus tardivement leurs symptômes que les hommes par manque de sensibilisation ou encore à cause de l'existence de barrières à l'accès aux soins (Vogel, et al., 2021). Après le premier contact, c'est toute la chaîne de soins qui doit s'organiser pour réduire le délai d'obtention du traitement. Des défaillances dans la priorisation pourraient intervenir dès le début par les services ambulanciers, le délai d'attente étant en moyenne plus long pour les femmes (Melberg, Kindervaag, & Rosland, 2013), malgré des symptômes similaires et un diagnostic identique (à noter qu'un outil basé sur des critères améliore la performance de la priorisation des patient-es).

Le diagnostic des atteintes cardiovasculaires chez les femmes serait également retardé en raison d'un manque de reconnaissance des symptômes féminins (qui sont différents des symptômes des hommes) et la sous-estimation du risque chez les femmes jeunes par les médecins (Gevaert, et al., 2014; Sholokhova, 2023; Pasquet, 2022).

Concernant la prévention secondaire des récives, les facteurs de risque chez les femmes ne seraient pas suffisamment contrôlés (moins d'activité physique, prévalence plus élevée de l'obésité, moins bon contrôle du cholestérol et de l'hémoglobine glyquée) (Vynckier, et al., 2022; Pasquet, 2022). Les recommandations en prévention secondaire, développées principalement à partir d'essais cliniques recrutant majoritairement des hommes, ne seraient pas suffisamment adaptées au profil de risque féminin. Il faut également noter que la réponse médicamenteuse diffère selon le sexe (pour les traitements anticoagulants et antiplaquettaire) (Vogel, et al., 2021; Pasquet, 2022). Davantage de recherche ciblant les femmes est indispensable pour combler ce manque de connaissance médicale. Ces constats sont le reflet d'une inégalité structurelle dans la prise en charge des problèmes cardiovasculaires, à la fois en termes d'accessibilité mais aussi de traitement adéquat.

2.2.2. Les pistes d'amélioration

Les études pointent le fait que les soins sont insuffisamment adaptés aux besoins cliniques spécifiques des femmes à toutes les étapes de la prise en charge (lors de l'établissement du diagnostic, lors du traitement et de la prévention secondaire).

L'**amélioration de l'accès aux soins** est déterminante pour réduire la mortalité chez les femmes, en particulier en agissant sur la sensibilité (la capacité à établir un diagnostic précoce, tant du point de vue des soignant-es que des patientes). La réduction du délai entre les premiers symptômes et l'obtention du traitement est un enjeu majeur pour améliorer la survie des femmes.

Concernant la **qualité des soins** (les conditions de délivrance des soins) : l'adéquation des soins pourrait être améliorée afin de délivrer un traitement plus adapté aux facteurs de risques spécifiques chez les femmes. Il ne s'agit toutefois pas uniquement d'un problème d'adéquation des soins. En particulier, la recherche devrait apporter une meilleure connaissance scientifique des besoins de soins et des traitements spécifiques des problèmes cardiovasculaires chez les femmes.

À partir de ces constats, des améliorations peuvent être formulées sous la forme d'objectifs à atteindre d'ici cinq ans (à titre d'illustration).

- a) **Objectif de résultat final** : diminuer le taux de mortalité à 30 jours chez les femmes²⁸ pour un infarctus du myocarde.
- b) **Objectifs opérationnels de processus** :
Former les professionnel·les de santé aux symptômes féminins des maladies cardiovasculaires et à une prise en charge adaptée chez la femme ;
Diminuer le délai entre le premier contact avec un·e professionnel·le de santé et le traitement, au niveau des hôpitaux et macro (indicateur à priori non disponible à construire) ;
- c) **Objectifs opérationnels de structure** : développer la recherche sur la santé cardiovasculaire des femmes.

3. La gouvernance du système des soins de santé basé sur le travail par objectif

L'approche par objectif pour améliorer la performance du système de santé doit s'appuyer sur une démarche structurée, fondée sur la mobilisation des connaissances, la participation des parties prenantes et l'évaluation continue.

Tout d'abord, nous soulignons des éléments importants dont il faudrait tenir compte pour mieux évaluer la performance du système de soins de santé et rendre compte des besoins en soin encore insuffisamment couverts.

Dans cette partie, nous verrons également comment la fixation des objectifs visant à remédier aux problèmes de performance devrait s'intégrer dans un cycle de gouvernance. La gouvernance doit assurer l'engagement de tout le monde autour d'objectifs prioritaires. En effet, l'atteinte des objectifs ne dépend pas uniquement des moyens disponibles. Elle est fortement conditionnée à la façon dont les acteur·rices seront impliqués dans toutes les étapes de l'élaboration des politiques de soins de santé.

3.1. Mieux évaluer la performance du système de soins de santé

Dans la première partie de notre étude, nous avons vu que la capacité à élaborer des politiques dans le domaine

des soins de santé pour mieux répondre aux besoins en soins de la population va dépendre en premier lieu de **l'évaluation de la performance des soins**, celle-ci devant permettre de rendre compte de la réalisation de la mission du système de soins de santé. Les résultats démontrent qu'une meilleure couverture des besoins de soins de la population doit pouvoir être réfléchi de façon complète dans toutes les dimensions de la performance, c'est-à-dire en questionnant principalement l'accessibilité des soins et la qualité des soins ainsi que les répercussions sur l'efficacité, l'équité et l'efficience. Le cadre conceptuel de l'évaluation de la performance du système de soins de santé développé par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé et les quatre dimensions de l'accessibilité s'avèrent des outils d'analyse pertinents pour identifier à la fois les problèmes et les pistes d'amélioration. Toutefois, les exemples de problèmes de couverture des soins analysés plus hauts montrent qu'il est nécessaire, **d'une part d'étendre encore davantage le champ de l'évaluation de la performance des soins et d'autre part d'affiner** pour mieux appréhender la couverture des besoins de soins et soutenir le système de soins de santé dans sa mission.

Il est aussi important de souligner que l'évaluation de la performance ne peut se reposer uniquement sur le travail du KCE. Les exemples de maladies chroniques étudiés montrent qu'il est possible de réaliser une synthèse pertinente des problèmes de performance en regroupant les résultats de différentes sources. Cela permet de fournir une vue étendue et détaillée grâce à leur complémentarité et de renforcer la validité des résultats lorsqu'ils sont convergents.

3.1.1. La recherche et la formation continue des professionnel·les de santé

Un domaine moins considéré de la performance du système de soins de santé est celui des **recherches scientifiques** en santé. Les exemples de maladies chroniques analysés montrent qu'en dépit de l'existence de traitements, des lacunes importantes persistent dans la prise en charge. L'exemple de la prise en charge des maladies cardiovasculaires montre la persistance des biais de genre dans les soins de santé qui diminuent la qualité des connaissances scientifiques et font peser des risques importants sur la santé des femmes. Ces biais influencent en amont, à toutes les étapes de la recherche, de l'élaboration du protocole à l'opérationnalisation des recommandations (Sholokhova,

28 Cet indicateur est disponible uniquement pour l'ensemble de la population de plus de 45 ans, non désagrégé en fonction du sexe (Gerkens, et al., 2024b). Il est donc difficile de déterminer une valeur cible à atteindre.

2023). **Il est donc important de réfléchir à l'évaluation de la qualité de la recherche en complément de l'évaluation de la performance des soins de santé.**

Au-delà de la façon dont les recherches sont menées, la question du **lien entre le fardeau de la maladie et le financement de la recherche** devrait aussi être analysée pour mieux orienter les financements dans des domaines potentiellement sous-financés au regard de l'impact sur la santé publique. La question du financement de la recherche se pose en particulier pour les problématiques de santé émergentes comme dans le cas du scandale sanitaire des PFAS, les « polluants éternels »²⁹. Ce dernier nous rappelle combien la dégradation environnementale représente de multiples dangers pour la santé publique. Les risques sanitaires liés à l'environnement tels que les événements climatiques extrêmes ou encore l'exposition à de multiples polluants (pesticides, perturbateurs endocriniens, solvants, métaux lourds, microplastiques, etc.) représentent un défi majeur pour la préservation de la santé de population en raison des effets complexes sur la santé. Des rapports récents estiment que la dégradation environnementale est la cause de nombreux décès prématurés (infarctus, cancers) ou encore de maladies métaboliques ou reproductives (Levy, 2020). Mieux comprendre ces enjeux grâce à la recherche, en particulier dans le domaine de la prévention et du diagnostic, est un axe incontournable pour anticiper et adapter le système de soins de santé à ces besoins de soins émergents et coordonner l'action publique avec les autres secteurs.

En aval, les exemples de problèmes de couverture des besoins de soins de santé des deux maladies chroniques étudiées soulignent aussi le rôle important de la formation continue des prestataires de soins pour améliorer la prise en charge, qu'il s'agisse du diagnostic, du traitement ou encore de la relation avec les patient-es. Dans un contexte marqué par l'évolution rapide des connaissances (médicales, épidémiologiques, etc.) et des progrès technologiques, il est aussi essentiel d'assurer une formation continue suffisante et indépendante afin de maintenir un haut niveau de qualité. L'actualisation régulière des compétences des professionnel-les de santé, face à l'accélération des avancées scientifiques et techniques, constitue ainsi un enjeu majeur pour garantir la qualité des prises en charge et les meilleurs résultats de santé possibles. Dès lors, il est crucial de reconnaître la formation continue comme un élément intégral de la performance du système de soins de santé et de procéder à son évaluation régulière.

3.1.2. Mieux identifier les besoins insuffisamment couverts

L'analyse du recours aux soins dans le cas de diabète révèle la persistance d'un paradoxe interpellant dans le système de soins de santé belge : l'utilisation des soins de santé (voir Figure 5) tend à être inversement proportionnelle aux besoins de soins de santé (voir Figure 4) suivant un gradient social, chaque sous-groupe étant plus touché par la maladie relativement au sous-groupe de la classe de niveau socio-économique supérieure adjacente. La prévalence du diabète diagnostiqué atteint 9,7% dans les quartiers défavorisés contre seulement 5% dans les zones aisées, tandis que l'accès aux soins de qualité est moindre. Ce problème d'équité a déjà été montré dans d'autres études plus détaillées (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022; Gerkens, et al., 2024a). Or, les indicateurs de performance, calculés uniquement sur la population dans son entièreté, ne peuvent pas rendre compte de l'existence d'inégalités structurelles dans l'accès aux soins ou dans les autres dimensions de la performance, en particulier l'adéquation des soins ou de l'efficacité. Un indicateur calculé pour la population générale renvoie l'idée d'une population supposément homogène ainsi qu'à l'absence de biais dans la prestation des soins (cf. analyse de l'infarctus du myocarde chez les femmes). C'est pourquoi **il est essentiel de construire des indicateurs capables de décrire de façon suffisamment fine l'hétérogénéité des résultats de performance en fonction des sous-groupes de la population**, en particulier en fonction du sexe et du niveau socio-économique.

Concernant les groupes les plus vulnérables tels que les personnes sans-abri ou les personnes migrantes, il faut également veiller à disposer de sources de données complémentaires aux données collectées en routine car les difficultés importantes auxquelles elles sont confrontées risquent de ne pas être identifiées, notamment en raison de leur sous-représentation et de leur nature différente.

Concernant l'accessibilité des soins, il est nécessaire de mieux évaluer les quatre sous-dimensions – la sensibilité, l'accès financier, la disponibilité, l'acceptabilité – en développant de nouveaux indicateurs. Le domaine de la **sensibilité** aux besoins de soin devrait être davantage étudié pour évaluer les faiblesses dans le dépistage précoce des maladies chroniques, par exemple pour le diabète ou les problèmes cardiovasculaires chez les femmes.

29 https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/02/23/polluants-eternels-explorez-la-carte-d-europe-de-la-contamination-par-les-pfas_6162942_4355770.html

S'agissant de maladies chroniques, il est aussi primordial d'analyser le **fardeau financier** supporté par les patient-es en fonction des pathologies chroniques. Or, peu d'indicateurs concernant les contributions personnelles par pathologie sont disponibles, comprenant aussi ce qui n'est pas remboursé. Ce type d'analyse devrait permettre d'évaluer l'accessibilité financière des soins indispensables à la santé des malades chroniques et d'améliorer les mesures de protection financière. Le but est de prévenir à la fois, le report de soins pour raisons financières et, en cas de recours aux soins, la dégradation de la capacité financière des patient-es à subvenir à leurs besoins essentiels. Ce risque est d'autant plus important dans les groupes vulnérables.

Dans le domaine de la **disponibilité** des soins, les délais d'attente devraient être davantage documentés, en particulier les délais pour obtenir un rendez-vous chez le-la médecin généraliste ou chez un-e spécialiste et en fonction du statut de conventionnement.

L'acceptabilité, quatrième sous-dimension de l'accessibilité, est également un domaine qui mérite d'être étudiée de façon approfondie pour mieux comprendre les problèmes rencontrés par les patient-es, tels que les comportements discriminatoires ou encore les représentations erronées de certains groupes sociaux, par exemple, les femmes, les personnes atteintes de troubles mentaux, les personnes âgées fragiles, les personnes en situation de handicap, les personnes précarisées, d'origine étrangère, etc.

Pour définir les objectifs à atteindre, il est nécessaire de procéder à une évaluation approfondie de la performance afin de cerner de manière exhaustive la diversité des problèmes de couverture des besoins en soins pour les sous-groupes de la population. Cela permet de mettre en place des actions correctrices conformément au principe de l'universalisme proportionné²⁵. Cette approche vise à réduire les inégalités sociales de santé et à progresser vers une plus grande universalité des résultats de santé par des actions accessibles à toutes et tous mais ajustées selon le niveau de désavantage social. En effet, « les inégalités de santé ne concernent pas seulement la mauvaise santé des personnes pauvres, elles couvrent l'ensemble des gradations de santé, où que nous soyons sur l'échelle sociale. Il ne s'agit pas de 'eux', les pauvres, et de 'nous', les non-pauvres ; cela concerne tous ceux d'entre nous en deçà du niveau social le plus élevé et qui ont une santé moins bonne que ce qu'elle pourrait être » (Marmot, 2015, p. 27, notre traduction).

Au-delà de la définition d'objectifs à atteindre, l'amélioration des politiques de soins de santé requiert la mise en place d'un cadre de gouvernance favorisant la réflexion collective et proactive sur les actions à entreprendre pour atteindre ces objectifs (Martini & Davesne, 2024).

3.2. Objectifs de soins de santé et gouvernance des politiques de soins de santé

Les transformations du système de soins de santé devraient être envisagées sous la forme de cycles itératifs d'amélioration comprenant différentes étapes : l'identification des problèmes de couverture des besoins de soins, le choix des priorités par la détermination d'objectifs, l'élaboration de programmes d'action, l'implémentation et l'évaluation (Cès, 2022).

3.2.1. Rassembler la connaissance concernant les problèmes de couverture des besoins en soins validés cliniquement

Dans un premier temps, il est essentiel de rassembler et de discuter les connaissances existantes sur les problèmes de performance afin de renforcer la capacité politique à anticiper et résoudre les problèmes de santé publique.

Pour les deux exemples de maladies chroniques analysés, la couverture des besoins en soins reste encore insuffisante, ce qui entraîne des risques importants pour la santé. Cela signifie que des **lacunes persistantes dans différents domaines de la performance des soins entraînent un fardeau de la maladie évitable**, à savoir une surmortalité chez les femmes en cas de problèmes cardiovasculaires et un risque de détérioration de l'état de santé chez les personnes diabétiques.

Au vu de ces résultats et de l'évolution épidémiologique, il est essentiel de poursuivre cette analyse encore incomplète pour d'autres maladies chroniques, à commencer par celles qui touchent le plus grand nombre et ont un impact important sur la santé, afin d'identifier des problèmes de santé évitables grâce aux soins. **Pour ce faire, pour chaque maladie chronique, nous plaidons pour la constitution d'un outil synthétique (ainsi que sa mise à jour) afin de rassembler la connaissance scientifique existante concernant les problèmes de couverture des besoins de soins de santé et des risques de santé associés.** La structure de cet outil devrait permettre de décrire le fardeau de la maladie chronique (tels que la mortalité, la morbidité, la

qualité de vie), les besoins de soins insuffisamment couverts et leurs conséquences sur la santé ou sur le fardeau financier des soins, ainsi que les pistes d'amélioration.

Nous plaçons également pour une analyse similaire plus transversale dans chacune des dimensions de la performance, en priorité concernant l'accessibilité et la qualité des soins de façon à faire la synthèse des problèmes spécifiques dans des domaines parfois moins étudiés que ce soit par exemple dans le domaine de la sécurité des soins ou encore d'acceptabilité des soins.

La mise en évidence des problèmes de couverture des soins en soins sur base des connaissances scientifiques doit être **complétée par une discussion entre les parties prenantes** pour éventuellement corriger, compléter ou nuancer les résultats à partir des connaissances d'expert-es (expert-es, acteur-rices de terrain et expertise profane³⁰ en particulier des patient-es). D'une part, il est utile de réaliser une analyse critique des connaissances scientifiques en raison des diverses limites possibles des publications (incomplétude, conflits d'intérêts, problème de qualité des protocoles de recherche, qualité des indicateurs, etc.). D'autre part, tous les problèmes de couverture de soins ne peuvent pas faire l'objet d'études. À cette étape, il est essentiel d'identifier de la façon la plus exhaustive possible les problèmes de performance pour constituer une connaissance commune et être en mesure de décider ensuite des priorités. Il faut également noter qu'il ne s'agit pas ici de réaliser une analyse approfondie des multiples causes sous-jacentes aux problèmes de couverture des besoins. Ce type de réflexion est utile dans une étape ultérieure pour élaborer des actions correctives, après la sélection des objectifs prioritaires.

La sélection définitive des objectifs prioritaires pour le système de soins de santé doit intervenir dans une étape ultérieure. Une méthodologie impliquant l'ensemble des acteur-rices du système de soins de santé doit encore être élaborée à cette fin. Ce processus, de nature politique, devrait tenir compte d'autres considérations telles que l'amélioration de l'équité, les perceptions de la population, les enjeux éthiques, etc. (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017; Martini & Davesne, 2024). La clarification des

critères et la transparence du processus de sélection des priorités sont des facteurs clés pour garantir la mobilisation des acteur-rices autour d'objectifs partagés.

Une distinction claire entre les étapes de diagnostic des problèmes de performance, de priorisation politique et de recherche de solutions potentielles permet de focaliser la réflexion collective à chacune des étapes. Cette démarche favorise une délimitation claire du sujet traité ainsi qu'une transparence accrue. En effet, les solutions proposées sont d'abord conçues pour répondre à des problèmes clairement objectivés et priorisés de manière collective.

Cependant, déterminer des objectifs de soins de santé ne constitue pas une fin en soi ni la clef de la réussite. Il s'agit seulement d'un outil de coordination des politiques de soins de santé devant être intégré dans un cadre de gouvernance adéquat plus large, à la fois en amont pour identifier les insuffisances dans la couverture des besoins de soins et en aval pour évaluer les progrès réalisés et ajuster les actions.

3.2.2. Cycles itératifs d'amélioration

Compte tenu des enjeux et de la complexité des défis à venir, une nouvelle gouvernance doit inscrire la réflexion collective dans un processus d'amélioration continu pour ajuster les politiques de soins de santé. Cette nouvelle approche doit être encadrée par un dispositif participatif complet, fondé sur un ensemble de valeurs (telles que la confiance, la transparence, l'intégrité) et formalisé (les méthodologies, les outils, les processus, les responsabilités, les rôles respectifs des parties prenantes, etc.) (Cès, 2022).

À partir des priorités politiques établies sous forme d'objectifs à moyen et long terme, l'étape suivante consiste à concevoir des programmes d'action pour les atteindre. Les méthodologies de design en particulier, sont recommandées pour traiter les problèmes complexes et favoriser la co-construction de solutions innovantes, centrées sur l'expérience des bénéficiaires (Cès, 2022). L'implémentation de ces programmes doit s'inscrire ensuite dans une temporalité annuelle ou pluriannuelle, en fonction des possibilités budgétaires.

30 L'expertise profane « renvoie à l'idée que (i) des personnes sans formation académique sur un sujet – mais concernées par ce sujet parce qu'elles en ont une expérience personnelle – sont capables de développer des connaissances et des analyses spécifiques ; et que (ii) ces connaissances et ces analyses peuvent et doivent être prises en considération dans les processus de décision, que ces décisions concernent des individus, l'élaboration de protocoles, l'organisation du système de soins ou les politiques de santé en général » (Akrich & Rabeharisoa, 2012, p. 70).

L'étape suivante est l'évaluation de l'impact des actions, une composante essentielle pour soutenir la politique de soins de santé dans un processus d'amélioration continu des soins de santé. En raison de la complexité des facteurs qui influencent la performance du système de soins de santé, l'évaluation de l'atteinte des objectifs doit permettre d'apprécier tant la mise en œuvre effective des actions que l'ensemble des progrès réalisés. Elle ne doit pas se limiter à l'atteinte de l'objectif SMART, car celui-ci risque de réduire la complexité des situations à des jugements simplistes. Par ailleurs, la « loi de Goodhart » indique que « lorsqu'une mesure devient un objectif, elle cesse d'être une bonne mesure » car elle devient sujette à des manipulations, directes ou indirectes.

Il ne s'agit donc pas de mettre en place un système coercitif de contrôle des prestataires de santé basé sur un nombre limité d'indicateurs intrinsèquement perfectibles au regard d'une réalité complexe. Il est nécessaire d'adopter une approche systémique et interdisciplinaire, intégrant une diversité d'indicateurs et la perspective de l'ensemble des parties prenantes, pour saisir pleinement la réalité parfois complexe des problèmes de performance.

Conclusion

Cette étude s'inscrit dans une réflexion collective plus large visant la transformation du système de soins de santé formalisée au travers d'objectifs prioritaires. Cette synthèse non exhaustive de la performance du système de santé basée sur deux exemples de maladies chroniques révèle le potentiel important d'amélioration en termes de santé publique. À partir de la mise en évidence de ce potentiel dans le secteur des soins de santé et des facteurs plus systémiques à l'œuvre qui entravent la performance du système de soins de santé, il est possible de proposer des objectifs de soins de santé. Outre les gains de santé importants, la poursuite de ces objectifs permettrait, en l'état actuel des connaissances médicales, une meilleure prévention des problèmes de santé évitables grâce aux soins et de contribuer ainsi de façon significative à l'amélioration de l'efficacité du système de soins de santé. Pour un certain nombre de besoins encore insuffisamment couverts, un effort d'investissement pourrait se traduire par une diminution des coûts de prise en charge, par exemple pour le diabète avec une diminution des complications.

Cependant, déterminer des objectifs ne constitue pas une fin en soi ni la clef de la réussite. Il s'agit seulement d'un outil de coordination des politiques de soins de santé devant être intégré dans un cadre de gouvernance adéquat, à la fois en amont pour identifier les insuffisances dans la couverture des besoins de soins et en aval pour évaluer les progrès réalisés et ajuster les actions. Cette étape doit s'inscrire dans un processus de gouvernance plus large, reposant sur un dispositif complet et formalisé, comprenant l'analyse scientifique, la participation collective et l'évaluation dans le cadre de cycles d'amélioration continue.

Mieux encadrer l'élaboration de la politique en matière de soins de santé est un puissant levier en faveur d'une meilleure couverture des besoins de soins, de la réduction des inégalités de santé et du renforcement de la capacité du système à répondre aux défis actuels et futurs.

Bibliographie

- Akrich, M., & Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de la démocratie sanitaire. *Santé publique*, 24(1), 69-74.
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J., & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5-13.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé - Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC. *Santé & Société*, 4, 6-31.
- Beauloye, C. (2017). Traitement de l'infarctus myocardique. *La Revue de Louvain Médicale*, 136, 474-477.
- Belgium.be. (2024a). *Cardiopathie ischémique*. Récupéré sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/cardiopathie-ischemique>
- Belgium.be. (2024b). *Diabète*. Consulté le 5 mai 2025 sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/diabete>
- Belgium.be. (2025). *Soins aux personnes âgées*. Consulté le 24 mars 2025 sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Éléments d'épidémiologie, deuxième édition*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). KCE reports 334*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé : définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.
- Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Santé & Société*, 2, 18-37.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*. Québec: Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Claessen, H., Avalosse, H., Guillaume, J., Narres, M., Kvitkina, T., Arend, W., . . . Ickx, A. (2018). Decreasing rates of major lower-extremity amputation in people with diabetes but not in those without: a nationwide study in Belgium. *Diabetologia*, 61, 1966-1977.
- Contandriopoulos, A. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé publique*, 20(2), 191-199.
- Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittner, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate. *Pan American Journal of Public Health*, 44, 1-11.
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024a). *Performance du système de santé belge : rapport 2024. Health Services Research (HSR). KCE Reports 376B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024b). *Performance of the Belgian health system : Report 2024 – Supplement: technical sheets for indicators - dimensions. Health Services Research (HSR). KCE Reports 376S1*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Gevaert, S., De Bacquer, D., Evrard, P., Convens, C., Dubois, P., Boland, J., . . . Claeys, M. (2014). Gender, TIMI risk score and in-hospital mortality in STEMI patients undergoing primary PCI: results from the Belgian STEMI registry. *EuroIntervention*, 9(9), 1095-1101.
- Greer, S. L.; Wismar, M; Figueras, J. (2016). *Strengthening Health System Governance, Better policies, stronger performance, European Observatory on Health Systems and Policies Series 2016*. The European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire: Open University Press.
- Gregg, E., Buckley, J., Ali, M., Davies, J., Flood, D., Mehta, R., . . . Shaw, J. (2023). Improving health outcomes of people with diabetes mellitus: global target setting to reduce the burden of diabetes mellitus by 2030. *Lancet*, 401(10384), 1302-1312.
- Health in All Policies*. (2025). Consulté le 3 mars 2025 sur <https://www.paho.org/en/topics/health-all-policies>
- Holman, N., Knighton, P., O'Keefe, J., Wild, S., Brewster, S., Price, H., . . . Sattar, N. (2021). Completion of annual diabetes care processes and mortality : a cohort study using the National Diabetes Audit for England and Wales. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 23(12), 2728-2740.
- INAMI. (2022). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024. Rapport final*. Bruxelles : INAMI.

- Lauwers, P., Wouters, K., Vanoverloop, J., Avalosse, H., Hendricks, J., Nobels, F., & Dirinck, E. (2022). Temporal trends in major, minor and recurrent lower extremity amputations in people with and without diabetes in Belgium from 2009 to 2018. *Diabete Research and Clinical Practice*, 189, 109972.
- Lebbe, C., Ntahonganyira, R.-M., & Vandenberghe, J. (2017). Les plus jeunes de la classe ont un risque plus élevé de diagnostic de TDAH. *MC-Information*, 269, 41-45.
- Lempereur, M., Magne, J., Cornelis, K., Hanet, C., Taeymans, Y., Vrolix, M., & Legrand, V. (2016). Impact of gender difference in hospital outcomes following percutaneous coronary intervention. Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC). *EuroIntervention: Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC) registry*, 12(2), 216-223.
- Levy, Y. (2020). Les considérables progrès de la santé environnementale. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 204(9), 1061-1068.
- Loi du 6 novembre 2023 relative à un cadre pluriannuel et aux objectifs en matière de soins de santé. *Moniteur Belge*, 109878-109881.
- Maertens de Noordhout, C., Devos, C., Adrianenssens, J., Bouckaert, N., Ricour, C., & Gerkens, S. (2022). *Évaluation de la performance du système de santé : soins des personnes vivant avec des maladies chroniques. Health Services Research (HSR). KCE reports 352B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Maertens de Noordhout, C., Levy, M., Claerman, R., De Jaeger, M., De Pauw, R., Kohn, L., . . . Cleemput, I. (2024). *Needs Examination, Evaluation and Dissemination (NEED): assessment framework. Health Services Research (HSR). KCE Reports 377C1*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Marmot, M. (2015). *The health gap*. Dublin: Bloomsbury Paperbacks.
- Martini, J., & Davesne, A. (2024). *Health and health care targets. What lessons can Belgium learn from other countries? OSE Paper Series, Research Paper No. 65*. Brussels: European Social Observatory.
- Melberg, T., Kindervaag, B., & Rosland, J. (2013). Gender-specific ambulance priority and delays to primary percutaneous coronary intervention: a consequence of the patients' presentation or the management at the emergency medical communications center? *American heart journal*, 166(5), 839-845.
- Nations Unies. (1948). *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. Paris: Nations Unies.
- Nations Unies. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*. New York: United Nations.
- Obyn, C., Cordon, A., Kohn, L., Devos, C., & Léonard, C. (2017). *Exploratory steps for the formulation of Belgian health system target. Health Services Research (HSR). KCE Reports 292*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Ogbeiw, O. (2021). General concepts of goals and goal-setting in healthcare: A narrative review. *Journal of Management & Organization*, 27(2), 324-341.
- Or, Z., Gandré, C., & Wharton, G. (2022). *Soutenabilité et résilience du système de santé français. Document de travail n° 88*. Paris : IRDES.
- Pasquet, A. (2022). Le coeur a-t-il un sexe? *Coeur & Artères. Journal de la ligue cardiologique belge*, 3-4.
- Rudkin, J.-E., & Rancati, A. (2020). Design for Policy. Dans V. Šucha, & M. Sienkiewicz. In *Science for Policy Handbook* (pp. 144-151). Brussels: Elsevier.
- Sagan, A., Greer, S., Webb, E., McKee, M., Muscat, N., Lessof, S., . . . Figueras, J. (2024). Renforcer la résilience des systèmes de santé à l'ère de la COVID-19. *Eurohealth*, 28(1), 4-9.
- Saracci, C., Mahamat, M., & Jacquérior, F. (2019). How to write a narrative literature review article? *Revue médicale suisse*, 15(664), 1694-1698.
- Schokkaert, E., Baeten, R., Bruffaerts, R., De Maeseneer, J., Geerts, J., Godderis, L., . . . Vandewaetere, S. (2022). *Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé assorti d'objectifs de soins de santé*. Bruxelles : INAMI.
- Sholokhova, S. (2023). Femmes et soins de santé en Belgique: Quels sont les biais de genre dans les soins de santé et comment y remédier? *Santé & Société*, 7, 40-63.
- Statbel. (2025). *Les maladies circulatoires et les tumeurs expliquent près de la moitié des décès survenus en 2022*. Récupéré sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces>
- Van Brabant, H., Camberlin, C., Vrijens, F., Parmentier, Y., Ramaekers, D., & Bonneux, L. (2005). *Variations des pratiques médicales hospitalières en cas d'infarctus aigu du myocarde en Belgique. KCE Report 14B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise de Soins de Santé

(KCE).

Van Wilder, L., Devleeschauwer, B., Clays, E., Van der Heyden, J., Charafeddine, R., Scohy, A., & De Smedt, D. (2022). QALY losses for chronic diseases and its social distribution in the general population: results from the Belgian Health Interview Survey. *BMC Public Health*, 22(1), 1-9.

Vanherwegen, A., Lauwers, P., Lavens, A., Doggen, K., & Dirinck, E. (2023). Sex difference in diabetic foot ulcer severity and outcome in Belgium. *PLoS One*, 18(2), 1-13.

Vlayen, J., Vanthomme, K., Camberlin, C., Piérart, J., Walckiers, D., Kohn, L., . . . Leonard, C. (2010). *Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. Health Services Research (HSR). KCE Reports 128B*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

Vogel, B., Acevedo, M., Appelman, Y., Merz, C., Chieffo, A., Figtree, G., . . . Mehran, R. (2021). The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *The Lancet*, 397(10292), 2385-2438.

Vrijens, F., Renard, F., Camberlain, C., Desomer, A., Dubois, C., Jonckheer, P., . . . Meeus, P. (2015). *La performance du système belge : rapport 2015. Health Service Research (HSR). KCE Reports 376B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Vynckier, P., Ferrannini, G., Ryden, L., Jankowski, P., De Backer, T., Gevaert, S., . . . EUROASPIRE V Investigators group. (2022). Gender gap in risk factor control of coronary patients far from closing: results from the European Society of Cardiology EUROASPIRE V registry. *European Journal of Preventive Cardiology*, 29(2), 344-351.

WHO Regional Office for Europe. (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Witter, S., Thomas, S., Topp, S., Barasa, E., Chopra, M., Cobos, D., . . . Ager, A. (2023). Health system resilience: a critical review and reconceptualisation. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1454-e1458.

